

Grundprinzipien, Hinweise, Empfehlungen

Planungsleitlinien und Handlungsrichtlinien für das Verhaltensmuster „Ausscheidung“

Die Betreuung von Menschen, die Probleme mit der Ausscheidung haben, stellt hohe Anforderungen an alle Pflegenden. Neben hohem Zeit- und Materialaufwand werden bei diesem Thema die verschiedensten Sauberkeits- und Hygienevorstellungen berührt. Betroffene ziehen sich oft aus Scham oder Furcht aus ihrem gewohnten sozialen Umfeld zurück. Aufklärungsarbeit muss auch geleistet werden, um deutlich zu machen, dass Inkontinenz keine normale Alterserscheinung ist, die man hinnehmen muss. Da Inkontinenz kein alleiniges Pflegeproblem darstellt, sind im Behandlungsteam ärztliches und physiotherapeutisches Personal gleichermaßen einzubeziehen. So ist es notwendig in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal eine klare Diagnose zu erstellen, um eine auf die Inkontinenzform abgestimmte pflegerische und medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Die Pflege im Bereich der Ausscheidung umfasst neben der Anwendung von fundiertem Fachwissen unter anderem auch die Bereitschaft zum Gespräch, zur aktiven Auseinandersetzung mit den Wünschen, Bedürfnissen und Ängsten der Betroffenen. Die Pflegeleitlinie Ausscheidung bietet Hilfestellungen und dient der Unterstützung im Entscheidungsprozess in spezifischen Situationen.

Die Planungsleitlinie beinhaltet, hinführend zu den Handlungsrichtlinien, eine Gegenüberstellung von möglichen Problemen, Zielen und Maßnahmen ohne direkte Zuordnung zueinander. Diese sind bei der Erstellung

der Pflegeplanung jeweils individuell zu formulieren.

In den von 1.-3. nummerierten Handlungsrichtlinien sind konkrete Empfehlungen zu Pflegemaßnahmen in spezifischen Situationen enthalten. Zur Handlungsrichtlinie Urinausscheidung wurde bezüglich Punkt 3.3. zusätzlich eine ausführliche Richtlinie erstellt. Diese ausführliche Richtlinie zum transurethralen Katheterismus befindet sich im Anhang ab Seite 16.

Handlungsrichtlinien Urinausscheidung

1. Information/ Beratung

- Zweck:** Förderung des Fachwissens über das Pflegeproblem "Einschränkungen der kontrollierten, regelmäßigen und vollständigen Urinausscheidung," sowie die Vermittlung der erforderlichen (Selbst-) Pflegemaßnahmen.
- Zielgruppe:** Patientinnen/ Patienten, die hinsichtlich des Pflegeproblems "Einschränkungen der kontrollierten, regelmäßigen und vollständigen Urinausscheidung" ein Wissensdefizit haben und demzufolge kein entsprechendes Gesundheitsverhalten/ –verständnis bzw. nicht die erforderliche Selbstpflege entwickeln können.
- Vorgehensweise:** Die Beratung orientiert sich an den in der Pflegeleitlinie aufgeführten Zielen.
Die erforderlichen Informationen können wie folgt gegeben werden:
Mündlich – z.B. in einem patientenorientierten Informationsgespräch. In diesem Gespräch sollen individuelle Ausscheidungsprobleme thematisiert werden. Die eventuell bestehenden Ängste/ Wünsche/ Bedürfnisse/ soziale Problematiken der Patientinnen/ Patienten sollen besprochen werden. Weiterhin soll ein angemessenes Gesundheitsverhalten vermittelt werden, sowie die Folgen eines unangemessenen Gesundheitsverhaltens (z.B. unzureichende Katheterpflege) erläutert werden.
Schriftlich – z.B. Informationsbroschüre über Kontinenztraining aushändigen.
Anleitung – z.B. Einüben des intermittierenden Selbstkatheterismus.
Demonstration – z.B. Anlegen eines Urinkollektors vorführen.
Der Erfolg der Beratung kann anhand von Beschreibungen, Äußerungen und Demonstrationen der Patientinnen/ Patienten überprüft werden.

2. Stoffwechsel und Ernährung

- Zweck:** Ausgewogene Ernährung.
- Zielgruppe:** Patientinnen/ Patienten, die fehl- oder mangelernährt sind (z.B. Steinleiden, Harnwegsinfektionen, Flüssigkeitsdefizit).
- Hilfsmittel:** Spezielle Hilfsmittel zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und zur Flüssigkeitsbilanzierung.
- Vorgehensweise:** Beurteilung des individuellen Ess- und Trinkverhaltens. Gewährleistung des individuellen Ernährungsbedarfs. Kontrolle des Ernährungszustandes. Beratung über spezielle Diäten.
- Weitere Informationen über:**
- **Pflegeleitlinie „Orale/ enterale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“**
 - **Ernährungskommission**
 - **Diätassistentinnen/ Zentralküche**
 - **Pflegekonsildienst „Ernährungs sonden“, „Diabetesberatung“**



Patienten, die unter Inkontinenz leiden, schränken oft die Trinkmenge bewusst ein. Es muss jedoch verdeutlicht werden, dass die Flüssigkeitszufuhr von 2l/d nicht unterschritten werden sollte (GIH Nr. 21, November 2001).

Die Ansäuerung des Urins mit Cranberry- Saft hilft bei der Vermeidung von Harnwegsinfekten (GIH Nr. 22, Februar 2002; BMJ 2001). Auf Kaffee, schwarzen Tee und Alkohol sollte im Rahmen der Inkontinenztherapie verzichtet werden (Grond, 1997).

Handlungsrichtlinien Urinausscheidung

3. Ausscheidung

3.1 Hilfestellung bei der Anwendung von aufsaugenden Hilfsmitteln (Inkontinenzhose, Inkontinenzvorlagen)

- Zweck:** Aufsaugen von Urin, unterstützende Maßnahme bei Urininkontinenz.
- Zielgruppe:** Patientinnen/ Patienten mit verschiedenen Inkontinenzformen, wenn ableitende Hilfsmittel und instrumentelle Harnableitungen nicht indiziert sind.
- Hilfsmittel:** Wasch- und Hautpflegeutensilien (s. Handlungsrichtlinie Körperpflege), Netzhose, evtl. Waage (zur Bestimmung der aufgefangenen Urinmenge), aufsaugendes Hilfsmittel. Für männliche Patienten gibt es zusätzlich die sogenannten Tropfenfänger.



Grafik: Tropfenfänger, Philbert- Hasucha/ Pflege- Prozess- Standards 1999, Springer- Verlag

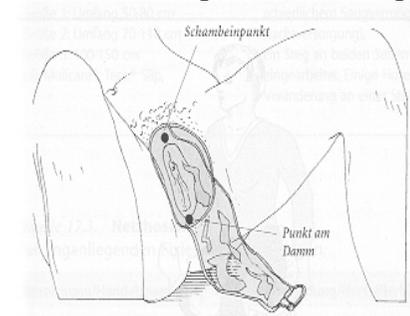
- Vorgehensweise:** Hautbeobachtung und Hautpflege (siehe Handlungsrichtlinie Körperpflege: Hautpflege). Beim Anlegen auf korrekte Passform achten.



Die Auswahl der Hilfsmittel nach Art, Form und Größe richtet sich nach den Körpermaßen und dem jeweiligen Inkontinenzgrad. Körperferne Hilfsmittel (Unterlagen) sind nur als kurzfristiger Bettschutz geeignet und sollen nicht zur Versorgung der Inkontinenz angewendet werden (Erhöhung des Dekubitusrisikos!).

3.2 Hilfestellung bei der Anwendung von ableitenden Hilfsmitteln

- Zweck:** Hautschonende, nicht invasive Ableitung von Urin.
- Zielgruppe:** Patientinnen/ Patienten mit (zeitweiser) Inkontinenz (vorhandene Einsicht und adäquate Kooperation vorausgesetzt).
- Hilfsmittel:** **Kondomurinale** bzw. **Urinkollektor** mit Klebefläche, Rasierer, Urinbeutel (Beinbeutel), Messschablone, Waschungsmitteln, evtl. Hautkleber (Kondomkatheter aus Latex sind Standard, bei Allergie Verwendung von silikonhaltigen Materialien)



Grafik: Urinkollektor, Philbert- Hasucha/ Pflege- Prozess- Standards 1999, Springer- Verlag

Vorgehensweise:

Kondomurinal:

1. Vorbereitung:

Empfehlenswert ist die Ausführung durch den Patienten selbst oder durch männliches Pflegepersonal. Durch die Verwendung einer Messschablone wird die Größe des Kondomkatheters ermittelt. Zur Erzielung einer ausreichenden Klebewirkung und zur Vorbeugung von Hautirritationen, sollen folgende Aspekte beachtet werden: Die Reinigung im Intimbereich erfolgt mit klarem Wasser. Bei groben Verunreinigungen pH- neutrale, **öl- und fettfreie** Waschungsmittel verwenden. Das Kondomurinal ist nicht unmittelbar nach dem Vollbad/ der Körperpflege anzulegen (die Haut ist dann noch sehr stark mit Feuchtigkeit gesättigt).

Handlungsrichtlinien Urinausscheidung

2. Rasur:

Die Rasur der Peniswurzel erfolgt 2x wöchentlich. Die Rasur muss sehr sorgfältig durchgeführt werden, es darf nicht zu Hautverletzungen im Klebebereich kommen.

3. Klebevorgang

Die Vorhaut bei Applikation nicht zurückgezogen! Im Klebebereich keine Salben oder Cremes verwenden! Zuerst das Kondomurinal etwas abrollen (ca. 1-2 cm), damit zwischen Harnröhre und Ablaufstutzen ausreichend Platz vorhanden ist (Reservoirfunktion).

Beim Abrollen des Kondomurinals strafft die jeweils andere Hand den Penis (es sollen dabei keine Blasen oder Falten am Kondomkatheter entstehen). Das Kondomurinal sollte soweit wie möglich abgerollt werden; der verbleibende Restwulst darf wegen der Gefahr der Abschnürung nicht zu dick sein. Bei Verwendung von „zirkulären Klebestreifen“ diese nie übereinander kleben! PENISÖDEM!

Bei der Applikation kann das festkleben der Schambehaarung durch ein Schutz Tuch aus Papier verhindert werden (z.B. ein Papierhandtuch, in welches eine kreisrunde Öffnung geschnitten wurde).

4. Wechsel der Versorgung:

Der Wechsel soll nach 24 Std. erfolgen (zusätzlich nach Bedarf). Die Entfernung geschieht durch langsames und vorsichtiges Abrollen. Klebereste, die nach erfolgter Intimhygiene haften bleiben, sollen wegen der mechanischen Reizung nicht komplett entfernt werden (sie lösen sich beim nächsten Wechselvorgang von alleine).

5. Beutelversorgung:

Um eine adäquate Mobilität zu gewährleisten, sollten je nach Bedarf, Ober- bzw. Unterschenkelbeutel verwendet werden.

Urinkollektor:

(Urinkollektoren werden bei Frauen und bei Männern mit retrahiertem/ kleinem Penis verwendet)

1. Vorbereitung und

2. Rasur

s. Kondomurinal

3. Klebevorgang

Empfehlenswert ist die Anwendung durch Pflegepersonal des gleichen Geschlechts. Die Haftung wird mit Stomapaste verbessert; zusätzlich kann die selbsthaftende Hautschutzfläche mit hautfreundlichem Pflaster fixiert werden.

4. Wechsel der Versorgung und

5. Beutelversorgung

s. Kondomurinal

3.3 Anwendung von Hilfsmitteln zur instrumentellen Harnableitung:

Zweck: Kontinuierliche und regelrechte Harnableitung.

Zielgruppe: Ergibt sich aus der medizinischen Indikationsstellung.

Vorgehensweise: **Arten der instrumentellen Harnableitung:** Transurethraler Dauerkatheterismus*, Einmalkatheterismus*, suprapubischer Dauerkatheterismus, intermittierender Selbstkatheterismus.

*Zur detaillierten Vorgehensweise siehe [ausführliche Richtlinie „Transurethraler Katheterismus“](#) im Anhang.



Dem intermittierenden Selbstkatheterismus ist hinsichtlich der Lebensqualität und des Infektionsrisikos, wenn möglich der Vorrang einzuräumen. Harninkontinenz ist keine Indikation zum transurethralen Dauerkatheterismus!

Handlungsrichtlinien Urinausscheidung

Spezielle Maßnahmen zur Kontinenzförderung

Zu den speziellen Maßnahmen der Kontinenzförderung gehören das Blasen- und das Toilettentraining. Beide Maßnahmen haben einen verhaltenstherapeutischen Ansatz. Im Wesentlichen soll durch geplante Toilettengänge das Ausscheidungsverhalten verändert und eine Kontinenz angestrebt werden. Die Art der Vorgehensweise richtet sich nach der Form der Inkontinenz und den kognitiven und körperlichen Fähigkeiten der Betroffenen.

3.4 Blasentraining (bladder drill)

- Zweck:** Korrektur des Ausscheidungsverhaltens. Verlängern der Intervalle zwischen den Toilettengängen. Steigern der Blasenkapazität, Reduzierung der Harndrangsymptomatik und Erreichen einer Kontinenz.
- Zielgruppe:** Patientinnen/Patienten mit Harndrangproblemen, Pollakisurie, ideopathischer Detrusorüberaktivität, sowie Mischinkontinenz. Eine uneingeschränkte geistige Leistungsfähigkeit ist Voraussetzung. Bei organischen Hirnerkrankungen wird Blasentraining nicht empfohlen.
- Hilfsmittel:** Miktionsprotokoll, evtl. ärztlich verordnete Anticholinergika zur Unterstützung des Blasentrainings
- Vorgehensweise:** Drei ineinander greifende Maßnahmen werden empfohlen:
a) Die Schulung des Betroffenen:
Betroffene Personen sollen die Ursache ihres Kontinenzproblems verstehen um Mithelfen zu können. Anhand des selbst erstellten Miktionsprotokolls wird das Ausscheidungsverhalten reflektiert und analysiert. Durch psychische Ablenkungsstrategien soll die betroffene Person lernen, den Harndrang zu beherrschen und das Intervall des Toilettengangs zu verlängern.
b) Ausscheidungsplan:
Mithilfe des Miktionsprotokolls wird gemeinsam mit der betroffenen Person ein Ausscheidungsplan entwickelt. Stellt sich vor dem vereinbarten Intervall Harndrang ein, soll dieser durch oben erwähnte Ablenkungsstrategien unterdrückt werden. Erfolge und Misserfolge sollen während des Blasentrainings dokumentiert werden. Bei Erreichen der jeweiligen Ziele werden die Intervalle verlängert. Das Blasentraining kann beendet werden, wenn ein drei bis vierstündiges Intervall erreicht ist.

c. Positive Bestärkung:

Die Betroffenen benötigen besonders in der Anfangsphase viel positiven Zuspruch und Ermunterung. Dies kann im Rahmen von regelmäßigen Gesprächen bei der Reflexion des Miktionsprotokolls stattfinden. Bei langsamen Therapieverlauf, können ärztlich angeordnete Anticholinergika zusätzlich zur Anwendung kommen



Der hier im Haus oft synonym verwendete Begriff „**Blasentraining**“ der das Abklemmen eines transurethralen Dauerkatheters vor Entfernung meint - ist **kontraindiziert** und darf nicht durchgeführt werden (erhöhtes Infektionsrisiko!! siehe Brühl, 1995)

3.5 Toilettentraining

Toilettengang zu festgelegten Entleerungszeiten (Timed voiding)

- Zweck:** Ziel ist die Reduzierung bzw. Vermeidung der Anzahl der inkontinenten Ereignisse.
- Zielgruppe:** Personen mit reduzierter Wahrnehmung für die Blasenfüllung und plötzlicher Harndrangsymptomatik. Personen mit Stress(Belastungs)inkontinenz.
- Hilfsmittel:**
- Vorgehensweise:** Der Toilettengang wird durch pflegende in einem festgelegten Zeitintervall initiiert. Es geht bei dieser Methode eher weniger darum, eigeninitiative des Betroffenen anzuregen. Der Zeitplan kann auf den jeweiligen Arbeitsablauf der Station abgestimmt werden. Der Toilettengang kann beispielsweise in einem drei bis vierstündigen Intervall angeboten werden. Haben die Patientinnen/ Patienten über einen Zeitraum von einer Woche Kontinenz erlangt, können die (Zeit-) Intervalle verlängert werden.

Handlungsrichtlinien Urinausscheidung

Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten (habit training)

- Zweck:** Anpassung der geplanten Entleerungszeiten an individuelle Ausscheidungsmuster der Betroffenen.
- Zielgruppe:** Kognitiv eingeschränkte Patienten und Patientengruppen bei denen ein Verhaltenstraining aus anderen Gründen nicht angebracht ist. Patienten mit Bewegungseinschränkungen.
- Hilfsmittel:** Miktionsprotokoll
- Vorgehensweise:** Anhand eines Miktionsprotokolls wird ein Ausscheidungsmuster ermittelt. Auf dessen Grundlage werden individuelle Toilettengänge festgelegt. Die geplanten Toilettengänge liegen dann jeweils vor den voraussichtlichen inkontinenten Ereignissen.

Der angebotene Toilettengang (prompted voiding)

Diese in der Literatur beschriebene Methode des Toilettentrainings richtet sich in der Regel an Betroffene mit kognitiven Einschränkungen aus Langzeitpflegeeinrichtungen. Sie wird aus diesem Grunde in dieser Handlungsleitlinie nicht näher beschrieben (nähere Informationen beim Pflegekonsildienst).



Das Toilettentraining darf nicht zur Demotivation führen und sollte die Betroffenen nicht überfordern. Die Nachtruhe ist dabei zu gewährleisten.

Die Änderungen an der Literaturliste werden an entsprechender Stelle vorgenommen!

Überarbeitung durch T. Jäger Bildungszentrum

Handlungsrichtlinien Stuhlausscheidung

1. Information/ Beratung

Zweck: Förderung des Fachwissen über das Pflegeproblem "Einschränkungen der kontrollierten und regelmäßigen Stuhlausscheidung", sowie die Vermittlung der erforderlichen (Selbst-)Pflegemaßnahmen.

Zielgruppe: Patientinnen/ Patienten, die hinsichtlich des Pflegeproblems „Einschränkungen der kontrollierten und regelmäßigen Stuhlausscheidung“ ein Wissensdefizit haben und demzufolge kein entsprechendes Gesundheitsverhalten/ –verständnis bzw. nicht die erforderliche Selbstpflege entwickeln können.

Vorgehensweise: Die Beratung orientiert sich an den in der Pflegeleitlinie aufgeführten Zielen.
Die erforderlichen Informationen können wie folgt gegeben werden:
Mündlich – z.B. in einem patientenorientierten Informationsgespräch. In diesem Gespräch sollen individuelle Ausscheidungsprobleme thematisiert werden. Die eventuell bestehenden Ängste/ Wünsche/ Bedürfnisse/ sozialen Problematiken der Patientinnen/ Patienten sollen besprochen werden. Weiterhin soll ein angemessenes Gesundheitsverhalten (z.B. Obstipationsprophylaxe) vermittelt werden, sowie die Folgen eines unangemessenen Gesundheitsverhaltens (z.B. Laxantienabusus) erläutert werden.
Schriftlich – z.B. Informationsbroschüren aushändigen.
Anleitung – z.B. über die Anwendung von aufsaugenden Hilfsmitteln.
Demonstration – z.B. Übungen zum Toilettentraining vorführen.
Der Erfolg der Beratung kann anhand von Beschreibungen, Äußerungen und Demonstrationen der Patientinnen/ Patienten überprüft werden.

2. Stoffwechsel und Ernährung

Zweck: Ausgewogene Ernährung.

Zielgruppe: Patientinnen/ Patienten, die fehl- oder mangelernährt sind und die primär unter Diarrhoe und/ oder Obstipation leiden.

Hilfsmittel: Spezielle Hilfsmittel zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und zur Flüssigkeitsbilanzierung (siehe Pflegeleitlinie „Orale/ enterale Flüssigkeitsaufnahme“)

Vorgehensweise: Beurteilung des individuellen Ess- und Trinkverhaltens.
Gewährleistung des individuellen Ernährungsbedarfs.
Kontrolle des Ernährungszustandes.
Beratung über spezielle Diäten: siehe unter Obstipationsprophylaxe (3.6) und Diarrhoeprophylaxe (3.7)

Weitere Informationen über:

- **Pflegeleitlinie „Orale/ enterale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“**
- **Ernährungskommission**
- **Diätassistentinnen/ Zentralküche**
- **Pflegekonsildienst „Ernährungssonden“, „Diabetesberatung“**

3. Ausscheidung

3.1 Hilfestellung bei der Anwendung von aufsaugenden Hilfsmitteln (Inkontinenzhose, Inkontinenzvorlagen)

Zweck: Unterstützende Maßnahme bei Stuhlinkontinenz

Zielgruppe: Patientinnen/ Patienten, die nicht kontrolliert Stuhl ausscheiden können.

Hilfsmittel: Netzhose und Inkontinenzvorlage bzw. Inkontinenzhose, Wasch- und Hautpflegeutensilien, Abwurf.

Handlungsrichtlinien Stuhlausscheidung

Vorgehensweise: Hautbeobachtung und Hautpflege
Beim Anlegen auf korrekte Passform achten.
Genitalregion nach jedem Stuhlgang und Wechsel der Inkontinenzhose gründlich reinigen und gut trocknen (nach dorsal) (s. Pflegeleitlinie Körperpflege: Hautpflege)
Der verfärbte Indikatorstreifen der Inkontinenzhose gibt den Hinweis auf nötigen Wechsel an.



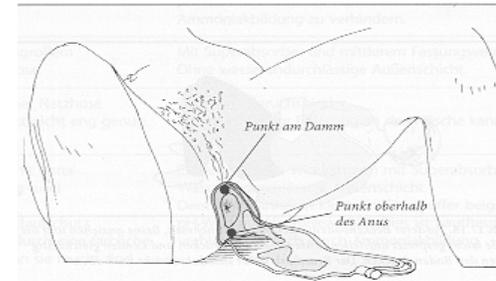
Die Auswahl der Hilfsmittel nach Art, Form und Größe richtet sich nach den Körpermaßen und dem jeweiligen Inkontinenzgrad.
Körperferne Hilfsmittel (Unterlagen) sind nur als kurzfristiger Bettschutz geeignet und sollen nicht zur Versorgung der Inkontinenz angewendet werden. (Erhöhung des Dekubitusrisikos!)

3.2 Anwendung von ableitenden Hilfsmitteln (Fäkalkollektor)

Zweck: Maßnahme bei Stuhlinkontinenz in Verbindung mit flüssigem Stuhl.

Zielgruppe: Immobile Patientinnen/ Patienten, die Stuhl nicht kontrolliert ausscheiden können.

Hilfsmittel: Fäkalkollektor, Bettschutz, Wasch- und Hautpflegeutensilien, Abwurf, Rasierer.



Grafik: Fäkalkollektor, Philbert- Hasucha/ Pflege- Prozess- Standards 1999, Springer- Verlag

Vorgehensweise: Analregion großflächig rasieren. Danach gründlich reinigen und gut trocknen (s. Pflegeleitlinie Körperpflege)
Anbringen des Kollektors (beachte: Anwendungshinweise des Herstellers).

3.3 Anwendung von Klistieren und Suppositorien

Zweck: Reinigung des unteren Darmabschnittes.

Zielgruppe: Patientinnen/ Patienten mit Obstipation.

Hilfsmittel: Einmalhandschuhe, Gleitmittel (Vaseline oder Paraffinöl), Einmalunterlage, Darmrohr, Waschutensilien, Abwurfbehälter, Klistier/ Suppositorium.

Vorgehensweise: Lagerung des Patienten/Patientin in Linksseitenlage
Anus inspizieren (z.B. hinsichtlich Verletzungen und Hämorrhoiden).
Ansatz- bzw. Darmrohr einfetten
Klistier vorher auf Körpertemperatur erwärmen
Zur Steigerung der Wirkung sollte mit der Stuhlentleerung möglichst 15-20 Minuten gewartet werden.

Handlungsrichtlinien Stuhlausscheidung

3.4 Irrigation (Einlauf)

- Zweck:** Entleerung des Dickdarms bei Obstipation. Bei Stuhlinkontinenz zur Erreichung einer ausscheidungsfreien Zeit. Vor und nach invasiven und diagnostischen Eingriffen.
- Zielgruppe:** Patientinnen/ Patienten, die eine angemessene Stuhlkontinenz nach Irrigation erreichen können. Patientinnen/ Patienten mit invasiven oder diagnostischen Eingriffen.
- Hilfsmittel:** Irrigator, Darmrohr, Gleitmittel (z.B. Vaseline), wasserdichte Unterlage, Einmalhandschuhe, Abwurf, Steckbecken/ Toilettenstuhl.
- Vorgehensweise:** Darmrohr einfetten; dabei darauf achten, dass die Öffnungen nicht verstopfen (möglichst keine Vaseline bei endoskopischen Darmuntersuchungen)
Lagerung: Linksseitenlage mit angewinkelten Knien (Kontraindikationen beachten). Anus inspizieren (z.B. hinsichtlich Verletzungen und Hämorrhoiden).
Darmrohr unter drehenden Bewegungen 10-20 cm einführen. Patientinnen/ Patienten auffordern, ruhig ein- und auszuatmen.
Irrigator langsam ca. 50cm über Bettniveau anheben. Soll der gesamte Dickdarm entleert werden, wird nach Applikation der Hälfte der Spülflüssigkeit ein Lagewechsel auf die rechte Körperhälfte empfohlen.
Darmrohr vorsichtig entfernen. Die Spülflüssigkeit wird etwa 5 Minuten einbehalten. Falls möglich soll die Patientin/ der Patient sich bewegen/ umherlaufen. Richtlinien für die Menge der Spülflüssigkeit:
- ✓ Säuglinge bis zu 1 Jahr: 30-50 ml
 - ✓ Kleinkinder bis zu 5 Jahren: 100-300 ml
 - ✓ Kinder bis 15 Jahren: 300-500 ml
 - ✓ Erwachsene: 1000-2000 ml.



Während des gesamten Vorganges Beobachtung der Kreislaufsituation und Befindlichkeit!
Spülflüssigkeit sollte Körpertemperatur haben. Eine Flüssigkeitstemperatur von 32-35° Celsius führt zu einer Hyperperistaltik und ggf. zu schmerzhaften Krämpfen. Die Spülflüssigkeit besteht in der Regel aus Leitungswasser ohne Zusätze.
Zusätze sind durch die Ärztin/ den Arzt anordnungspflichtig!

3.5 Digitale Ausräumung

- Zweck:** Entleerung der Rektumampulle, wenn andere, weniger belastende Maßnahmen keine Wirkung zeigen.
- Zielgruppe:** Patientinnen/ Patienten mit extrem festen Kot/ Kotsteinen
- Hilfsmittel:** 2 Paar Einmalhandschuhe (übereinander) oder zusätzlich Fingerling, Gleitmittel (z.B. Vaseline), Bettschutz, evtl. Blasenspritze mit körperwarmen Wasser, Darmrohr
- Vorgehensweise:** Lagerung: Linksseitenlage mit angezogenen Knien (Kontraindikationen beachten)
Anus inspizieren (z.B. hinsichtlich Verletzungen und/ oder Hämorrhoiden)
Vorsichtiges Abtasten des Anusbereiches mit 1-2 Fingern
Ausräumen der Rektumampulle mit max. 2 Fingern (vorsichtig!)
Zwischendurch Spülen mit Blasenspritze (warmes Wasser)



Die digitale Ausräumung soll vorsichtig und langsam geschehen, da diese Art der Entleerung unangenehm und zum Teil schmerzhaft ist. Der Prostatabereich ist dabei besonders empfindlich.
Durch eine optimale Obstipationsprophylaxe kann eine Kotsteinbildung verhindert werden.

Handlungsrichtlinien Stuhlausscheidung

3.6 Obstipationsprophylaxe

- Zweck:** Regelmäßige Stuhlausscheidung gewährleisten.
- Zielgruppe:** Patientinnen/ Patienten, die obstipiert sind, z.B. durch: Bewegungsmangel, ballaststoffarme Ernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, nach Einnahme von Medikamenten mit obstipationsfördernder Wirkung, nach chronischem Laxantienabusus.
- Hilfsmittel:** In der Regel werden keine Hilfsmittel benötigt.
- Vorgehensweise:** Unterrichtung der Patientinnen/ Patienten über die Maßnahmen der Obstipationsprophylaxe
- Erhöhung der Ballaststoffzufuhr (> 30g/d)
(Vollkornprodukte, ungeschälter Reis, Kartoffeln, Gemüse, Obst)
 - Erhöhung der Trinkmenge (mind. 2 l/d)
(Mineralwasser, ungesüßter Früchtetee, Kaffee)
 - ggf. zusätzliche Gabe von Füll- und Quellstoffen
(Haferkleie, Weizenkleie, Leinsamen)
 - ggf. zusätzliche Gabe von Milchzucker (10-40 g/d)
(eingerührt in Säfte, Joghurt, Quarkspeisen, Müsli oder als Süßungsmittel in Tee und Kaffee)
 - Meiden von obstipierenden Lebensmitteln
(Schokolade, kakaohaltige Getränke, schwarzer Tee, Kartoffeln, Weißbrotprodukte, gekochte Eier, Äpfel, Bananen, gekochte Milch)
 - Regelmäßige körperliche Aktivität
(Spazieren gehen, Gymnastik)
 - Bewegungsübungen
(wechselseitiges Knieheben und Knierotieren im Sitzen und Liegen)
 - Nie den Stuhlgang unterdrücken!
(Führt zur Erhöhung der Defäkationsreizschwelle)
 - „Erziehung“ des Darms zur Pünktlichkeit!
(Zu regelmäßigen Zeiten eine Stuhlentleerung versuchen, auch ohne entsprechenden Stuhldrang. Sich ausreichend Zeit dazu lassen. Nicht pressen!)
 - Physikalische Methoden
feuchtwarme Umschläge, Leibwaschung nach Kneipp (mit einem feuchtkalten Waschlappen fünfmal in Kolonverlauf über den Bauch kreisen; siehe auch S. Huhn, 1998, Forum Sozialstation, Seite 44)
 - Massage der Bauchdecke
(Morgens mit sanftem Druck die Bauchdecke im Uhrzeigersinn massieren. Eine Selbstmassage empfiehlt sich nur bedingt, da die Bauchmuskulatur evtl. angespannt sein könnte.)

Bei den oben aufgeführten Maßnahmen zur Darmregulierung sind die jeweiligen Kontraindikationen zu beachten!

Weitere Informationen sind über die Pflegekonsildienste zu erfahren.



Medikamente, die motilitätshemmend wirken: z.B. Anticholinergika, dopaminhaltige Substanzen, Antidepressiva, Kalziumantagonisten, Clonidin, Opiate, Cholestyramin, Diuretika, Laxantien im Dauergebrauch.

Eine Obstipation liegt vor, wenn mindestens zwei der folgenden Kriterien über mindestens drei Monate bestehen:

- Stuhlgang weniger als dreimal wöchentlich
- Bei mehr als 25% der Defäkationen starkes Pressen notwendig
- Gefühl der unvollständigen Entleerung
- Blockadegefühl
- Digitales Ausräumen erforderlich

Handlungsrichtlinien Stuhlausscheidung

3.7 Diarrhoe prophylaxe

- Zweck:** Regelmäßige Stuhlausscheidung gewährleisten.
- Zielgruppe:** Patientinnen/ Patienten, die an Diarrhoe leiden [z.B. durch Nahrungsmittelunverträglichkeit, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, chronische Darmerkrankungen, Medikamentennebenwirkungen (Antibiotika)].
- Hilfsmittel:** In der Regel werden keine Hilfsmittel benötigt.
- Vorgehensweise:** Die wichtigste Maßnahme ist die ausreichende Zufuhr von Flüssigkeiten und Elektrolyten. Quellstoffe, wie Pektin, das auch in geriebenen Äpfeln enthalten ist, nehmen das Wasser im Darm auf und sorgen für festen Stuhl.
Bei den oben aufgeführten Maßnahmen zur Darmregulierung sind die jeweiligen Kontraindikationen zu beachten.

3.8 Kontinenztraining/ Toilettentraining

- Zweck:** Individuellen Rhythmus bei der Stuhlentleerung finden und aufrechterhalten.
- Zielgruppe:** Patientinnen/ Patienten mit unkontrollierter Stuhlentleerung (z.B. durch Sensibilitätsstörungen) bei vorhandener Einsicht und Kooperation.
- Hilfsmittel:** Kopiervorlage „Stuhlgangsprotokoll“, Wecker.
- Vorgehensweise:**
- Während einer Woche werden die Stuhlgewohnheiten und das Trink- und Essverhalten der Betroffenen mit dem Stuhlgangsprotokoll erfasst.
 - Anhand dieser Daten werden Zeiten vorgegeben, zu denen die Betroffenen zur Toilette/ Toilettensstuhl begleitet werden.
 - Zunächst werden die Zeitabstände zweistündlich geplant, auch wenn kein Stuhldrang vorhanden ist/ bzw. verspürt wird.
 - Haben die Patientinnen/ Patienten über einen Zeitraum von einer Woche Kontinenz erlangt, werden die Intervalle

- verlängert.
- Das Stuhlgangsprotokoll ist solange, wie nötig zu führen.



Das Toilettentraining sollte die Betroffenen nicht überfordern und darf nicht zur Demotivation führen. Die Nachtruhe ist zu gewährleisten!

Literaturverzeichnis

Für die Erstellung 1998 zugrunde gelegte Literatur:

- Boelker, Thomas: Durch dick und dünn. Das Buch für Stomapflege und Harnableitung. Vormannsdruck, 1996
- Füssgen, Ingo; Melchior Hansjörg: Inkontinenzmanual. 2. Auflage. Springer-Verlag, Berlin, New York, Tokio usw. 1997
- Juchli, Liliane: Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege 8. Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1997
- Sachsenmaier, Brigitte: Inkontinenz. Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei, Hannover, 1991
- Schäffler, Arne; Nicole Menche; Ulrike Bazlen; Tilman Kommerell: Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas. Gustav Fischer Verlag Stuttgart, Jena, Lübeck, 1998

Artikel/ Broschüren

- Brühl, Peter: Fragen aus der Praxis. In: Hygiene. Internationale Zeitschrift für angewandte Hygiene und Präventivmedizin in Krankenhaus und Praxis. 1995. Vol 20, Nr.12, S. 612
- Hygieneplan der JLU-Gießen, 1997

Für die Evaluation 2002 zugrundegelegte Literatur

- Arets, Jos; Obex, Franz; Ortman, Lei; Wagner, Franz: Professionelle Pflege. Fähigkeiten und Fertigkeiten. Eicanos bei Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1999
- Feil- Peter, Henriette: Stomapflege. Enterostomatherapie: Stoma- und Wundversorgung. Mit Sonderheft „Stomaversorgungsartikel“. Schlütersche GmbH & Co. KG, Verlag und Druckerei, Hannover, 2001
- Gordon, Marjory: Handbuch Pflegediagnosen. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co Wiesbaden, 1998
- Grond, Erich: Pflege Inkontinenter. Arbeitsbuch für Unterrichtende in der Kranken- und Altenpflege und für Kontinenzberater. Brigitte Kunz Verlag, Hagen, 1997
- Norton, Christine: Praxishandbuch- Pflege bei Inkontinenz. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 1999
- Philbert- Hasucha, Sabine: Pflege- Prozess- Standards. Handbuch der aktuellen Pflegepraxis. Springer- Verlag, Berlin, 1999
- Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage. Walter de Gruyter Verlag, Berlin, New York, 1998
- Roe, Brenda; Williams, Kate: Inkontinenz. Ein Handbuch für die Pflege. Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, Berlin, Wiesbaden, 1997
- Sachsenmaier, Brigitte: Inkontinenz. Hilfen, Versorgung und Pflege. Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei GmbH & Co, Hannover, 1991
-

- Van der Weide, Marian: Inkontinenz. Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen. Verlag Hans Huber, Bern, 2001

Artikel/ Internetquellen:

- Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V.: Möglichkeiten der Blasenrehabilitation bei Harninkontinenz, GIH aktuell, Nr. 21, November 2001, Seite 6-9
- Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V.: Mit Cranberries gegen Harnwegsinfektionen, GIH aktuell, Nr. 22, Februar 2002, Seite 4
- Huhn, Siegfried: Obstipationsprophylaxe/ Zu Potte kommen, Forum Sozialstation Nr. 93, 1998, Seite 44)
- Kontiokari, T et al: Randomised trial of cranberry-ligonberry juice and Lactobacillus GG drink for the prevention of urinary tract infections in women. British Medical Journal 2001, 322, Seite 1-5
- http://www.caesaro-med.at/preiselsan_detail.htm (Zugriff am 23.04.2002)
- <http://www.gih.de> (Zugriff am 23.04.2002)

Firmeninformationen im Internet:

- Coloplast GmbH: www.coloplast.de (Zugriff am 23.04.2002)
- Hartmann AG: www.hartmann-online.com (Zugriff am 23.04.2002)
- Hollister Incorporated: www.hollister.de (Zugriff am 23.04.2002)

