

HEALTHCARE

JOURNAL



Inkontinenzversorgung

Ausgabe 01/10

Inkontinenzversorgung

Hilfsmittelversorgung heute und in Zukunft

Bindeglied Inkontinenzberatung

Rehabilitation

Sport als Therapie - ein Klinikporträt

Therapie

Einsatz des intermittierenden Katheterismus

Hygieneanforderungen in der Katheterversorgung

Lebensqualität als Ziel



Uwe Alter,
Direktor Marketing und Vertrieb
Sparten Hospital Care und OPM

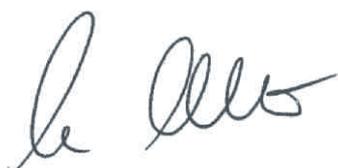
in dem sensiblen Bereich der Inkontinenzbehandlung ist die Versorgung mit Hilfsmitteln von einem hohen Wettbewerbs- und Kostendruck geprägt. Dabei ist gerade hier die qualitätsorientierte Versorgung so wichtig, denn die medizinischen und sozialen Probleme, die mit einer unzureichenden Therapie einhergehen, sind um das Vielfache teurer als adäquate Hilfsmittel. Außerdem verunsichert es die Betroffenen.

Dabei ist in der Inkontinenzversorgung vieles möglich, was die Therapie erleichtert und den Betroffenen ein Leben ermöglicht, das nicht von der Inkontinenz bestimmt wird. Die Beiträge in diesem HealthCare Journal zeigen es. Allein der intermittierende Katheterismus bietet für Patienten

so viele Vorteile hinsichtlich Selbstständigkeit und Beschwerdefreiheit, dass ihm ein Beitrag gewidmet ist. Weitere Beiträge beschäftigen sich mit der Abrechenbarkeit und stellen Therapieoptionen vor. Die Beispiele aus der Praxis zeigen, dass eine gute urologische Facharztbetreuung und Beratung, ausgesuchte Hilfsmittel, die genau zum Patienten und seinen Beschwerden passen, sowie eingehaltene Hygieneanforderungen jedem Betroffenen viel Leid ersparen können. Außerdem können sie die Folgen der Inkontinenz, wie rezidivierende Harnwegsinfektionen, Harnstauungen und im schlimmsten Fall Niereninsuffizienz und auch Dekubitalulzera vermeiden helfen.

Ziel aller Beteiligten sollte sein, die wirtschaftlichen Interessen der Kostenträger und eine qualitätsorientierte Versorgung in Einklang zu bringen. „Wir sind verantwortlich geeignete Produkte und Dienstleistungen für besondere Lebenssituationen anzubieten, um chronisch Kranke zu unterstützen und am medizinischen Fortschritt teilhaben zu lassen“, schreibt Professor Braun, Vorstandsvorsitzender der B. Braun Melsungen AG. Er formuliert unsere Position hierzu sehr eindeutig.

Wir werden weiterhin in der öffentlichen Diskussion mit unserem Know-how dazu beitragen, dass die Qualität ein Auswahlkriterium bleibt, auch damit die Einhaltung der Qualitätskriterien überprüft werden kann.

Ihr 

Inhalt

- 03** B. Braun inside: Architektur mit Auszeichnung

- 04** Interview: Der ISK – ein Praxisbericht

- 06** Die Hilfsmittelversorgung im Überblick

- 08** Service Inkontinenzberatung

- 12** Die Inkontinenzformen kurz erklärt

- 14** Behandlung: Der intermittierende Katheterismus

- 19** Rehabilitation – Klinikporträt Bad Häring

- 23** Behandlungsmöglichkeiten in der Urologie – ein Interview

- 26** Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen

- 30** Kontinenzversorgung im Heim

Impressum

HealthCare Journal – Zeitschrift für Fachkreise

Herausgeber

B. Braun Melsungen AG, OPM
Carl-Braun-Straße 1
34212 Melsungen

Redaktion

Andrea Thöne,
Telefon (0 56 61) 71-35 41, Telefax (0 56 61) 75-35 41
E-Mail: andrea.thoene@bbraun.com
www.healthcare-journal.bbraun.de

Wissenschaftlicher Beirat

Priv.-Doz. Dr. med. Alexander Schachtrupp

Layout/Satz

Verantwortlich: Tatjana Deus, B. Braun Melsungen AG
Umsetzung: Polymotion Werbeagentur

Fotografie

B. Braun Melsungen AG

Hinweis

Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Eine Haftung wird nicht übernommen.



Die B. Braun-Produktionsstätte in Escholzmatt erinnert auf den ersten Blick an eine Scheune, die es in der Region vielfach gibt. Hinter der Fassade befindet sich Hochtechnologie.

Alle Stühle unter den großen, weißen Sonnenschirmen sind um die Mittagszeit belegt. Gesprächsfetzen mischen sich mit Gelächter und dem Geschnatter einer Entenfamilie, die an den Mittagessen vorbei in Richtung Teich watschelt. Was sich nach Restaurant im Stadtpark anhört, ist der Innenhof des Schweizer B. Braun-Medical-Verwaltungsgebäudes in Sempach. Hier schuf das Unternehmen ein ganz konkretes Beispiel für seine Philosophie der Nachhaltigkeit und für den international geltenden Anspruch an Architektur. Statt Betonplätzen und trister, grauer Gewerbegebiets-Ästhetik hat sich B. Braun für Wildblumenwiesen und japanische Kirschblüten entschieden. „Wir befinden uns mitten in der Natur. Ganz nah ist der Sempacher See, ein Rückzugsgebiet für Wasservögel, die unsere Wiesen als Brutplatz nutzen. Deshalb war es für uns selbstverständlich, dass wir hier so viele naturnahe Flächen wie möglich erhalten“, erklärt Roland Marti, Geschäftsführer der B. Braun Medical AG in der Schweiz. „Davon profitieren auch die Mitarbeiter. Wir haben einen Weg gefunden, Natur, ansprechende Arbeitsumgebung und Funktionalität in Einklang zu bringen.“

Kunststoff-Produktion in der Biosphäre

Industrie und Natur passen nicht zusammen? Die B. Braun-Standorte in der Schweiz belegen mit ihrer Architektur das Gegenteil und wurden dafür von der Stiftung Natur & Wirtschaft ausgezeichnet.

Als B. Braun gemeinsam mit einem lokalen Architekturbüro die Planung des neuen Verwaltungsgebäudes begann, stand eine Prämisse im Raum: Das Haus darf nicht wie ein Fremdkörper in der hügeligen Voralpenlandschaft wirken. Vor allem einheimische Baufirmen setzten die Vorstellungen dann um: „Uns war es wichtig, dass ein Großteil des Budgets hier in der Region bleibt“, führt Marti aus. „55 Prozent haben wir in Firmen aus Sempach und der näheren Umgebung investiert, 27 Prozent aus dem weiteren Kanton Luzern und die verbleibenden 18 Prozent in Schweizer und internationale Unternehmen.“ Entstanden ist ein mit Schweizer Granit verkleidetes Gebäude.

Hochtechnologie in der Biosphäre

40 Kilometer westlich von Sempach liegt das Dorf Escholzmatt. Ganz in der Nähe steht ein B. Braun-Produktionsgebäude. Auf den ersten Blick erinnert es eher an eine ortsübliche Scheune: Die Fassade ist mit regionalem Naturholz verkleidet und passt sich mit den Jahren der umgebenden Natur an. Das ist gewollt, wie Marti betont. „Ja, wir hören angesichts der mutigen Architektur auch kritische Stimmen, weil diese eben nicht nach Hochglanzindustriebau aussieht. Aber dann erläutere ich, dass durch die uneinheitliche Fassade unsere Produktionsstätte Teil der umgebenden Natur – also der UNESCO Biosphäre Entlebuch – sei. Dann verstummen die Kritiker.“

Selbstverständlich verbirgt sich hinter der Fassade ein hochmoderner, auf die Funktion ausgerichteter Bau aus Beton, Glas und Stahl, der sämtliche Ansprüche an die Produktion von Injektions- und Infusionszubehör erfüllt. Hier stellen 200 Mitarbeiter unter Reinraumbedingungen Ports, Spritzen und weitere Kunststoffprodukte für den nationalen und internationalen Bedarf her. Ungewöhnlich ist der Raum, den B. Braun sich gegönnt hat. In der Schweiz ist der Platz begrenzt, und dort, wo sich Unternehmen ansiedeln, muss allzu oft die Natur weichen. Anders in Escholzmatt: Funktionalität und Natur scheinen sich zu ergänzen. Dieser Einschätzung hat sich die Schweizer Stiftung für Natur & Wirtschaft angeschlossen und die Standorte mit ihrem Qualitätslabel ausgezeichnet.

Diesen und weitere Artikel zur unternehmerischen Verantwortung von B. Braun finden Sie in der aktuellen Ausgabe des Magazins „share“. Download: www.bbraun.com
Kostenlose Bestellung: share@bbraun.com



Selbstständigkeit als Gewinn

Von Irene Graefe



Martin Ramb, seit 26 Jahren querschnittgelähmt, beschreibt in dem Interview, auf welche Weise der intermittierende Selbstkatheterismus (ISK) sein Leben erleichtert. Denn der ISK ermöglicht auch Menschen mit einer tetraplegischen Behinderung ein normales Kontinenzverhalten und somit die fast unbeschwertere Teilnahme am sozialen Leben.

Herr Ramb, was bedeutet ein Unfall, der einen an den Rollstuhl fesselt?

So ein Unfall ist wie ein Riss im Leben, mein Riss war 1984 bei einem Badeunfall, ich war 15 Jahre alt. Ich habe mir eine Querschnittlähmung unterhalb des fünften Halswirbels zugezogen. Das ist ein Einschnitt, den man sich als Fußgänger überhaupt nicht vorstellen kann. Bis diese neue Situation einigermaßen bewältigt ist, dauert das seine Zeit. Als ich in der Reha lag, war mir nicht klar, dass eine Querschnittlähmung auch ein Inkontinenzproblem bedeutet. Das habe ich erst Wochen später realisiert.

Und als Ihnen das Problem mit der Inkontinenz bewusst wurde, wie sah da die Erstversorgung aus?

Meine ersten Schritte waren erst einmal Abwehr. Man weiß einfach nicht, was auf einen zukommt. Die Erstversorgung – das ist ja schon 26 Jahre her – war damals eine Kondomurinalversorgung. Das war sehr gewöhnungsbedürftig, so ein Urinal auf Dauer zu tragen.

Haben Sie sich leicht getan, das einmal gewohnte System zu wechseln?

Ich bin sehr konservativ in diesen Dingen. Erst als ich durch das Triggern ein medizinisches Problem bekam, weil der Blasendrang zu stark und die Entleerung nicht mehr ausreichend war, habe ich aus der Not das System gewechselt.

Welchen Vorteil bedeutet für Sie der intermittierende Katheterismus?

Ein Vorteil ist die lange Zeit, in der man keine Toilette aufsuchen muss und das gesamte Blasenvolumen ausnutzen kann. Es kommt also dem natürlichen Dasein eines Fußgängers ziemlich nahe. Ein Dauerkatheter dagegen kann rausreißen und die Hygiene ist schwieriger.

Wie viel Freiheit und Mobilität ist für Sie mit einem intermittierenden System möglich?

Das ist ein ganz großer Freiheitsgewinn: das Unterwegssein mit einem intermittierenden System. Es lässt sich ortsunabhängig nutzen, egal ob es gerade eine Toilette

gibt oder nicht. Selbst beim Autofahren lässt es sich gut einsetzen.

Das Managen der Inkontinenz ist die Voraussetzung dafür, dass man überhaupt beruflich aktiv – uneingeschränkt aktiv – sein kann. Ich bin natürlich sehr stolz darauf, dass ich das mittlerweile erreicht habe.

Menschen ohne Querschnittlähmung können sich nicht vorstellen, wie ein Leben mit Selbstkatheterisierung aussieht.

Für mich ist es schon so normal, dass ich erst mal überlegen muss, was so schlimm daran sein soll. Die Leute wundern sich immer, dass das überhaupt geht, sich selbst zu katheterisieren.

Fußgänger haben oft die Sorge, dass die Methode sehr schmerzhaft sei. Das ist sie nicht – bei einer Querschnittlähmung sowieso nicht – und durch das Gleitmittel ist es auch ungefährlich. Häufig kommt noch die Peinlichkeit dazu, weil es um den Intimbereich geht. Ich gehe damit immer sehr offen um.

Ist der Umstieg aufs intermittierende System leicht gewesen?

Es waren schon einige Wochen Übung nötig, um die Arbeitsschritte nacheinander ordentlich hinzukriegen. Da sind so viele Dinge, die man nicht kennt: Wann zu katheterisieren ist, wann die Blase gefüllt ist, was die Zeichen dafür sind. Denn bei einer Querschnittlähmung gibt es ja keine „normalen“ Anzeichen für eine volle Blase. Dafür muss man sich sehr stark selbst beobachten.

Wie merken Sie, wann der richtige Zeitpunkt für die Blasenentleerung ist?

Das ist sehr individuell. Ich merke das an einem leichten Blutdruckanstieg und einem ganz leichten Schwitzen. Dann weiß ich genau, ich sollte demnächst den Katheter einsetzen. Es ist wichtig, dass nicht zu viel Zeit zwischen den einzelnen Kathetervorgängen vergeht.

Können sie einfach so in den Tag hineinleben?

Disziplin ist sehr wichtig – und ein strukturierter Tagesablauf. Man sollte wissen, wie viele Katheter man am Tag braucht und die dann auch dabei haben. Alles andere führt nur zu Stress. Wenn man also einfach so in den Tag hineinstolpert und um 12 Uhr merkt, dass man einen Katheter zu wenig dabei hat, kann das sehr unangenehm sein.

Ich fülle morgens mein Set auf, damit alle Utensilien da sind. Inzwischen weiß ich, wo ich die Tasche und den Katheter hinlege. Man muss schauen, wie man sich im Bad positioniert und wie man sich im Rollstuhl verhält. Die einen machen es im Sitzen, die anderen ziehen sich aus dem Rollstuhl ein wenig raus. Wer es kann, setzt sich auf die Toilette über – das sind alles Vorgänge, die geübt werden müssen.

Wie haben Sie sich für das System entschieden, das Sie heute nutzen?

Ich hatte pragmatische Gründe. Ich habe viel ausprobiert und kenne alle Systeme am Markt. Der Vorteil des *Actreen Glys Sets* besteht darin, dass der Beutel direkt am Katheter angebracht ist. Das hat für mich den Vorteil, dass ich den Katheter nicht erst durch den Beutel schieben muss. Der



zweite Vorteil ist, dass das Gleitmittel direkt auf dem Katheter aufgebracht ist und nicht zusätzlich hergestellt, aufgebracht und entsorgt werden muss.

Wer sollte einen Patienten bei der Wahl des für ihn passenden Systems unterstützen?

Gerade Kliniken haben da eine sehr hohe Verantwortung, ihren Patienten die beste Methode an die Hand zu geben. Sie sollten Patienten ermuntern, es einfach einmal auszuprobieren mit dem intermittierenden Selbstkatheterismus. Das ist vor allem für jene wichtig, die unsicher sind, ob das für sie ganz persönlich die Methode der Wahl ist. Gerade dann, wenn die Finger gelähmt sind oder Teillähmungen da sind, wo man erst mal sagen würde, „das ist mir viel zu kompliziert“. Da ist es einfach wichtig zu sehen, dass es geht, wenn man will, wenn man Geduld hat. Der Gewinn ist ein hoher Grad an Selbstständigkeit.

Und wie steht es mit Ihrer Gesundheit seit dem Wechsel?

Ich hatte viele schwere, auch fiebrige Blaseninfektionen, als ich noch Kondomurinale benutzte. Und seit ich selbst katheterisiere, habe ich eigentlich gar keine Infektionen mehr. Denn es ist ja eine relativ natürliche Art und Weise, die Blase zu entleeren. Es bleibt kein Restharn, somit ist die Infektionsgefahr geringer. Ich muss natürlich darauf achten, dass möglichst wenig Keime in die Blase gelangen.

Welche Hygienemaßnahmen ergreifen Sie?

Man sollte mit den Fingern in keinem Fall den Katheter berühren. Wenn's doch mal passiert, dann sollte man die Sache abbrechen. Das kann ich nur wirklich raten. Man holt sich nicht immer eine Infektion, aber man sollte besser noch mal von vorne anfangen. Für die ganz normale Körperhy-

giene reicht eine milde Waschlotion und man sollte sich vorher die Hände desinfizieren. Ich benutze zur antimikrobiellen Reinigung das Polihexanid Produkt *Prontosan C* und reinige damit die Kathetereintrittspforte. Wichtig ist, dass das Mittel die Möglichkeit hat, zu wirken: Eine Minute ist das Minimum!

Können Sie einzelne Schritte bei der Selbstkatheterisierung beschreiben?

Zunächst reiße ich den oberen Teil der Umhüllung ab, ohne den Katheter unsteril zu machen. Das geht mit den Händen. Für mich ist es einfacher, es mit den Zähnen zu machen. Dann kann der Katheter eingeführt werden. Das geht auch recht gut mit einer fehlenden Fingerfunktion, wie ich sie habe. Alles das braucht allerdings Übung, weil man wissen sollte, wie man den Katheter anfasst und in die Harnröhre einführt.

Auch für jemanden mit eingeschränkter Fingerfunktion ist der Katheter gut zu handhaben. Am oberen Teil gibt es eine Perforation, die per Hand eingerissen werden kann – ich behelfe mir wieder mit den Zähnen. Das Ausleeren des Beutels ist relativ einfach, der obere Teil ist dann offen, ich greife mit den Fingern unten in die Öse und entleere den Katheter über der Toilettenschüssel. Wenn ich an einem Ort ohne Toilette bin, kann ich den Beutel dank seines Rücklaufventils erst mal mitnehmen und bei nächster Gelegenheit leeren. Ohne das System könnte ich bestimmte Dinge nicht so machen wie ich es mache.



Die Hilfsmittelversorgung auf dem Prüfstand?

Immer mehr Menschen, die auf einen Rollstuhl, Inkontinenzartikel oder Beatmungsgerät angewiesen sind, klagen über unpassende Produkte und schlechten Service. Grund dafür ist die Gesundheitsreform mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das gesetzlichen Krankenkassen erlaubt, die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln öffentlich auszuschreiben und an einen günstigen und exklusiven Vertragspartner zu vergeben.

Von Doreen Wunderlich

Zur Kostenübernahme allgemein

Die gesetzlichen Krankenkassen kommen für Hilfsmittel auf, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung auszugleichen. Anspruch für die Versicherten besteht bei einer notwendigen Versorgung mit Hilfsmitteln. Hilfsmittel sind beispielsweise Inkontinenzhilfen, Kompressionsstrümpfe, Schuheinlagen, Prothesen, Orthesen, Rollstühle und Hörgeräte.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln muss von der Krankenkasse genehmigt werden, soweit diese nicht (z.B. bei einer bestimmten Wertgrenze) darauf verzichtet. Dies gilt auch dann, wenn das Hilfsmittel vom Arzt verordnet wurde.

Politische Reformen in der Versorgung

Mit der Gesundheitsreform 2007 wurden die gesetzlichen Regelungen in der Hilfsmittelversorgung geändert. Ziel war ein stärkerer Vertrags- und Preiswettbewerb. Nach der Übergangsfrist, die am 31.12.2009 endete, erfolgt die Versorgung der Versicherten nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen. Vertragspartner sind nur Leistungserbringer, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen.

Die Verträge können, soweit dies zweckmäßig ist, über Ausschreibungen oder über Rahmen und Einzelverträge geschlossen werden. Die Spitzenorganisationen von Krankenkassen und Leistungserbringern haben eine gemeinsame Empfehlung zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen abgegeben. Die Empfehlungen stellen eine Entscheidungshilfe über die Durchführung von Ausschreibungen dar. Die Preise für Hilfsmittel werden zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart. Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Im Falle der Ausschreibung erfolgt die Versorgung durch einen Leistungserbringer, der den Versicherten

von der Krankenkasse benannt wurde (Ausschreibungsgewinner). Nur bei berechtigtem Interesse können Versicherte einen anderen Leistungserbringer wählen. Die Mehrkosten sind vom Versicherten selbst zu tragen.

Was sind die möglichen Konsequenzen für die Versicherten?

Aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen entscheiden in der Regel nur noch die Krankenkassen, welche Leistungserbringer Betroffene zu nutzen haben. Gesetzlich Krankenversicherten bleibt kein oder ein sehr eingeschränktes Wahlrecht. Entweder sie akzeptieren die Versorgung durch den vorgeschriebenen Vertragspartner der Kasse oder sie müssen gegebenenfalls die Hilfsmittelversorgung komplett aus eigener Tasche bezahlen bzw. eine wirtschaftliche Aufzählung leisten. Neben der schlechteren Qualität und dem fehlenden Service klagen Patienten auch darüber, dass sie ihren gewohnten Ansprechpartner in ihrer „Haus-Apotheke“ um die Ecke verloren haben.

Trotzdem: Die Verordnung von Inkontinenzhilfsmitteln zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ist möglich.

Folgende Fallgruppen sind laut Gerichtsurteilen anerkannt:

- 1 Zum Ausgleich eines Funktionsdefizites, wenn es zur Befriedigung von Grundbedürfnissen dient. Beispiel: „Wegen Harninkontinenz zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben“
- 2 Zur Prävention bei schweren Funktionsstörungen. Beispiel: „Wegen Inkontinenz zur Prävention von Hauterkrankungen bei Demenz“
- 3 Im Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit. Beispiel: „Im Zusammenhang mit der Behandlung von Dekubitus“

Diese drei Fallgruppen decken den überwiegenden Teil der Kostenübernahme von Inkontinenzprodukten durch die Krankenkassen ab. Vor allem die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ist ein wichtiger Punkt.

Etwas schwieriger wird es für Menschen die „nur“ unter nächtlichem Einnässen leiden. Hier treffen in der Regel die oben genannten Fallgruppen nicht zu.

Für die Verordnung von Inkontinenzhilfsmitteln sind folgende Angaben notwendig:

Für Hilfsmittel ist ein separates Rezept auszustellen, bei dem in der Regel das Feld 7 (Hilfsmittel) anzukreuzen ist. Die Positionsnummern können in die dafür vorgesehenen Kästchen oder in das Textfeld eingetragen werden: Bei der Verordnung einer Hilfsmittelgruppe sind diese siebenstellig. Bestimmte Firmenprodukte werden mittels drei weiterer Ziffern definiert, also mit einer zehnstelligen Positionsnummer verordnet. Alternativ kann dazu auch der Name des Produktes im Textfeld angegeben werden. Je nach Sachlage ist die Größe der Produkte anzugeben. Die Anzahl ist ebenfalls zu vermerken. Um die Erstattung durch die Krankenkassen zu sichern, ist ein Vermerk anzubringen, mit dem die Verordnung der Situation entsprechend näher begründet wird.

Schwarzbuch belegt Qualitätsmängel nach Hilfsmittelausschreibungen. Patientenvertreter fordern Politik und Krankenkassen zum Umdenken auf.

Das Aktionsbündnis „meine Wahl!“ stellt auf der internationalen Fachmesse REHACARE in Düsseldorf das „Schwarzbuch Medizinische Hilfsmittelversorgung“ vor. In dem Schwarzbuch werden anhand realer Fälle die Folgen der Ausschreibungspraxis der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgearbeitet und daraus resultierende Qualitätsdefizite in der Hilfsmittelversorgung belegt. Demnach gehören die Mehrfachnutzung von Einmalkathetern, die Rationierung von Inkontinenzhilfen, schlecht angepasste Rollstühle und Beratungsmängel zu den Auswirkungen von Hilfsmittelausschreibungen der gesetzlichen Krankenkassen, die seit dem Jahr 2008 durch die Gesundheitsreform angestoßen wurden.

Insbesondere bei der Versorgung mit aufsaugenden oder ableitenden Inkontinenzhilfen, in der Rollstuhlversorgung sowie in der

Zuzahlung

Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind – das sind zum Beispiel Inkontinenzhilfen, Stoma-Artikel, Applikationshilfen wie Sonden und Insulinspritzen –, zahlen die Versicherten zehn Prozent der Kosten pro Packung, maximal aber zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf. Für alle anderen Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung von zehn Prozent der Kosten, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro.

Atem- und Schmerztherapie häufen sich Fälle von Qualitätsmängeln und Fehlversorgungen. Mit dem Schwarzbuch wendet sich das Aktionsbündnis „meine Wahl!“ gegen die zunehmende Missachtung des Mitspracherechtes von Patienten bei der Wahl ihrer Hilfsmittel und Versorgungspartner und plädiert für die Stärkung des Patientenwahlrechts.

Der Ausschreibungsmonitor des Aktionsbündnisses verzeichnet bislang 40 Ausschreibungen von gesetzlichen Krankenkassen. 11 Ausschreibungen, u. a. der Barmer, BKK, KKH, DAK und Techniker Krankenkasse haben bundesweite Gültigkeit. Die Mehrheit der Ausschreibungen (11 von 40) betreffen den Bereich der Inkontinenzversorgung, gefolgt von Mobilitätshilfen (Rollstühlen) und Atemtherapiegeräten. Über 6000 Betroffene haben sich bislang mit Beschwerden und Fallschilderungen an das Aktionsbündnis „meine Wahl!“ gewandt. Das Aktionsbündnis schätzt, dass ca. 12 Millionen Menschen in Deutschland vom Verlust ihrer Wahlfreiheit bei Hilfsmitteln bedroht sind.

Hilfe bei schlechter Inkontinenzversorgung

Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (BVKM) hat eine „Argumentationshilfe im Falle von unzureichender Versorgung mit Inkontinenzhilfen“ veröffentlicht. Mit enthalten sind ein Musterantrag und ein Musterwiderspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse.

Das Dokument finden Sie unter:
buendnis-meine-wahl.de und bvkm.de

Kontakt

Doreen Wunderlich
 HealthCare Manager, Erstattungsmanagement
 B. Braun Melsungen AG
 Tel.: (0 56 61) 71-28 85
 E-Mail: doreen.wunderlich@bbraun.com

Beraten heißt begleiten

Mit der Inkontinenzberatung schließt der Fachhandel eine Lücke in der Versorgung von Menschen zu Hause.

Interview mit Barbara Kühne

In Deutschland werden derzeit etwa 75 Prozent der von Inkontinenz betroffenen Menschen zu Hause versorgt, 25 Prozent leben in Heimen. Um die Versorgung zu gewährleisten, arbeitet der Fachhandel mit Inkontinenzberatern zusammen. Frage ist, wie lange noch, denn durch die bundesweiten Ausschreibungen von Hilfsmitteln steht nicht nur die Qualität der Versorgung des Patienten, sondern ein ganzer Berufsstand auf dem Prüfstand. Inkontinenz- und Stomaberaterin Barbara Kühne aus Bayern äußert sich im HealthCare Journal zu ihrer Arbeit und ihren Zukunftsängsten.

In Deutschland gibt es derzeit an die 2 000 Fachhändler, 22 000 Sanitätshäuser sowie 20 000 Apotheken, die sich um die Homecare-Versorgung bemühen.

Frau Kühne, Sie sind tätig als Inkontinenzberaterin in Bayern. Wie können wir uns Ihre Arbeit vorstellen?

In der Regel rufen die Urologen und Frauenärzte der Umgebung mich an und vermitteln mir ihre Patienten. Sie informieren mich immer über das jeweilige Krankheitsbild und die Inkontinenzform, damit ich einschätzen kann, was der Betroffene benötigt. Ich besuche den Menschen dann zu Hause in seiner vertrauten Umgebung. Es fällt den Betroffenen meist schwer, sich zu öffnen, deshalb versuchen sie oft den Termin so weit es geht hinauszuzögern. Inkontinenz ist ein Thema, das trotz der hohen Zahl der Betroffenen in der Gesellschaft immer noch tabuisiert wird. In dem ersten Beratungsgespräch empfehle ich bereits verschiedene Produkte. Ich habe alle möglichen Varianten dabei, erkläre dem Patienten die Anwendung und lasse Muster zum Testen da.

Diese Beratungsgespräche beinhalten aber viel mehr als die Versorgung mit Hilfsmitteln. Es ist vor allem wichtig den Menschen zu zeigen, dass sie mit ihrem Problem nicht allein sind und es keinen Grund gibt sich zu schämen.

Welche und wie viele Betroffene betreuen Sie? Welche Inkontinenzformen sind die am häufigsten vorkommenden?

Mit den Alten- und Pflegeheimen, die ich betreue, komme ich ungefähr auf 150 Personen.

Inkontinenz kann sowohl ältere Menschen als auch junge Leute betreffen. Daher setzen sich die Menschen, die ich betreue, aus allen Altersgruppen zusammen. Viele ha-

ben eine Schwäche des Blasenmuskelapparates, also Drang- und Belastungsincontinenz sowie Reflexincontinenz. Es kommt auch gelegentlich zu Fällen der Überlaufincontinenz. Bei einer Gebärmutterblasensenkung oder Beckenbodenschwäche berate ich auch hinsichtlich des Trainings des Beckenbodens oder Schließmuskels.

Wie finanziert sich Ihre Dienstleistung?

Ich bestelle meine Ware direkt bei einem Fachhändler, mit dem ich zusammenarbeite und der mit den Kassen einen Vertrag hat, also abrechnen darf. Haben die Fachhändler mit einer Kasse keinen Vertrag, muss ich den Patienten ablehnen. Das ist aktuell bei allen Hilfsmitteln so. Damit der Fachhändler mit den Kassen einen Vertrag abschließen

bezahlt. Ich finanziere mich nur über die Materialkosten.

Wie sehen Sie Ihre Zukunft? Wird die Beratung als Service erhalten bleiben?

Die Beratung muss erhalten bleiben! Derzeit haben wir noch Festbeträge für den Materialaufwand. Damit können wir noch eine optimale Versorgung, auch bei unvorhersehbaren Komplikationen, gewährleisten. Wenn es nun in Richtung Pauschale geht, würde dies bedeuten, die Kasse zahlt pro Monat einen Betrag X, egal wie oft und wie viel Material von dem Betroffenen benötigt wird. In der Stomaversorgung haben wir bereits Pauschalen und ich kann aus eigener Erfahrung sagen, dass die Beträge sehr knapp berechnet sind.

Die Beratung muss erhalten bleiben!

kann, muss er eine bundesweite Versorgung garantieren können. Regionale Fachhändler leiden stark unter dieser Voraussetzung. Zukünftig wird es wohl dazu kommen, dass nur wenige überregionale große Fachhändler im Bereich Homecare überleben, da nur sie die Anforderungen der Kassen erfüllen. Heute zum Beispiel hat mich eine Betriebskrankenkasse angerufen, dass ich einen Betroffenen über einen bestimmten Fachhändler in dieser Region nicht mehr abrechnen darf, weil er nicht bundesweit tätig ist. Ich rate dann den Betroffenen bei ihrer Krankenkasse nachzufragen, welcher Leistungserbringer abrechnen kann.

Wenn ich herausfahre, bekomme ich we-

Welche Unterstützung können Sie den Betroffenen geben?

Ich stehe den von mir versorgten Menschen jederzeit zur Seite. Es kommt immer mal zu Komplikationen oder es wird Hilfe benötigt, z.B. beim intermittierenden Katheterismus. Manchmal passt der Katheter nicht mehr. Ich habe im Augenblick eine junge Patientin mit multipler Sklerose, die immer kleine Katheter verwendet hat – jetzt kann sie den Katheter aufgrund der fortschreitenden Krankheit nicht mehr selbst handhaben. Ich muss nun nach einem anderen Produkt schauen, das sich besonders leicht öffnen und handhaben lässt. Beim Pouch kann es vorkommen, dass die Öffnung sich verändert und der Tiemann-Katheter nicht mehr platziert werden kann. In solchen

*In der Stomaversorgung haben wir bereits
Pauschalen und ich kann aus eigener Erfahrung sagen,
dass die Beträge **sehr knapp berechnet** sind.*

Versorgungssets in der ambulanten Pflege

Der Einsatz von Kathetersets hat in der ambulanten Pflege wesentliche Bedeutung für:

- Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen
- Vermeidung von haftungsrechtlichen Konsequenzen für Arzt und Pflegepersonal
- Erfüllung des gesetzlichen Anspruchs nach Qualität und bestmöglicher Asepsis beim Katheterisieren
- Erfüllung hygienischer Grundanforderungen
- Einhaltung von Sicherheits- und Qualitätsanforderungen

Aus pflegerischer Sicht haben Versorgungssets Vorteile, denn sie reduzieren Zeit- und Personalaufwand: Die Rüstzeiten des benötigten Materials entfallen und der Lagerbedarf reduziert sich. Der Anwendung von Versorgungssets in der ambulanten Pflege sollte konsequenter Weise eine qualifizierte Schulung des Pflegepersonals vorausgehen, um hygienische Grundanforderungen wie Kenntnisse über das Legen eines Katheters und über Asepsis erfüllen zu können.

Fällen suche ich für den Anwender einen anderen Katheter. Ich versuche auch immer die Patienten von der Psyche zu stützen und Kontakt zu anderen Betroffenen herzustellen.

Auch, wenn in den Heimen Urinalkondome angepasst werden müssen, mache ich das. In der Regel kümmern sich die Ärzte um den Katheterwechsel bei Männern selbst, weil oft eine Prostatavergrößerung vorliegt und die Harnröhre sehr lang ist. Pflegekräfte haben auch einfach Angst, bei Männern Katheter zu legen. Oft fehlt die Übung. Bei Frauen kann auch das Pflegepersonal einen transurethralen Katheter wechseln, weil die Harnröhre kurz ist. Der Wechsel eines suprapubischen Katheters darf nur vom Facharzt oder seinem autorisiertem Personal erfolgen.

Gibt es Personen, um die Sie sich besonders kümmern müssen?

Menschen mit Querschnittslähmung sind besonders beratungsintensiv. Oft bin ich auch Ansprechpartnerin für die alltäglichen Sorgen. Deshalb ist es wichtig, auch Psychologen zu empfehlen oder ich stelle Kontakt zu anderen Patienten her, die bereits längere Zeit betroffen sind und schon mehr Lebensmut haben. Die Patienten brauchen Zuspruch und Zuwendung.

Nicht nur die Patienten, sondern auch die Angehörigen benötigen meine Hilfe und meinen Rat. Sie sind oft unsicher. Dazu brauche ich aber Zeit und das wird nicht honoriert. Es ist eben nicht damit getan, einfach ein Paket mit den notwendigen Hilfsmitteln zu schicken.

Betreuen Sie auch Menschen über einen längeren Zeitraum?

Ich habe viele Betroffene, die ihr Leben lang Katheter und Kondomurinale brauchen. Ich telefoniere mit meinen Patienten einmal im Monat – in der Regel zeitgleich mit der neuen Bestellung. Bei Problemen und Bedarf mache ich auch immer wieder Hausbesuche.

Gibt es Inkontinenzformen, die vorübergehend sind?

Ja, die gibt es. Durch Operationen am Darm, Bauch oder an der Prostata bzw. in Zusammenhang mit bestimmten Medikamenten wie Antidepressiva kann es vorübergehend zu einer Dranginkontinenz kommen. Ich habe derzeit eine junge Patientin, sie ist Anfang 20, magersüchtig und der Blasenmuskel geht durch die Einnahme der starken Medikamente nicht auf. Sobald die Medikamente reduziert werden, wird sich die Inkontinenz auch wieder legen.

Welche Inkontinenzsysteme empfehlen Sie?

Je nachdem, was für den Patienten das Beste ist. Das Produkt muss auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten passen. Es gibt eine breite Palette an sehr guten Inkontinenzprodukten. Die Frage ist, wie lange sind sie noch bezahlbar. Der Arzt entscheidet, was der Betroffene benötigt und ich suche dann gemeinsam mit ihm das für ihn passende Hilfsmittel heraus. Einen jungen Menschen mit Reflexinkontinenz und multipler Sklerose würde ich immer versuchen, mit einem intermittierenden Katheter anzuleiten. Ein ordnungsgemäßes Legen nach den RKI-Richtlinien

(siehe auch Artikel Seiten 26 ff) ist mit einem Katheterset gewährleistet. Deshalb sollte die Versorgung auch nur mit Sets erfolgen.

Betreuen Sie Patienten auch stationär?

Meist bei einem Pouch (einer Kunstblase), das heißt, die Patienten katheterisieren sich über den Nabel. Die Versorgung machen die Krankenschwestern vor Ort. Ich komme dazu, damit mich die Patienten bereits im Krankenhaus kennenlernen und es bei der Entlassung zu einem reibungslosen Übergang der Versorgung kommt.

Was können Sie Menschen, die an einer Inkontinenz leiden, raten?

Viele gehen anfangs nicht zum Arzt, sagen nichts, kämpfen lange mit ihrer Krankheit. Dadurch kommt es zu einer hohen Dunkelziffer der Betroffenen. Es ist wichtig den Patienten zu vermitteln, dass sie nicht allein sind und Inkontinenz ein Thema ist, das viele Menschen betrifft. Man muss auch immer sagen, dass sie möglichst offen mit ihrer Krankheit umgehen sollen und sich nicht vor anderen verschließen, um ihre große Scham abzubauen. Das ist sehr wichtig für das Selbstwertgefühl des Patienten. Motivation ist das A und O. Ich rate allen auch immer sich an Foren oder in Selbsthilfegruppen zu beteiligen, um den Kontakt zu anderen Betroffenen herzustellen und zu sehen, wie andere mit der Krankheit umgehen.

Im Internet gibt es z. B. die Plattform www.selbsthilfeverband-inkontinenz.org. Dort kann man sich anonym mit anderen Betroffenen austauschen.

In Deutschland kostet die Pflege von Menschen, die an Inkontinenz leiden, jährlich etwa eine Milliarde Euro. Eine weitere Milliarde Euro fließen in die ambulante Versorgung und Therapie. Harninkontinenz tritt abhängig vom Alter bei 7 bis 21 Prozent der Frauen und bei 2 bis 3 Prozent der Männer auf. In Deutschland werden derzeit etwa 75 Prozent der Inkontinenten zu Hause versorgt, 25 Prozent leben in Heimen. In Altenheimen sind ein bis zwei Drittel der Bewohner betroffen. Der Bundesverband der Medizintechnologie fordert deshalb in diesem sensiblen Bereich „Qualitätsaspekte in der Versorgung mit Hilfsmitteln stärker zu berücksichtigen und zu prüfen“. Die Nachfrage nach Hilfsmitteln wird weiter steigen. Strittig sind dagegen die geeigneten Instrumente, um Effizienzreserven zu heben, ohne dass die Qualität der Versorgung leidet.

Die Hilfsmittelexpertin Carla Grienberger vom GKV-Spitzenverband fordert deshalb mehr Rechtssicherheit und vor allem Rechtskontinuität: „Wir brauchen mehr Qualitätswettbewerb bei der Versorgung und eine Überprüfung der Erfüllung von Verträgen.“

Wie gehen Sie mit dem Erlebten um?

Natürlich kann man nicht ganz abschalten und nimmt auch immer etwas mit nach Hause. Daher mache ich alle acht Wochen einen Termin bei einer Supervisorin, um Erlebtes zu verarbeiten. Aber vor diesem Problem steht man immer, wenn man mit Menschen arbeitet.



Kontakt

Barbara Kühne
Stoma- und Inkontinenzberatung
E-Mail: barbara.kuehne@t-online.de
Hotline: (08 00) 2 27 20 22

Eine Inkontinenz kann viele Ursachen haben

Die Harninkontinenz kann durch verschiedene Ursachen auftreten und wird daher auch in verschiedene Formen eingeteilt. Laut Experten liegt eine Inkontinenz bereits ab einem Tropfen Urinverlust vor.

Von Karin Wackerbarth

Inkontinenz kann in allen Altersgruppen auftreten, jedoch nimmt die Zahl der Betroffenen im Alter stark zu. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens inkontinent zu werden liegt bei 30% und somit weit über den Wahrscheinlichkeiten an z.B. Bluthochdruck, Diabetes oder Depressionen zu erkranken. Etwa 5 Mio. Menschen in der Bundesrepublik Deutschland leiden an einer behandlungs- oder versorgungsbedürftigen Harninkontinenz. Trotz der hohen Zahl an Betroffenen ist Inkontinenz auch heute noch ein Tabuthema. Die Formen der Inkontinenz können jedoch (teilweise) geheilt bzw. in den meisten Fällen soweit verbessert werden, dass Betroffene wieder vorbehaltlos in das Familien- und Gesellschaftsleben integriert werden können. Manche Formen der Inkontinenz können auch vorübergehend sein. Häufig tritt sie auch als Begleiterscheinung einer anderen Krankheit auf. Wird die Inkontinenz nicht behandelt, kann sich die Inkontinenz ausweiten und nur noch schwer zu therapieren sein. Daher ist es wichtig sich nicht zurückzuziehen, sondern sich umgehend seinem Arzt anzuvertrauen.

Die zwei Hauptformen der Harninkontinenz sind die Belastungsinkontinenz und die Dranginkontinenz. Treten die Symptome beider Formen auf, sprechen Experten von einer sogenannten Mischinkontinenz. Dennoch ist bei der Mischkontinenz eine Form – meist die Belastungsinkontinenz – dominanter.

Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)

Diese Form der Harninkontinenz ist ursächlich auf eine übermäßige Beweglichkeit der Harnröhre, die dadurch die nötige Stabilität verliert, oder auf eine direkte Schwäche des Schließmuskelapparats der Harnröhre zurückzuführen und ist die häufigste Form der weiblichen Inkontinenz. Die Blasenschwäche macht sich bei körperlicher Belastung oder Anspannung bemerkbar. Dabei kann zwischen verschiedenen Schweregraden unterschieden werden:

Grad 1: bei heftiger Drucksteigerung im Bauchbereich, z.B. Niesen, Husten, Lachen oder schwerer körperlicher Anstrengung

Grad 2: bei mittelstarker Drucksteigerung im Bauchbereich, z.B. Laufen, Treppensteigen

Grad 3: bei leichter/geringer Drucksteigerung, z.B. Liegen und Ruhen

Ursachen für eine Belastungsinkontinenz sind unter anderem Geburten, Übergewicht, Blasensenkung, Gebärmutterensenkung sowie Östrogenmangel nach den Wechseljahren und schwere körperliche Arbeit. Auch eine Schwangerschaft kann zu einer – meist vorübergehenden – Blasenschwäche führen. Grund dafür ist die Dehnung der Beckenbodenmuskulatur.

Dranginkontinenz

Die Dranginkontinenz zeichnet sich durch den ungewöhnlich häufigen, plötzlich und stark auftretenden Harndrang aus, der zu einem ungewollten und unkontrollierten Harnabgang führt. Es kann vorkommen, dass Betroffene fünfmal pro Stunde den Drang verspüren Wasser lassen zu müssen. Meist ist der Weg bis zur nächsten Toilette zu weit und der Urin entleert sich unfreiwillig vorher. Der Grund ist eine Störung der Blasenmuskulatur, die aktiv wird, obwohl die Blase nicht genügend gefüllt ist.

Von der Dranginkontinenz sind eher ältere Menschen, überwiegend Männer betroffen. Insgesamt ist diese Form der Blasenschwäche seltener als die der Belastungsinkontinenz.

Seltene Formen der Harninkontinenz

Überlaufinkontinenz – beschreibt den unkontrollierten Urinverlust bei voller Blase ohne eigentliche Blasenentleerung auslösen zu können. Der Urinverlust hält so lange an, bis der Druck zwischen Blase und Harnröhre wieder ausgeglichen ist. Es bleibt immer eine Restharnmenge in der Blase, die chronische Infektionen und eine Schädigung der Nieren hervorrufen kann.

Reflexinkontinenz – definiert den nicht steuerbaren Urinabgang. Hierbei entleert sich die Blase ab einem bestimmten Füllstand unkontrolliert, ohne dass der Betroffene einen Harndrang verspürt. Der Urinabgang wird meist durch einen zufälligen Reiz, wie zum Beispiel Niesen, ausgelöst und kann nicht unterbrochen werden.

Typische Krankheitsbilder, bei denen es zu einer Reflexinkontinenz kommen kann, sind Querschnittslähmung und multiple Sklerose.

Extraurethrale Inkontinenz – dabei findet der Urinabgang außerhalb der Harnröhre statt. Sie kann aufgrund von angeborenen Harnröhrenmissbildungen oder Fistelgängen, die sich durch Entzündungen oder durch Bestrahlung gebildet haben, auftreten.

Zur Behandlung und Versorgung der vorliegenden Harninkontinenz müssen ausgewählte Hilfsmittelarten eingesetzt werden. Sie sollten unter anderem die Sicherheit vor Auslaufen, eine hohe Aufnahmekapazität und eine langfristige Geruchssicherheit garantieren. Die Haut sollte dabei auch geschützt werden um weitere Beschwerden zu vermeiden. Das Hilfsmittel sollte einfach in der Handhabung sein und dem Betroffenen Sicherheit und Komfort bieten, damit einer uneingeschränkten Teilnahme am täglichen Leben nichts im Wege steht.

Die Vielzahl der heute angebotenen Produkte erlaubt es, gezielt auf die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen einzugehen, um eine jeweils optimale Versorgung sicherzustellen. Es gibt verschiedenste Produkte für ableitende und absorbierende Systeme. Jedes Hilfsmittel kann dennoch nur seinen Zweck erfüllen, wenn es sachgerecht angewendet wird.

Weitere Informationen zum Thema finden Sie in unseren Ratgebern und auf www.inkontinenz.bbraun.de.



Der intermittierende Katheterismus ist die Methode der Wahl

Der intermittierende Katheterismus ist längst nicht mehr auf Menschen mit Rückenmarksverletzungen festgelegt, sondern kann bei vielen Krankheitsbildern, die mit urologischen Problemen einhergehen, eingesetzt werden. Auch das Alter der Patienten ist kein Hinderungsgrund. Oftmals ist eher Zeitmangel des Personals der Grund dafür, dass die Entscheidung für eine Dauerharnableitung und gegen den ISK getroffen wird.

Der folgende Artikel verweist auf die Möglichkeiten und Vorteile des ISK sowie seine vielfältigen Einsatzmöglichkeiten. Er empfiehlt, vor dem Einsatz einer Dauerharnableitung fachlich zu prüfen, ob der ISK nicht doch eine Alternative für den jeweiligen Patienten darstellt. Denn die Vorteile für die Patienten sprechen für sich. Es treten weniger Harnwegsinfektionen auf und der Patient gewinnt ein hohes Maß an Mobilität und Unabhängigkeit.

Eine gute Lösung:

Chancen des intermittierenden Selbst- oder Fremdkatheterismus

Von Will Nelson Vance, MBA, MPH



W. N. Vance leitet seit 2004 die Funktionsabteilung Neuro-Urologie der Kliniken Beelitz GmbH in Beelitz-Heilstätten nahe Berlin und Potsdam. Während seiner zwanzigjährigen urologischen Tätigkeit erwarb er weiterhin die Zusatzbezeichnungen Rehabilitations- und Sozialmedizin, Naturheilkunde, Homöopathie, Ärztliches Qualitätsmanagement und Sexualmedizin. Weiterhin erhielt er durch Zusatzstudien zwei Magister in medizinischen Fachgebieten. Die Funktionsabteilung betreut die Fachklinik für neurologische Frührehabilitation mit über 75 Betten, das Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen/Parkinson, die Neurologische Rehabilitationsklinik mit 119 Betten sowie das Brandenburgische Querschnittgelähmtenzentrum mit bis zu 60 Behandlungsplätzen der Kliniken Beelitz GmbH. Es werden Harn- und Stuhlinkontinenz sowie sexuelle Funktionsstörungen bei allen neurologischen und urologischen Krankheitsbildern behandelt.

Die dauerhafte Harnableitung stellt nur in Ausnahmefällen eine Alternative zum intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK) dar. Der ISK kann bei fast jedem Krankheitsbild eingesetzt werden und Risiken wie Restharn minimieren.

Wer kennt sie nicht? Patienten, die seit Jahren einen transurethralen oder suprapubischen Katheter haben und immer wieder durch rezidivierende Harnwegsinfekte auffallen. Oftmals erinnert sich niemand mehr an den Anlass für die Harnableitung und in den Arztbriefen und der Pflegedokumentation ist der Grund für die Harnableitung auch längst verloren gegangen. In den Rettungsstellen, wo diese Patienten insbesondere nachts und am Wochenende wegen verlorener, vom Patienten selbst gezogener oder verstopfter Katheter, oder einer Hämaturie vorgestellt werden, findet niemand die Zeit die Indikation für die Harnableitung zu überprüfen.

Allen Pflegestandards und Leitlinien zum Trotz werden allzu häufig dauerhafte Harnableitungen nicht nur bei Harnblasenentleerungsstörungen, sondern auch

zur Behandlung von Harninkontinenz und zur Erleichterung der Pfl egetätigkeit eingesetzt. Längst ist bekannt, dass die Häufigkeit von MRSA- und ESBL-Infektionen positiv mit der Häufigkeit von Harnableitungen korreliert, dass nach vielen katheterbedingten Harnwegsinfektionen in den Antibiogrammen nur noch Multiresistenzen zu finden sind, uns langsam aber sicher die Wirksamkeit der Antibiotika ausgehen, dass Harnableitungen die Immobilität der Patienten fördern und dass Patienten mit eingeschränkten kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sich manchmal nur deshalb den Katheter ziehen, damit die Schmerzen in der Harnblase und -röhre endlich aufhören. Aber oft bleibt es dabei – beim Dauerkatheter. Dauerhafte Harnableitungen, die transurethralen mehr als die suprapubischen, haben eine Lobby von der die Methode

des Selbst- oder Fremdkatheterismus nur träumen kann.

Mit dem Begriff des intermittierenden Selbstkatheterismus ist untrennbar das Krankheitsbild der Querschnittlähmung verbunden. In den Leitlinien zur urologischen Behandlung Querschnittgelähmter wird der intermittierende Selbstkatheterismus als anzustrebende Form der Harnblasenentleerung bei kompletter und incompletter Querschnittlähmung und bei gleichzeitigem Vorliegen einer neurogenen Harnblasenentleerungsstörung empfohlen. Dies ist inzwischen Standard und führt (allgemein akzeptiert) zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung der Betroffenen.

Doch die Methode des Selbstkatheterismus ist auch für andere Krankheitsbilder, die



mit einer Harnblasenentleerungsstörung einhergehen, geeignet. Im Folgenden werden auch andere Einsatzmöglichkeiten und unsere Erfahrungen dargestellt.

Multiple Sklerose

Die einfachste Form der Harnblasenfunktionsstörung bei MS ist eine Dranginkontinenz, welche ohne Restharnbildung einhergeht. Zur Behandlung reicht häufig eine anticholinerge Medikation zur Unterdrückung des Harndranges aus. Bei anderen besteht jedoch eine Harnblasenentleerungsstörung, bedingt durch eine Lähmung des Harnblasenmuskels (Detrusorakontraktilität) und/oder eine fehlende zeitgerechte Öffnung des Schließmuskels (Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie). Bei einigermaßen vorhandener Handfunktion und etwas Geduld und Motivation des medizinischen Personals können diese Patienten den Selbstkatheterismus erlernen. Entscheidend für die Indikation ist hierbei nicht die Restharmenge in ml, sondern die Relation (Prozent) der Restharmenge zur Blasenkapazität.

Hierzu zwei Beispiele: Eine 50-jährige Frau litt mehrere Jahre unter einer Dranginkontinenz, mehrere Jahre wurde sie erfolglos mit anticholinergem Blasenmedikation und Schutzhosen versorgt, die Miktionsmengen lagen bei 150 ml, die Restharmengen bei 140 ml. Mit jeder Zystitis nahm die Spastik der Beine zu. Nach urodynamischer Diagnose einer Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie und einer überaktiven Blasenfunktion und einer Botulinumtoxin-Behandlung der Adduktorenspastik der Beine führt sie nunmehr viermal täglich den Selbstkatheteris-

mus nach Spontanmiktions durch. Seitdem ist sie harnkontinent, spastik-fördernde Harnwegsinfekte sind selten.

Beispiel 2: Bei Patienten mit schubweisen Verlauf zeigt sich, dass bei vielen nur während des akuten Schubs eine Harnblasenentleerungsstörung besteht, nach Abklingen des Schubes normalisiert sich bei vielen die Harnblasenfunktion wieder. Diese MS-Patienten praktizieren den Selbstkatheterismus nur im Bedarfsfall. Würde man in diesen Fällen eine dauerhafte Harnableitung legen, wer würde die dauerhafte Harnableitung wieder entfernen? Und zu welchem Zeitpunkt?

Parkinson-Syndrom

Für jeden urodynamisch versierten Urologen stellen Harnblasenentleerungsstörungen bei Parkinson-Patienten eine Herausforderung dar. Einerseits können einige Parkinsonmedikamente in entsprechender Dosierung zu (vorübergehenden) Blasenentleerungsstörungen führen, andererseits ist bei Patienten häufig nur mit aufwendiger urodynamischer Diagnostik eine neurogene von einer durch eine Prostatavergrößerung (bei Männern), bzw. eine Blasensenkung (bei Frauen) verursachten Blasenentleerungsstörung zu differenzieren. Neurogene, dauerhafte Blasenentleerungsstörungen treten besonders häufig bei atypischen Parkinson-Syndromen und bei Multisystematrophie auf. In unserer Klinik werden deshalb alle Patienten mit hoher Restharnbildung urodynamisch und radiologisch untersucht um unnötige Prostata- und Inkontinenzoperationen und zusätzliche anticholinerge Harnblasenmedi-

kamente zu vermeiden. Neurologen wissen, dass jede Narkose und jeder Harnwegsinfekt zu einer Verschlechterung der Parkinson-Symptomatik beitragen kann. In unserem Patientengut sind erstaunlich viele Patienten in der Lage den Selbstkatheterismus zu praktizieren. Hierbei reicht oft der zwei- bis dreimalige Katheterismus pro Tag (morgens und abends) aus. In den meisten Fällen kathetern die Patienten nach einer Spontanmiktions den Restharn ab und entgehen hierdurch einer Überlauf- und einer Dranginkontinenz. In anderen Fällen wird der Einmalkatheterismus erfolgreich durch die Angehörigen durchgeführt. Diese Vorgehensweise hat dazu geführt, dass in unserer Klinik erst nach vielen erfolglosen Versuchen zur Anleitung in den Selbstkatheterismus die Indikation zur dauerhaften Harnableitung gestellt wird und die Anzahl der Harnableitungen bei Parkinsonpatienten kontinuierlich sinkt.

Andere neurologische Krankheitsbilder

Bei Patienten mit Hirninfarkten (Schlaganfall) wird nahezu ausnahmslos in der Akutphase eine transurethrale Harnableitung gelegt. Aufgrund der Bettlägerigkeit, der Hemiplegie und der Aphasie werden diese leider oftmals erst nach Wochen oder Monaten wieder entfernt. Bei ca. jedem zwanzigsten Patienten besteht danach eine (oft nur) vorübergehende Blasenentleerungsstörung. Nahezu immer entwickelt sich oder besteht bereits vor der Dauerkatheterentfernung ein Harnwegsinfekt, welcher zu Inkontinenz führt und die Bereitschaft zur Katheterentfernung auf der Seite des medizinischen Personals zusätzlich schmälert. Bei hohen Restharmengen und bei

Praktische Hinweise zum intermittierenden Selbst- und Fremdkatheterismus

Die Trinkmenge sollte bei Patienten mit intermittierendem Selbst- oder Fremdkatheterismus (4–5-mal pro Tag) ca. 1500 ml pro Tag betragen. Für jede zusätzliche Trinkmenge von 500 ml muss ein zusätzlicher Einmalkatheterismus veranschlagt werden. Regelmäßige Harnblasenfüllungen von über 400 bis 500 ml sollten vermieden werden, durch kontinuierliche Überschreitung können zusätzliche Schäden der Harnblase auftreten.

Patienten, bei welchen das Füllungsgefühl der Harnblase verloren gegangen ist, sollten zu feststehenden Zeiten den Einmalkatheterismus durchführen. Zu Beginn können folgende Zeiten vorgegeben werden:

7.00 – 11.00 – 15.00 – 19.00 – 23.00, falls erforderlich 3.00 Uhr

Harnverhaltungen sollte hier der intermittierende Katheterismus eingesetzt werden: In vielen Fällen sind bereits nach wenigen Tagen die Restharmengen rückläufig und eine Indikation zur Harnableitung besteht nicht mehr.

Am erfolgreichsten erweist sich in unserem Patientengut der Einsatz des Selbst- und Fremdkatheterismus beim Guillain-Barré-Syndrom. Sobald die Lähmungen rückläufig sind und der Einmalkatheterismus durchgeführt wird, normalisiert sich in über zwei Drittel der Fälle die Harnblasenfunktion bereits in kurzer Zeit. In den letzten fünf Jahren mussten wir nur vier Patienten mit GBS mit einer Harnableitung entlassen.

Neurologen und neurourologisch tätige Urologen wissen, dass ein akuter oder chronischer Hydrozephalus internus unabhängig von der Ursache zu einer Harnblasenentleerungsstörung und zu einer Harnverhaltung führen kann. Urodynamisch findet sich oftmals eine Lähmung des Blasenmuskels. Hier erweist sich der intermittierende Katheterismus nicht nur als symptomatische Therapie. Sobald der Hydrozephalus rückläufig ist (mit oder ohne Shunt) kehrt die Harnblasenfunktion zurück. Auch hierzu die Frage: Wer hätte wann eine kontinuierliche Harnableitung entfernt?

Die Liste der neurologischen Krankheitsbilder, bei welchen sich der intermittierende Katheterismus sowohl in diagnostischer wie auch therapeutischer Hinsicht der dauerhaften Harnableitung als überlegen erweist, ist lang. Dass in unserer Klinik bei

Bei übermäßiger Blasenfüllung empfinden manche Patienten (ohne Blasenfüllungsgefühl) ein Druck- und Spannungsgefühl im Unterbauch, welches fälschlicherweise als wiederkehrendes Blasenfüllungsgefühl gedeutet werden kann.

In den ersten Wochen sollten die Patienten ein Tagebuch über die Zeiten und die mittels Katheterismus geförderten Urinmengen führen. Die Urinproduktion erfolgt nicht gleichmäßig, Schwankungen im Tagesverlauf und auch unregelmäßige Ausscheidungsvolumina in verschiedenen Wochen sind die Regel. Durch die Dokumentation kann der Patient diese selbst erkennen und seine Katheterzeiten bzw. seine Gewohnheiten diesen anpassen.

Insbesondere Rollstuhlfahrer klagen häufig darüber, dass die nächtliche Urinproduktion hoch ist und hierdurch der nächtliche Katheterismus erforderlich wird, oder die morgendliche Blasenfüllung die 500-ml-Grenze weit überschreitet. Durch Störungen im vegetativen Nervensystem, durch die reduzierte Pumpfunktion der Beinmuskulatur und durch die sitzende Position im Allgemeinen werden zum Teil erhebliche Volumina „eingelagert“, welche dann nachts in der liegenden Position zu erhöhter Urinproduktion führen können. Dies kann durch Verhaltensänderung (z. B. Nachmittagsruhe), im Ausnahmefall durch Medikamente (z. B. leichtes Diuretikum mittags) reduziert werden.

Beim Selbstkatheterismus sollte der Patient den Katheter bei Ende des Urinflusses nicht abrupt herausziehen, sondern stufenweise (ca. 1 cm) zurückziehen. Bei Leerung der Harnblase kann sich sonst die Blasenwand an die Katheteraugen anlegen, der Urinfluss versiegt, obwohl sich noch Urin in der Harnblase befindet und letztlich würde die Harnblase unvollständig entleert werden. Durch dieses stufenweise Herausziehen können unnötige zusätzliche Katheterismen vermieden werden.

querschnittgelähmten Patienten ein transurethraler Katheter die Ausnahme bleibt, muss nicht weiter erwähnt werden. Selbstverständlich sind nicht alle Patienten zum Selbstkatheterismus fähig. Allerdings muss den Patienten viel Zeit und viel Geduld gewidmet werden, bevor man sich auf eine, dann möglichst suprapubische, Harnab-

leitung einigt. Nicht selten verhindert die Überlastung des Pflegepersonals die Möglichkeit die Patienten doch noch zur Durchführung des Katheterismus zu befähigen. Und manchmal wird auch der Verfechter des Selbstkatheterismus überrascht: Eine 70-jährige, adipöse, querschnittgelähmte und blinde (!) Patientin erlernte binnen



einer Woche den Selbstkatheterismus und führt diesen nunmehr seit über zwei Jahren durch. Nach zwei Jahren stellte sich die Patientin erneut in unserer Klinik vor und wir fragten wie viele Harnwegsinfekte in dieser Zeit aufgetreten waren, ihre Antwort: zwei. Auf die Frage, wie es denn mit dem Kathetern funktioniere, antwortete sie: Ich habe mich daran gewöhnt und denke darüber gar nicht mehr nach.

Urologische Krankheitsbilder

Auch nicht neurologisch erkrankte Patienten können von der Methode des Selbstkatheterismus profitieren: Ältere Männer mit nachgewiesener Prostatavergrößerung und Frauen mit Harnblasensenkungen, welche mit hoher Restharnbildung und Inkontinenz einhergehen, möchten sich nicht mehr einer Operation unterziehen und möchten auch keine dauerhafte Harnableitung. In diesen Fällen reicht häufig der Einmalkatheterismus zweimal täglich aus, um die Inkontinenzepisoden zu reduzieren. Wenn der ambulante Pflegedienst sowieso zwei bis dreimal pro Tag kommt, kann dieses als Fremdkatheterismus gestaltet werden. Die „Leitlinie“ ist hier nicht der urodynamische oder der urologische Befund, sondern die Zufriedenheit des Patienten. Zu unserer Überraschung erhalten wir gelegentlich nach Monaten die Rückmeldung, dass sich der Restharn und die Inkontinenz auch ohne Operation und ohne weitere Therapie nur durch den Einmalkatheterismus so weit reduziert hat, dass er nur noch einmal täglich oder überhaupt nicht mehr durchgeführt werden muss. Dies lässt sich nicht immer erklären, muss man auch nicht: Der Erfolg spricht in diesen Fällen für sich.

Unser Fazit aus einer neurologischen Rehabilitationsklinik mit neurourologischer Abteilung: Die Indikation für dauerhafte Harnableitungen sollte strenger gestellt und so oft es geht wenigstens klinisch oder urodynamisch überprüft werden. Andererseits sollte bei Harnblasenentleerungsstörungen sowie bei Dranginkontinenz mit einhergehender Restharnbildung die Indikation zum Einmalkatheterismus (Selbst- oder Fremdkatheterismus) viel häufiger zugelassen oder wenigstens versucht werden. Mit viel Aufwand werden internistische und neurologische Störungen behandelt und die vegetativen (insbesondere urologischen) Beschwerden und Bedürfnisse werden leider oft vernachlässigt. Warum? Transurethrale Harnableitungen haben scheinbar einen Vorteil, welcher der Einmalkatheterismus nicht hat: Eine breite Lobby und eine hohe Akzeptanz beim medizinischen Personal. Aber auch die Hersteller von Einmalkathetern sollten umdenken: In ihren Broschüren zum Selbstkatheterismus orientieren sie sich nahezu ausschließlich am Klientel der jüngeren querschnittgelähmten Patienten. Oft werden junge und sportliche Patienten dargestellt. In unserer Abteilung für querschnittgelähmte Patienten nimmt die Zahl älterer Patienten mit Harnblasenentleerungsstörungen aufgrund nicht-traumatischer spinaler Erkrankungen (z. B. Spinalkanalstenosen) immer mehr zu und stellen inzwischen die Mehrheit dar. Diese finden sich in diesen Broschüren oftmals nicht wieder.

Kontakt

MBA, MPH Will N. Vance
 Facharzt für Urologie
 Kliniken Beelitz GmbH
 Neurologische Rehabilitationsklinik
 14547 Beelitz-Heilstätten
 Tel.: (03 32 04) 2 12 52
 E-Mail: vance@rehaklinik-beelitz.de



Wir wollen kein Zauberberg sein

Lebenslange Rehabilitation: Ein Rundgang durch das Rehabilitationszentrum in Bad Häring

Von Andrea Thöne

Wenn die Menschen in der Rehaklinik in Bad Häring ankommen, haben sie schlimmste Unfälle überstanden. Sie kommen mit der Gewissheit, dass sie nie mehr so „ganz“ sein werden wie sie mal waren. Und das Schwierigste liegt noch vor ihnen: Der Weg zurück in ihr altes Leben. „Die Leistungen und die damit verbundenen Erfahrungen der Menschen, die zu uns kommen, sind mit einem Jakobsweg vergleichbar“, sagt Dr. Christian Bittner, Arzt in der Tiroler Klinik, die ganz nebenbei tief mit dem österreichischen Behindertensport verbunden ist.

Acht Uhr morgens im Rehazentrum. Es ist noch ruhig. Die einzigen Geräusche kommen aus dem Kiosk im Eingangsbereich des Therapietraktes. Drei Patienten sitzen in ihren Rollstühlen an einem der Tische davor und machen Pause. Der Blick des Betrachters richtet sich auf die Fotos der sonst kahlen Klinikwände. Die Bilder zeigen Sportler, genau gesagt, die Paralympics-

und Weltcup-Sieger von Österreich. Sie lachen und strotzen vor Kraft. So wie Thomas Geierspichler, Rennrollstuhlweltmeister und Olympiasieger, der nach einem Autounfall querschnittsgelähmt ist. Oder Österreichs Behindertensportler von 2001 und 2003, Langläufer Oliver Anthofer, der nach einem Motorradunfall im Rollstuhl sitzt, ist hier zu finden. Die Liste lässt

sich beliebig fortsetzen: Skiweltmeisterin Claudia Lösch, Skiweltmeister Harald Eder aus Tirol. Sie alle haben nicht kapituliert, sondern nach dem großen Tief ihr Leben mit Hilfe des Sports wieder in den Griff bekommen. Letztendlich hat der Unfall sie zu dem gemacht, was sie heute sind – zu den erfolgreichsten Sportlern der Welt.

„Ich habe mich nie gefragt, warum“, sagt Goldmedaillengewinnerin Danja Haslacher selbstbewusst. Sie verlor mit 17 Jahren nach einem Vespaunfall ihren linken Unterschenkel, ist im Kniegelenk amputiert. Danja kommt mit dem Rollstuhl zum Kiosk gefahren. Am Nebentisch diskutieren mehrere Patienten in Rollstühlen über einen Ausflug am Wochenende. Es geht ziemlich laut zu. Das stört hier keinen. Auch Danja lässt sich dadurch nicht beirren. Sie streicht ihr glattes, dunkles Haar aus dem Gesicht. Fast fünfzehn Jahre schon startet die bautechnische Zeichnerin für Österreich im alpinen Skisport. Der Unfall und ihr erster Aufenthalt hier ist mehr als 20 Jahre her. Zurück blickt sie nicht mehr, ihr altes Leben ist vorbei, lange her. In ihrem besten Jahr holte die vielfache Paralympicssiegerin in Salt Lake City 2002 drei Goldmedaillen: in der Abfahrt, im Slalom und Riesentorlauf. Derzeit ist sie wieder hier, sie hat sich im Training den rechten Unterschenkel gebrochen und lernt langsam wieder gehen. „Das ist hier entspannter als zu Hause“, sagt die quirlige Spitzensportlerin mit blauen Augen.

Entspannt geht es grundsätzlich zu in der Klinik. Es gibt keine Barrieren zwischen dem medizinischen Personal und den Patienten. Auf den Gängen ist keine Hektik zu spüren, in den Therapieräumen wird fleißig geübt. Die Sportler auf den Fotos sind allgegenwärtig – auch hier. Vieles ist hier möglich, z.B. am Lokomat. Das Gerät ist einem Laufband für Gesunde ähnlich. Es ermöglicht Patienten den aufrechten Gang zu imitieren. Nebenbei kommt es dabei zu

einer Verbesserung des Kreislaufs, der Verdauung und der Lungenbelüftung erklärt der Mediziner Dr. Christian Bittner. Das Gerät wird nur bei nicht komplett querschnittgelähmten Patienten eingesetzt, um den Schreitreflex in Gang zu setzen und die Gehfähigkeit zu verbessern. Der Vorteil des Gerätes besteht darin, dass die Therapie auf das individuelle Funktionsniveau des jeweiligen Patienten angepasst ist. „Der Patient wird beim Üben so viel wie nötig unterstützt, aber so wenig wie möglich.“

Auch wenn die Klinik am Waldrand äußerlich wie eine Oase der Ruhe wirkt, der Therapieansatz ist ein anderer: „Wir wollen bewusst kein Zauberberg werden“, sagt Dr. Bittner. „Es geht darum, die Patienten für das Leben zu Hause fit zu machen.“ Die Klinikmitarbeiter sehen sich als Team über die Berufsgruppen hinweg. Wenn ein Patient hier ankommt, wird nach einigen Wochen ein Therapiesgespräch mit ihm und seinen Angehörigen geführt. Darin wird ein gemeinsames Therapieziel definiert. Dabei ist das gesamte Behandlungsteam involviert. Es sei wichtig, offen zu sein und die Situation einschätzen zu können, erklärt Dr. Bittner und führt weiter aus: „Die Funktionen, die wenig geschädigt sind, erholen sich schnell, die stärker geschädigten weniger bis gar nicht.“ Man könne es mit einem Berglauf vergleichen. Deshalb sei es wichtig immer realistisch zu bleiben. „Das „Nachhausekommen-Lernen“ ist ein wichtiger Teil der Rehabilitation.“ So werden mit den Patienten Ausflüge gemacht, z.B. in die Stadt nach Innsbruck zum Einkaufen. Zwischenfälle dienen den Patienten, aus

der alltäglichen Praxis zu lernen. „Die begleitenden Psychologen und Therapeuten helfen, die aufgetretenen Probleme besser meistern zu können“, sagt der Arzt. Ein spezieller Service des Reha-Zentrums stellt der „Hausbesuch“ dar. Mitarbeiterinnen der Sozialberatung und der Ergotherapie besuchen gemeinsam mit den Angehörigen das Zuhause der Patienten, beraten bei Umbauten und bringen gemeinsam mit ihnen die Anträge dafür auf den Weg. Zusätzlich gibt es auch im Zentrum einen „Übungsraum“, der wie eine Wohnung eingerichtet ist. Angehörige werden auch angeleitet, wie sie sich bei der Pflege zu Hause schonen können und sich nicht mehr überfordern als nötig.

Auf den Gängen ist es ruhig. Die Patienten mit den Rollstühlen bewegen sich lautlos. Ab und zu hört man das Klacken von Gehstützen. Die Türen zu den Therapieräumen sind offen. Und überall die Bilder der Spitzensportler – eine Motivation für alle, die hier sind: Für die Mutter zweier Kinder, die einen schweren Auffahrunfall hatte und seitdem von der Brustwirbelsäule abwärts querschnittgelähmt ist. Sie ist gerade in der Sporthalle, spielt Tischtennis. Für den Arbeiter, der nach schwersten Brandverletzungen in der Ergotherapie die Feinmotorik seiner rechten Hand trainiert. Er kann vielleicht nie mehr in seinen Beruf zurück und wurde von seiner Lebensgefährtin verlassen. Wie kommt man da zurück ins Leben? „Der Umgang mit dem Trauma und dem Leben danach ist unterschiedlich“, meint Dr. Bittner. „Die einen sind ganz nüchtern und packen es an, die nächsten wissen, es muss



sich alles ändern, sind aber überfordert und wieder andere verdrängen alles, was mit der Zukunft zu tun hat.“ Diesen Menschen sei am schwierigsten zu helfen. Das könne sich äußern in unrealistischen Wünschen „Alles bleibt so wie es ist“ bis hin zu Selbsthass. Da sei dann das psychologische Team der Klinik besonders gefragt. „Bei so schweren Traumata wird der Mensch in seiner Ganzheit verletzt, deshalb ist die ganzheitliche Betreuung so wichtig“, erklärt der Mediziner. Dazu gehören neben der medizinischen und medizinisch physikalischen Therapie auch die Ergotherapie, Logopädie, Sport- und Physiotherapie und die ständige Auseinandersetzung mit der Rückkehr in das alte Leben – mit allen Schwierigkeiten.

„Die schlimmste Zeit ist die, wenn du nach den Monaten hier nach Hause kommst und in den Alltag geschmissen wirst“, erinnert sich Danja Haslacher. Sie wäre sich vorgekommen wie eine Außerirdische. „Solange du hier drin bist, vergleichst du dich mit anderen und denkst, dass du noch Glück gehabt hast. Das geht aber draußen nicht mehr, da sind die meisten gesund und starren dich an.“ Sie habe damals viel Halt in ihrer Clique gehabt und eine „gute Portion“ Sturheit, beides war nützlich, sagt sie heute. Danja ist nicht nur selbstbewusst, sondern auch mutig, sie probiert gern aus und hat gelernt die Dinge anzupacken. „Ich habe jede Sportart ausprobiert, mich nicht unterkriegen lassen, auch wenn die Ärzte gesagt haben, das geht nicht.“ Irgendwann war aber klar, dass sie wieder Skifahren wollte. Ihre Mutter bezahlte ihr den ersten Skikurs. Anfangs hatte sie Angst „auf

der Piste aufzufallen“. Aber irgendwann sei ihr auch das egal gewesen, denn sie wollte einfach Ski fahren. Sie sei dann in den Behindertenkader reingerutscht, aber als nicht förderungswürdig wieder ausgeladen worden. „Ein Außenstehender hat dann intensiv mit mir trainiert, weil er mich für talentiert gehalten hat und ich habe alles aufgesaugt, weil ich es wollte“, sagt sie. Später hätte sie der Landeschef dann in den österreichischen Kader geholt. Mit dem Europacup in Aosta 1994/95 begann ihre Skikarriere. Sie belegte den dritten Platz im Riesentorlauf. In 1998 holte sie das erste Mal olympisches Gold. Heute erreicht die mehrfache Weltcup- und Goldmedaillengewinnerin eine Geschwindigkeit von 120,5 Stundenkilometern – auf einem Bein, mit Prothese wäre das unmöglich.

Die Mitarbeiter von Bad Häring sind bodenständig. Sie vermitteln den Patienten ein Stück Normalität. Die Behinderungen gehören zum Alltag. „Das passt“ und was nicht passt wird passend gemacht. In Zusammenarbeit mit den Urologen entwickelt so das Ergotherapie-Team Hilfsmittel zum Greifen, die Patienten mit hohen Querschnitten und eingeschränkter Handfunktion das Katheterisieren ermöglichen. Wenn die Ausfälle durch Rückenmarksverletzungen auch die Hände betreffen, kann so bei einigen Patienten erreicht werden, dass sie sich doch selbst katheterisieren können. Ein Stück mehr Selbstständigkeit – das höchste Ziel. Wir stehen vor dem Schild „Werkstatt“ und betreten das Reich von David Santer. Der junge Mann mit dem festen Händedruck sprüht vor Ideen



Sport – Vorbildfunktion und Anreiz

Von B wie Badminton bis V wie Volleyball – im Behindertensport ist nahezu alles möglich. Die Berichterstattung von großen Behindertenwettkämpfen erregt inzwischen ähnliches Interesse wie die herkömmlichen Spiele. Sportreporter Andreas Käckell, der für die ARD in 2008 aus Peking berichtete, war von der vom Herzen kommenden Stadionstimmung bei den Paralympics begeistert: „Noch nie haben so viele Menschen sich selbst ein Bild von der Leistungsfähigkeit behinderter Menschen machen können wie bei diesen Spielen. Wir müssen noch mehr solche Menschen zeigen, die einfach nur anders aussehen, aber mehr Leistung bringen als die meisten von uns Nichtbehinderten!“ In Deutschland sind allein jedes Jahr neu 1800 Personen meist durch Unfall von einer Querschnittslähmung betroffen.



Auf der Überholspur – Danja Haslacher, 1. von rechts

Harald Eder, Hubert Mandl, Robert Meusburger, Philipp Bonadimann (v. l.) und Danja Haslacher holten die Silbermedaille im Teamwettbewerb

22

und Elan. Hier ist man gleich zu Hause. Genau wie in den anderen Ergotherapie-räumen lernen die Patienten hier vorhandene motorische Fähigkeiten zu festigen und verloren gegangene zu kompensieren oder durch Hilfsmittel zu ersetzen. Hier geht es ans Ausprobieren: Sinnvolles wird repariert und so die Feinmotorik trainiert. Mit Sensibilität und Kreativität entwickelt der junge Mann immer neue Ideen, um bestimmte Muskelgruppen zu trainieren oder den Umgang mit der Prothese zu verbessern. Da wird auch schon mal das eigene Auto vor der Tür repariert und so zum Therapieobjekt mit einem guten Gefühl für alle Beteiligten. Das Auto funktioniert wieder und der Patient weiß, dass er das noch kann und hat etwas wirklich Nützliches getan.

Auch die Sporttherapie nimmt in Bad Häring einen großen Raum ein. Es gibt einen Fitnessraum, eine große Turnhalle sowie ein Schwimmbad und Außenanlagen. „Sport in der Rehabilitation ist körperlich und seelisch wichtig“, sagt der Sportlehrer und Sporttherapeut Bruno Schmidbauer. Er ist seit den Klinikanfängen dabei. Der Rehasport ist ein großes Stück Leben für den drahtigen, warmherzigen Endfünfziger. „Es ist schön zu sehen, wie die Patienten sich verändern, irgendwann tauen sie richtig auf und entwickeln wieder Selbstbewusstsein.“ Sein Team versucht den Patienten alle Sportarten näherzubringen. Der Gruppensport habe den Nebeneffekt, dass frische Patienten mit älteren gemeinsam trainierten und so wieder Lebensmut und Perspektive bekämen und jemanden zum

Reden hätten. Bruno ist begeistert von seiner Arbeit und man spürt, wie viel ihm die Sportler und ihre Entwicklung zurückgeben. Besonders stolz ist er auf seine Mittwochssportgruppe. Sie existiert bereits seit 1974, eines der Gründungsmitglieder ist inzwischen 81 Jahre alt. „Die Leute kommen von weit her, jeden Mittwoch.“ Da werde alles gemacht, Konditionstraining, Leichtathletik, Kugelstoßen zum Beispiel. Anschließend könnten alle noch schwimmen gehen. Der Sport habe außerdem einen guten Nebenaspekt, der den Menschen mit Behinderung zugutekäme. Er treibe die Hilfsmittelentwicklung an. So entstehen immer wieder neue Sportgeräte und Hilfsmittel für Freizeit und den Alltag, wie die bekannten Handbikes oder auch der SWISS-TRAC, ein Zugerät für Rollstuhlfahrer, durch den es sogar möglich wird, „auf die Hütten“ zu kommen.

Bruno hat auch viele Patienten begleitet, die wie Danja später große Behindertensportler geworden sind. Ganz nach oben kämen meistens die, die früher gar nicht so sportlich gewesen seien. „Energie und Wille“ seien entscheidend. Er selbst ist bei fünf Paralympischen Spielen als Betreuer dabei gewesen. Dieses Engagement der Mitarbeiter wird von der AUVA unterstützt. „Im Behindertensport geht es schneller nach oben, Alter und Quereinsteiger sind kein Problem“, erzählt er, „auch wenn der Sport inzwischen hochprofessionell geworden ist.“



Für Danja ist die Arbeit der Sporttherapeuten im Nationalteam „auch für die wichtig“. „Hier drinnen geht es darum, wie viel Schritte du machen kannst, draußen geht es nur noch ums Skifahren.“ Davon profitierten die Therapeuten, sie sehen die Behinderten draußen als Sportler und nicht mehr als Patienten. „Es ist eine andere Welt“, meint sie. Für sie ist der Aufenthalt dieses Mal Routine. Auch wenn sie auf einen Start in Vancouver verzichten muss, sie trägt es mit Gelassenheit, ihre Gesundheit ist ihr wichtiger. Sie habe ja schon alles erreicht, was man erreichen könne. Was sie sich wünscht? Die Antwort kommt wie aus der Pistole geschossen, ihre blauen Augen blitzen: „Fallschirmspringen, das würde ich sehr gerne ausprobieren.“ Sie wird es schaffen, so wie es alle Sportler auf dem Gruppenbild der österreichischen Nationalmannschaft hinter ihr geschafft haben. Jeder Patient ist eben etwas ganz besonderes in Bad Häring.



Bruno Schmidbauer während der Therapie

Möglichst hohe Lebensqualität als Ziel

Ein Behandlungsschwerpunkt – die Urologie

Dr. Felix Strasser, seit 1990 leitender Urologe im Rehabilitationszentrum, äußert sich zu den urologischen Behandlungsmöglichkeiten.

Ein Interview von Andrea Thöne

Die Behandlung neurogener Blasenfunktionsstörungen ist ein Schwerpunkt der Klinik, denn viele Patienten leiden durch inkomplette oder komplette Rückenmarksverletzungen an einer solchen. Neurogene Blasenfunktionsstörungen sind häufig mit Harninkontinenz verbunden. Bei Querschnittslähmung bzw. Rückenmarksverletzungen oberhalb des ersten Lendenwirbels kommt es aufgrund einer spastischen Blase zu einer Reflexinkontinenz. Das heißt, die Blase entleert sich spontan. Liegt die Verletzung unterhalb des ersten Lendenwirbels, kann eine Belastungsinkontinenz vorliegen. Die Blase ist schlaff und entleert sich nur durch Druck entweder in Kombination mit einem kompetenten oder inkompetenten Rückhaltemechanismus.

Die Patienten kommen meist noch mit Dauerharnableitung zu Ihnen, wie geht es dann weiter?

Bei einem frisch verletzten Patienten ist erst einmal die konservative Versorgung mit Hilfsmitteln anzustreben. Es muss immer erst abgewartet werden, wie sich die Blase entwickelt. Selbst wenn ein Patient mit Querschnittslähmung primär nicht inkontinent zu sein scheint, weil er noch liegt und sich nicht belastet, kann die Inkontinenz evident werden, wenn der Patient mobilisiert wird. Außerdem kann man nie sicher sein, ob die Blase nicht doch unwillkürliche Kontraktionen entwickelt, die dann separat behandelt werden müssen, oder die Compliance, sprich die Dehnbarkeit der Blase, sich schlecht entwickelt.

Wie sieht das Therapieziel aus?

Ziel ist bei jedem Patienten, der querschnittgelähmt ist, die gesunde Speicherkapazität der Blase zu erhalten bzw. zu erreichen, um die Nierenfunktion zu erhalten. Dabei geht es immer darum, den richtigen Zeitpunkt einer für den Patienten idealen Versorgungsform zu finden. Der Patient soll entweder kontinent bleiben oder werden oder, wie ich sage, soziale Kontinenz erlangen, das heißt weitestgehend am normalen Leben teilhaben können. Ist die Speicherkapazität vorhanden, dann ist der intermittierende Katheterismus die beste Lösung. Auch Kondomurinale, Binden und ähnliches kommen hier zum Einsatz.

Die Frage, die ich mir stellen muss, ist immer, wie wenig muss ich in den Körper eingreifen, um dem Patienten eine ähnliche Lebenserwartung zu geben, wie er sie ohne Unfall gehabt hätte. Die Blase darf nicht geschädigt werden. Operative Methoden sollten immer erst dann diskutiert werden, wenn die konservativen ausgeschöpft sind.

Welche Besonderheiten ergeben sich bei der Reflexinkontinenz?

Zusammen mit der Blasendämpfung durch Tabletten oder der Injektion von Botulinumtoxin kann der intermittierende Katheterismus auch bei Patienten mit Reflexinkontinenz angewendet werden. Dadurch werden Kontinenz und niedrige Blasendrucke erreicht. Ein Nachteil: Hoch gelähmte Patienten benötigen beim Katheterisieren Hilfe und erreichen nicht mehr Selbstständigkeit. Außerdem ist der Pflegeaufwand sehr hoch. Weitere Möglichkeiten sind immer unter Abwägung der für den Patienten vorliegenden Risiken in Betracht zu ziehen. Bei der Implantation eines elektrischen Blasenschrittmachers werden die Nerven, die von der Blase zum Rückenmark führen, durchtrennt und mit den Elektroden eines Stimulators (an der Vorderwurzel) verbunden. Vorteil ist, die Patienten sind kontinent. Außerdem gibt es die Blasenaugmentation (künstliche Blasenenerweiterungsplastik aus eigenem Gewebe) und die Sphinkterotomie (Kerbung des äußeren



Schließmuskels zur Herabsetzung des Blasenauflawiderstandes). Grundsätzlich sind Tetraplegiker mit Letzterem am unabhängigen, allerdings inkontinent. Da bei der Blasenaugmentati-on der Harn mit Darmschleimhaut in Kontakt kommt, besteht ein

lich nur geringe Überaktivität entwickeln können. Dieser Umstand und die mögliche Veränderung der Blasenfunktion in der Anfangs-phase muss Anlass sein, vor der Implantation eines artifiziiellen Sphinkters mindestens ein Jahr, wenn nicht länger, zu warten.

Ziel ist bei jedem Patienten, der querschnittgelähmt ist, die gesunde Speicherkapazität der Blase zu erhalten bzw. zu erreichen, um die Nierenfunktion zu erhalten.

erhöhtes Entartungsrisiko. Deshalb sollte das Verfahren nur in Ausnahmefällen bei sehr jungen Patienten angewendet werden und die Augmentation als letzte der möglichen Therapieoptionen überhaupt eingesetzt werden.

Und welche Besonderheiten ergeben sich bei der Belastungsinkontinenz?

Bleibt die Blase schlaff und funktioniert der Rückhalte-mechanismus nicht, ist das Selbstkatheterisieren in Kombination mit einem implantierten künstlichen Schließmuskel die sinnvollste Vorgehensweise. Die Implantation eines solchen Sphinkters bringt immer noch die besten Ergebnisse. Das kann man aber erst frühestens ein Jahr nach dem Unfall entscheiden, besser noch später. Wenn ich nämlich einen artifiziiellen Sphinkter implantiere und verhindere, dass Urin abgeht und die Blase endlich speichern kann, können, ohne dass Kontraktionen auftreten, bedingt durch Wandstarre, hohe Drucke in der Blase entstehen, die die Niere schädigen.

Auch ich war lange Zeit der Meinung, dass der größte Teil der Patienten, die im thorakolumbalen Übergang (zwölfter Brustwirbel, erster Lendenwirbel) verletzt sind, eine schlaffe Blase entwickeln. Das stimmt aber nicht. Ich habe fast 100 Patienten untersucht und kann sagen, dass zwei Jahre nach dem Unfall gut 50 Prozent dieser Patienten eine, wenn auch gelegent-

Was ist ein Urocheck?

Wenn der Patient sagt, es geht ihm gut, heißt das nicht, dass er gefahrlos lebt. Deshalb ist die lebenslange Nachsorge so wichtig. Beim Urocheck wird die Funktion

der Blase und des oberen Harntrakts untersucht. Der erste wird in der Regel nach sechs Monaten durchgeführt, danach kommen die Patienten in jährlichen Abständen. Zu dieser Kontrolluntersuchung gehört die Urodynamik, ein Ultraschall der Nieren und der Blase, ggf. eine Restharnüberprüfung und die Beurteilung der Laborparameter wie Nierenfunktion und Harnbefund.

Urodynamische Untersuchung ist alles, was ich funktionell untersuchen kann. Die Basis ist die Harnflussmessung. Wenn der Harnfluss schlecht ist, weiß ich natürlich noch nicht, ob die Blase schlecht kontrahieren kann oder die Harnröhre in ihrem Verlauf organisch oder funktionell verengt ist. Das kann ich differenzieren, indem ich einen doppelläufigen Katheter einführe, um den Druck in der Blase und gleichzeitig den Druck im Dickdarm zu messen, ein EMG am Beckenboden anbringe und die Blase mit Kontrastmittel auffülle, sodass ich die Blase und Harnröhre

Dabei geht es immer darum, den richtigen Zeitpunkt einer für den Patienten idealen Versorgungsform zu finden.

sehen und in ihrer Morphologie während Füllung und Entleerung beurteilen kann. Allerdings ist diese Untersuchung auch nur eine Momentaufnahme. Der Katheter kann irritieren, das Wasser zu kalt sein. Um die Untersuchung suffizient beurteilen zu können,

ist es wichtig, dass ich den Patienten nicht erst am Tisch sehe, sondern ich mich schon vorher mit ihm unterhalten und ihn klinisch untersuchen kann.

Gibt es bestimmte Trends in der Urologie?

Hier sollte sicher die Möglichkeit der Anwendung von Botulinumtoxin erwähnt werden, auch wenn es immer noch eine Off-Label-Therapie ist. Weltweit ist bewiesen, dass diese Behandlung bei Reflexinkontinenz effektiv ist. Aber wir wissen nicht, wie wir in zehn Jahren darüber denken werden. Bei querschnittgelähmten Patienten, vornehmlich, wenn sie selbst katheterisieren können, kann das Einspritzen dieses Stoffes in die Blasenwand durch Induktion einer areflexiven Blase mit damit verbundener Kontinenz die Lebensqualität beträchtlich steigern. Dies umso mehr, als die meisten Patienten zumindest für ein halbes Jahr keine blasendämpfenden Medikamente mehr einnehmen müssen.

Ich setze aber trotzdem die Behandlung mit Botulinumtoxin nicht als Primärtherapie ein, sondern schlage sie nur Patienten vor, die selbst katheterisieren können und bei denen Medikamente in verträglicher Dosis nicht wirksam sind. Wie bereits erwähnt, hält die Wirkung ungefähr ein halbes Jahr an. Die Patienten, die eine gute Wirkung erfahren, kommen immer wieder mit dem Ansinnen auf Wiederholung.



Kontakt

Dr. Felix Strasser
Rehabilitationszentrum
A-6323 Bad Häring
Tel.: + 43 5332 790-0
E-Mail: felix.strasser@auva.at



Das Rehabilitationszentrum im 60 km von Innsbruck entfernten Bad Häring gehört der sozialen Unfallversicherung AUVA, die ihren Versicherten in Österreich mit sechs Akutkliniken und vier Rehasentren eine Versorgung garantiert. In der Spezialklinik werden Menschen mit Querschnittlähmung, Polytrauma und Amputation auf ein Leben mit Behinderung vorbereitet. Der Sport wird von der AUVA besonders gefördert. Insgesamt betreuen 183 Mitarbeiter durchschnittlich 800 Patienten, wobei durch einen Neubau ein Bedarf von bis zu 1300 Patienten gedeckt werden wird. Die Klinik besteht seit 1974. Hier können auch Operationen durchgeführt werden.

Prim. Professor Dr. Hans-Peter Jonas blickt ruhig in die Zukunft: „Derzeit haben wir noch wenig Probleme mit Kostenträgern in Österreich.“ In der Inkontinenzversorgung mit Hilfsmitteln träten die meisten Probleme auf. Aus Unkenntnis würde oft an Qualität und Menge gespart.

Er fordert Wachsamkeit:

„Wichtig ist es, das Erreichte zu bewahren.“

Prophylaxe Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen hat Priorität

Mit dem geeigneten Katheter und korrekt durchgeführten Kathetertechniken lassen sich Harnwegsinfektionen im stationären Pflegealltag reduzieren, wenn nicht gar vermeiden.

Von Christoph Kümmel

Harnwegsinfektionen sind mit Abstand die häufigste Form im Krankenhaus erworbener Infektionskrankheiten. Ihr Auftreten steht meist in direktem Zusammenhang mit einem Katheter in den Harnwegen. Um Infektionen vorzubeugen ist daher eine sachgerechte Handhabung der Kathetersysteme von entscheidender Bedeutung. Nationale und internationale Fachgesellschaften und Einrichtungen wie das Robert Koch-Institut (Deutschland) und die Centers for Disease Control and Prevention (USA) haben Empfehlungen veröffentlicht, die helfen sollen, das Risiko Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen zu reduzieren und Fehler zu vermeiden.

In deutschen Krankenhäusern wird etwa jeder achte Patient mit einem Blasenkatheter versorgt. Genaue Daten zum Kathetereinsatz in Alten- und Pflegeheimen fehlen, aber auch hier dürfte sich die Zahl in ähnlicher Größenordnung bewegen. Der Umgang mit Blasenkathetern ist also eine regelmäßig anfallende Aufgabe im Rahmen der Patientenversorgung und mit dem potenziellen Risiko behaftet, zu einem Eintritt von Bakterien in den Harntrakt zu führen. Dieses betrifft nicht nur die Kathetereinlage selbst, sondern auch alle anderen pflegerischen Maßnahmen, die in Zusammenhang mit der Harnableitung stehen.

Vor Einlage eines Blasenkatheters ist zunächst die Notwendigkeit kritisch zu überprüfen, ein Blasenkatheter sollte nur platziert werden, wenn er erforderlich ist und so bald wie möglich wieder entfernt werden.

Indikationen für Katheterversorgung

- wiederholte Harnverhalte
- überdehnte Harnblase
- Spülbehandlung bei Makrohämaturie
- rekonstruktive Eingriffe am Harntrakt
- perioperativ bei größeren chirurgischen Eingriffen
- Bilanzierung von Intensivpatienten

Eine Katheterversorgung als postoperative Routinemaßnahme, zur Bilanzierung bei vorhandener Spontanmiktion oder auch, um die Pflege inkontinenter Patienten zu erleichtern, ist zu vermeiden. Ebenfalls

sollte im Verlauf regelmäßig hinterfragt werden, ob die ursprünglich bestandene Indikation für eine Katheterversorgung noch gegeben ist. Eine frühzeitige Katheterentfernung erleichtert zudem die Mobilisation und ist auch Bestandteil multimodaler Rehabilitationsansätze wie dem Fast-Track-Konzept. Insbesondere wenn Patienten längerfristig eine Harnableitung benötigen, sind Alternativen in Betracht zu ziehen, gegebenenfalls sollte urologischer Ratschlag eingeholt werden.

Gemäß den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes dürfen Katheterisierungen nur von Personen durchgeführt werden, die mit der korrekten Indikationsstellung, Technik und den Erfordernissen der Asepsis und Antiseptik sowie der Katheterhygiene vertraut sind. Vorab sollte also eine fachgerechte Unterweisung erfolgen, die auch ein praktisches Training beinhaltet. Zudem werden regelmäßige Schulungen – auch in der Erkennung Katheter-assoziiertes Komplikationen – empfohlen.

Wahl des geeigneten Katheters

Der Außendurchmesser eines Katheters wird üblicherweise in Charrière (Ch) angegeben, 3 Ch entsprechen einem Millimeter. Im klinischen Alltag kommen Katheterstärken zwischen 12–16 Ch zum Einsatz, 3-Wege-Spülkatheter müssen wegen des zusätzlichen Kanals etwas dicker gewählt werden (18–20 Ch). Zur Katheterisierung der kurzen und geraden Harnröhre der Frau ist gewöhnlich eine geschlossene Hohl-

spitze (Nelaton-Katheter) ausreichend, die Kathetereinlage beim Mann wird durch eine gebogene, konisch zulaufende Hohlspitze (Tiemann-Katheter) erleichtert. Bei der Wahl des Kathetermaterials ist die geplante Verweildauer zu berücksichtigen. Latex-Katheter sind zwar preiswert, besitzen aber eine raue Oberfläche, die Verkrustungen begünstigt und zu Irritationen der Harnröhre führen kann, sie sollten nach maximal 5 Tagen entfernt werden. Ist eine längerfristige Versorgung erforderlich, sind Vollsilikon-Katheter zu bevorzugen. Ihre Oberfläche ist sehr glatt, die Inkrustationsneigung dadurch geringer und die Patientenakzeptanz somit erhöht. Die besonderen Materialeigenschaften bedingen auch eine bessere Drainagefähigkeit, da bei gleichem Außendurchmesser im Vergleich zum Latex-Katheter das eigentliche Katheterlumen größer ist.

Katheter-Sets erleichtern Arbeit

Bei der Kathetereinlage kommen ausschließlich sterile Materialien zum Einsatz. Neben dem Katheter werden zahlreiche weitere Utensilien (Handschuhe, Abdeck- und Unterlegtuch, Pinzette, Spritze, Tupfer, Kompressen etc.) benötigt, die in praktischen Katheter-Sets zusammengefasst sind.



Die Kathetereinlage

Nach Bereitlegen des sterilen Materials, hygienischer Händedesinfektion und Überstreifen steriler Handschuhe erfolgt zunächst eine lokale Desinfektion mit einem Schleimhautantiseptikum zur Dekontamination der Harnröhrenöffnung und ihrer Umgebung. Hierbei ist die Einwirkzeit des gewählten Präparates zu beachten.

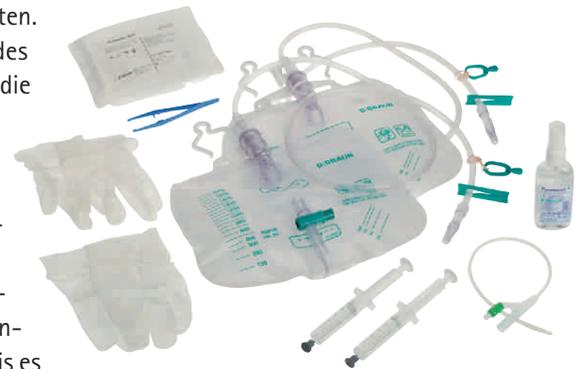
Anschließend wird ein desinfizierendes und anästhesierendes Gleitmittel in die Harnröhre eingebracht, das die Gleitfähigkeit des Katheters verbessert, für eine örtliche Betäubung sorgt und eine Keimverschleppung aus der vorderen Harnröhre verhindern soll. Nun wird der Katheter atraumatisch in die Harnröhre eingeführt und so weit vorgeschoben, bis es zu einem sichtbaren Harnabfluss kommt. Erst dann wird der Katheterballon über das Ventil mit sterilem Wasser oder einer 8–10%igen Glycerin-Wasserlösung in der Harnblase geblockt. Das genaue Volumen des Ballons ist an der Verbindungsstelle des Katheters aufgedruckt, üblicherweise werden hierzu 10 ml eingesetzt, bei dünneren Kathetern kann das Volumen aber auch geringer sein.

Geschlossenes Ableitungssystem

Durch unmittelbares Verbinden des Katheters mit dem Schlauch eines sterilen Ablaufbeutels wird ein geschlossenes Ableitungssystem geschaffen, das einen Keimaufstieg über den Kanal im Katheter verhindern soll. Für die Intensivmedizin wird zudem der Einsatz eines integrierten Messgerätes empfohlen, da dieses auch eine genaue Bilanzierung der Harnausscheidung ermöglicht. Bezüglich der einzelnen Komponenten des Ableitungssystems hat das Robert Koch-Institut klare Empfehlungen formuliert.

Hygienische Anforderungen an Katheterableitungssysteme:

- Probenentnahmestelle für bakteriologische Harnuntersuchungen
- Rückflusssperre
- Luftausgleichsventil
- Ablasstutzen und Ablassventil



Umgang mit dem Drainagesystem im klinischen Alltag

Die einmal geschaffene Verbindung zwischen Katheter und Drainageschlauch sollte nicht diskonnektiert werden. Das oft praktizierte Abstöpseln des Katheters zur Morgentoilette wird somit ausdrücklich abgelehnt! Ist eine Diskonnektion aus medizinischen Gründen nicht zu vermeiden, soll die Konnektionsstelle vorher zur Desinfektion mit einem alkoholischen Präparat abgewischt werden. Eine erneute Verbindung des Katheters mit dem Konus des Drainageschlauches darf nur unter aseptischen Bedingungen nach Sprüh- und Wischdesinfektion mit einem alkoholischen Präparat erfolgen. Spülungen und Instillationen über den Katheter sind eine Ausnahme und sollten nur bei spezieller urologischer Indikation erfolgen. Um einen freien Harnabfluss zu gewährleisten, ist ein Abknicken des Katheters und des Ableitungssystems zu vermeiden, auch Zug am Ableitungssystem



sollte verhindert werden, da dieser u. a. zu einer Irritation der Harnröhre führen kann. Der Auffangbeutel sollte freihängend und ohne Bodenkontakt unter Blaseniveau positioniert werden. Vor und nach jeder Manipulation am Blasenkatheter oder dem Ableitungssystem ist eine hygienische Händedesinfektion erforderlich.

Entleerung des Auffangbeutels

Um einen Kontakt der Rückflusssperre des Auffangbeutels mit Urin zu verhindern, ist eine rechtzeitige Entleerung erforderlich. Hierbei ist zu beachten, dass der Ablassstutzen bei der Harnentsorgung nicht mit dem Auffanggefäß in Kontakt kommt und keine Kontamination der Umgebung auftritt. Nach Entleerung des Auffanggefäßes wird dieses desinfizierend gereinigt. Bei allen Maßnahmen, die die Entleerung des Auffangbeutels betreffen, sollten unsterilisierte Einmalhandschuhe getragen werden.

Probengewinnung für Laboruntersuchungen

Untersuchungsmaterial für mikroskopische und biochemische Harnanalysen ist unter

Verwendung unsterilisierte Einmalhandschuhe aus dem Ablaufstutzen des Katheterbeutels zu entnehmen. Lediglich wenn eine mikrobiologische Diagnostik, also ein Erregernachweis im Urin erfolgen soll, ist die Probe aus der speziellen Entnahmestelle des Drainagesystems an der Verbindung zum Blasenkatheter zu gewinnen. Um eine Keimverschleppung zu verhindern, hat zuvor eine Wischdesinfektion mit einem alkoholischen Präparat zu erfolgen.

Weitere Maßnahmen zur Infektprophylaxe

Um Katheterverkrustungen vorzubeugen, sollte auf eine Harnausscheidung von 1,5 bis 2 l pro Tag geachtet werden. Bei dauerhafter Katheterversorgung kann die orale Gabe von L-Methionin zur Harnansäuerung genutzt werden, um so ein Milieu zu schaffen, in dem sich die oft für Harnwegsinfekte verantwortlichen Coli-Bakterien schlechter vermehren.

Infektionsförderndes Verhalten meiden

Einige Maßnahmen, die im klinischen Alltag immer wieder praktiziert werden, tra-

gen nur zu einer Erhöhung des Infektionsrisikos bei und sollten daher konsequent unterlassen werden. Ein typisches Beispiel ist das oft als „Blasentraining“ bezeichnete intermittierende Abklemmen des transurethralen Blasenkatheters vor seiner Entfernung. Hintergrund ist die fälschliche Annahme, dass durch dieses Manöver die Blasenkapazität gesteigert werden könne bzw. der normale Miktionsrhythmus wieder hergestellt wird. Dieses trifft nicht zu, stattdessen provoziert diese Maßnahme nur Infektionen und sollte daher unterbleiben. Auch routinemäßige Spülungen des Katheters mit desinfizierenden Lösungen tragen nicht zur Infektionsprophylaxe bei und sind deshalb zu unterlassen.

Wechsel des Blasenkatheters

Wurden die Empfehlungen zur Infektprophylaxe beachtet und das geeignete Kathetermaterial gewählt, kann dieser gewöhnlich für 4–6 Wochen verbleiben. Der genaue Zeitpunkt, wann ein Blasen-katheter zu wechseln ist, sollte individuell und nach klinischen Gesichtspunkten (blockierter Abfluss, Verkrustungen, Ver-

Hilfreiche Links

- <http://www.bbghev.de/fachinformationen/infektionshygiene/empfehlungen/harnwegkath.pdf>
(Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen des Robert-Koch-Instituts)

- http://www.nrz-hygiene.de/dwnld/CDC-Definitionen_Stand04-2008_6Auflage2008.pdf
(CDC-Definitionen nosokomialer Infektionen)

- <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/029-007.htm>
(AWMF online – Empfehlungen Krankenhaushygiene Harndrainage)

schmutzung, floride Entzündungszeichen) festgelegt werden und ist nicht an ein festes Intervall gebunden.

Infektionsüberwachung und antiinfektiöse Therapie

Routinemäßige bakteriologische Harnuntersuchungen bei Dauerkatheterträgern sind ohne Nutzen und folglich verzichtbar. Bei klinischen Zeichen einer floriden Entzündung (z. B. trüber Urin, blockierter Abfluss, Fieber) ist vor Einleitung einer Behandlung zunächst die Qualität der Harndrainage sowie der Harnstatus und die Harnkultur zu überprüfen. In Abhängigkeit der Klinik wird gewöhnlich bei floridem Infekt unmittelbar eine kalkulierte Breitbandantibiose eingeleitet, die im Verlauf gegebenenfalls an das Resistogramm der bakteriologischen Untersuchung anzugleichen ist. Oftmals ergibt sich in dieser Situation auch die Notwendigkeit, das gesamte Harnableitungssystem zu wechseln, da der sich rasch auf Harnwegskathetern entwickelnde Biofilm eine typische Keimnische darstellt, in die sich Erreger zurückziehen können und so der Wirkung des Antibiotikums entgehen. Liegt eine positive Harnkultur vor, der Patient ist jedoch ohne eigentliche Beschwerden, sollte die Harnkultur wie auch der Harnstatus (Mikroskopie/Harnteststreifen) nochmals überprüft werden, um eine symptomatische Harnwegsinfektion von einer asymptomatischen Bakteriurie abzugrenzen. Zur Bewertung mikrobiologischer und klinischer Befunde und sich hieraus ergebender Kon-

sequenzen hat die CDC spezielle Kriterien zusammengefasst, die auch in deutscher Version vorliegen und vor Entscheidung für oder gegen eine Therapie herangezogen werden sollten. Die prophylaktische Gabe eines Antibiotikums bei der Platzierung eines transurethralen Katheters oder bei Dauerversorgung trägt nicht zu einer Senkung des Infektionsrisikos bei und sollte daher unterbleiben.

Fazit

Das häufige Auftreten von Harnwegsinfektionen in Zusammenhang mit transurethralen Dauerkathetern sollte jeden in der Krankenversorgung motivieren, den eigenen Umgang mit Harndrainagesystemen auf mögliche Fehlerquellen zu überprüfen. Eckpfeiler der Infektionsprophylaxe sind eine sichere und aseptische Kathetereinlage, ein geschlossenes Harnableitungssystem und die hygienische Händedesinfektion vor und nach jeder Manipulation am Katheter und Ableitungssystem. Die Notwendigkeit einer Katheterversorgung sollte bei Einlage und auch im Verlauf immer wieder kritisch geprüft werden. Alternativen wie ein Kondomurinal oder der seltener Infekte verursachende intermittierende Katheterismus sind in Betracht zu ziehen. Patienten, die dauerhaft eine Katheterversorgung benötigen, sollten einer weiterführenden urologischen Diagnostik zugeführt werden, um zu klären, ob das zugrundeliegende Problem nicht zu lösen ist und somit auf den Katheter verzichtet werden kann.



Christoph Kümmel ist Facharzt für Urologie. Bevor er 2009 an die Urologische Klinik in Göttingen wechselte, war er in Bad Wildungen und Berlin bereits als Oberarzt tätig. Die urologische Klinik der Universität Göttingen ist spezialisiert auf den Gebieten der Uroonkologie, Kinderurologie und Steintherapie. C. Kümmel unterrichtet außerdem Urologie und operative Urologie an den Krankenpflegeschulen in Göttingen und Berlin. Speziell zu katheterassoziierten Harnwegsinfektionen hat der Urologe bereits viele Vorträge gehalten. Im Sommer wird in Zusammenarbeit mit B. Braun ein Lehrfilm zum Thema Infektionsprophylaxe und Kathethertechniken in Göttingen fertiggestellt.

Kontakt

Georg-August-Universität
Universitätsklinikum | Med. Fakultät
Klinik und Poliklinik für Urologie
37075 Göttingen
E-Mail: christoph.kuettel@med.uni-goettingen.de

Die Begegnung mit der Scham bei Inkontinenz oder: Ein Glas Wasser in meinem Bett

Von Gerda Graf

Morgens, 6:10 Uhr, steht Frau Müller an der Tür ihres Zimmers im Pflegeheim und ruft: *„Ist denn hier keiner? Kommen Sie mal! Da hat doch jemand ein Glas Wasser in mein Bett geschüttet!“* Frau Müller, eine Bewohnerin mit einer mittleren Demenz, verlagert mit dieser Aussage das Problem ihrer Inkontinenz auf eine andere Person. Das heißt, wo ein Problem nicht erkannt werden will oder kann, wird es zunächst einmal auf andere Personen oder Situationen projiziert. Mit anderen Worten: Der Mensch entscheidet über seine Realität. Und das ist nicht nur beim Demenzerkrankten so.

Ein Demenzerkrankter hält uns einen Spiegel vor, wenn es darum geht, dass nur noch unser Gefühl entscheidet. Das Gefühl der Scham bei einer beginnenden Inkontinenz lässt sich schwer beschreiben. Nähern wir uns also der oben beschriebenen Problematik zunächst einmal mithilfe von Erklärungsversuchen eines Demenzerkrankten. Das Nicht-verstehen-Können, dass eine Körperfunktion verloren geht, gibt der Wahrnehmung Raum, dass jemand anders in meine Welt gedrungen ist und für ein Unheil gesorgt hat, das ich selbst nicht verantworten kann. Beschämen würden wir den Erkrankten, wenn wir dem vernunftsmäßigen Versuch erliegen, zu erklären, wer nun der wahre Übeltäter gewesen ist. Auch der Demenzerkrankte hat eine Schamgrenze und wir können dazu beitragen, dass er sich nicht beschämt fühlt. Bei diesem Beispiel ist es einfach. Das entgegengebrachte Gefühl – da hat mir jemand Wasser ins Bett geschüttet – wird respektvoll angenommen, das Bett frisch bezogen und die gefühlte Welt ist wieder in Ordnung.

Doch wie ist es in anderen Fällen? Wo Inkontinenz wahrgenommen und die Scham des Betroffenen nicht enden will. Ein sensibler Umgang in der biografischen Arbeit ist ein wichtiges Element, das Beschämtsein zu verhindern. Bei der Frage nach Inkontinenz sollte möglichst kein Angehöriger zugegen sein, denn allein die Scham vor Zugehörigen und Freunden kann dazu führen, dass das Problem negiert wird. Ein professioneller Umgang mit dem Thema zeigt sich im Einfühlungsvermögen mit der Intimsphäre des Patienten. Dieses Einfühlungsvermögen kann die Scham auflösen. Das aktive Zuhören, verbunden mit dem Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte ist ein Weg, dem beschämenden Gefühl zu begegnen. Das kann jedoch nur gelingen, wenn Raum und Zeit ebenso berücksichtigt werden. Auf dieser Basis kann der Patient eine entsprechende Selbstoffenbarung zulassen. Hilfestellung können

wir leisten über eine begehbare Brücke, die wir dem Menschen bauen, die durch Fachlichkeit geprägt ist, z.B. durch folgende Fragestellung bei der Erhebung biografischer Daten: „Ab einem bestimmten Alter haben ja fast alle Menschen Schwierigkeiten mit der Inkontinenz (bzw. mit dem Wasserlassen oder Wasserhalten) – wie sieht das denn bei Ihnen aus? Wir haben viele Möglichkeiten, Sie bei einem solchen Problem zu unterstützen und können gemeinsam mit Ihnen Maßnahmen entwerfen, die zu Ihrem Wohlbefinden führen.“

Die Sichtung der unterschiedlichen Inkontinenzprodukte und der damit verbundenen Beratung versachlichen das Thema und reduziert somit die Betroffenheit.

Das Vertrauen, sich einer Person mitteilen zu können, die hier fachlich Hilfestellung leistet, kann zu einer besonderen Entlastung führen. Jede Pflegeperson, ob im ambulanten oder stationären Bereich hat hiermit mannigfaltige Erfahrung. Durch den alltäglichen Umgang laufen wir jedoch Gefahr, dass das Problem der Inkontinenz in der Routine des Alltäglichen versickert, wobei die Schamgrenze unwillentlich überschritten wird. Dabei haben gerade wir Professionellen doch viel mehr Möglichkeiten, den Menschen mit seiner Scham ernst zu nehmen und Angebote zu machen, die sowohl in unserer Fachlichkeit als auch in der Distanz zur Person liegen. Innerhalb der Familien werden die Probleme oft verschwiegen, da die Angst vor Ekel mit der dazugehörigen Scham dem Patienten den Mut nimmt, sich hier Hilfe zu erbitten. Falsches Schweigen durch die unmittelbare Nähe zum Gegenüber führt zu einem Nicht-wahrhaben-Wollen. Das heißt, dass die Negierung des Funktionsverlustes die Möglichkeit raubt, Themen zu artikulieren, die dringend einer Äußerung bedürfen. Die Scham wird grenzenlos, wenn der Bewohner oder Patient sich ertappt



fühlt. Bloßgestellt empfindet der Mensch die „Verletzung seines erworbenen Selbstbildes als Gefahr eines Makels“ (dtv-Atlas zur Psychologie, Band 1; 1987). Dieses Makel wird umso größer wie der belastende Geruch zunimmt.

„Ich kann mich selber nicht mehr riechen“, so eine alte Dame, die sich ihrer Inkontinenz sehr bewusst war. Der Respekt vor dem Menschen auch angesichts eines funktionalen Verlustes setzt beim Pflegefachpersonal kreative Kräfte frei, die nicht nur im Kontinenztraining münden oder in der Beschaffung von adäquaten Inkontinenzmaterialien, sondern auch im Annehmen des Verlustes.

Das ist ein nicht unwesentlicher Beitrag der Pflege in der gesellschaftlichen Gesamtbetrachtung – dem Menschen das Gefühl seines Selbstwertes zu vermitteln (du bist wertvoll), auch dann, wenn körperliche Gebrechen beginnen. Zu helfen, da wo Hilfestellung die Scham besiegt, wird somit zu einer ethischen Herausforderung für den Pflegeberuf.



Kontakt

Gerda Graf
 Geschäftsführerin
 Wohnanlage Sophienhof gGmbH
 Ehrenvorsitzende Deutscher Hospiz-
 und Palliativverband e. V.
 52382 Niederzier
 E-Mail:
 graf@wohnanlage-sophienhof.de
 www.wohnanlage-sophienhof.de

Die **Wohnanlage Sophienhof** bietet weit mehr als nur Unterkunft und pflegerische Versorgung. Sie hat sich seit ihrer Errichtung im Jahre 1997 fest in die Gemeinde Niederzier integriert und bietet alten und hilfsbedürftigen Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen einen Lebensraum. Das Angebot der Wohnanlage umfasst die ambulante Versorgung zu Hause, Betreutes Wohnen bis hin zur vollstationären Altenpflege. Sie bietet damit ein Konzept für die Lebensübergänge. Besonders erwähnt ist hier die palliative Versorgung und die Integration von Menschen mit Demenz bereits zum Frühbeginn ihrer Erkrankung. Hinter dem Begriff HoLDe verbirgt sich das Lebenskonzept der Einrichtung „Hospiz, Lebenswelt und Demenz“.

„Unsere Mitarbeiter besuchen Menschen und deren Angehörige vor Aufnahme immer zu Hause, um sich ein möglichst konkretes Bild über Leben und Vergangenheit machen zu können“, beschreibt die Geschäftsführerin und Ehrenvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) Gerda Graf den Pflegeansatz, „denn die Vorgeschichte bekommt zur Lebenswende eine besondere Bedeutung.“ Schon während ihres Krankenpflegeexamens und anschließenden Pflegemanagementstudiums hat die Referentin und Expertin für Palliative Care die Hospizidee nicht losgelassen. In den 90ern leitete die Autorin dieses Artikels erst die ambulante Hospizbewegung in Düren, baute dann dort ein stationäres Hospiz auf und war bis 2006 neun Jahre lang als Vorsitzende des DHPV maßgeblich für die Entwicklung der Hospizbewegung in Deutschland mitverantwortlich. Für die Entwicklung des HoLDe-Konzeptes erhielt **Gerda Graf** in 2007 den Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland – das Bundesverdienstkreuz am Bande.

auf jede Frage eine Antwort!



Für welche Patienten ist der intermittierende Selbstkatheterismus geeignet?



Wie sind häufige Harnwegsinfekte zu vermeiden?



Was ist beim intermittierenden Selbstkatheterismus zu beachten?

Live Experten-Chat Inkontinenzversorgung

Will Nelson Vance

- Facharzt für Urologie
- MBA Health Care Management
- MPH Magister Public Health

Leitung Funktionsbereich Neuro-Urologie in der neurologischen Rehabilitationsklinik der Beelitz-Heilstätten
stellt sich Ihren Fragen zum Thema Inkontinenzversorgung.

**Am 29. September 2010,
von 18 bis 20 Uhr**

unter
www.bibliomed.de und
www.inkontinenz.bbraun.de

Ein Service von

Bibliomed
Medizinische Verlagsgesellschaft mbH

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



Was ist bei der Pflege eines transurethralen Katheters zu beachten?



Welche Bedeutung haben die RKI-Richtlinien?



Welche Vorteile hat ein suprapubischer Katheter gegenüber dem transurethralen Katheter?

Gewusst wie ...

... die neue CD zum intermittierenden Katheterismus – Erfahrungsberichte, Handlungsanleitungen und Tipps zur Produkthanwendung gibt es jetzt auf CD, zu bestellen unter www.mediaservice.bbraun.de



Ihre Meinung interessiert uns!

Hat Ihnen das HealthCare Journal gefallen?

Dann schicken Sie uns eine Postkarte, E-Mail oder Fax mit Ihrem Namen und Adresse an:

Wir verlosen:

3 x 1 WM 2010 Fußball



5 x 1 Jahresabo

"Die Schwester Der Pfleger"



15 x 1

Coffee to go Becher



B. Braun Melsungen AG
Redaktion HealthCare Journal
Carl-Braun-Str. 1
34212 Melsungen
Deutschland

Fax: (0 56 61) 75-35 41

E-Mail: redaktion@healthcare-journal.de

Es gibt etwas zu gewinnen, also machen Sie mit und geben Sie Ihren Wunschpreis an! Einsendeschluss ist der 15.08.2010.

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Beschränkung der Teilnehmer auf Personen über 18 Jahre. Unter mehreren Einsendern entscheidet das Los. Die Gewinner werden schriftlich benachrichtigt.