

Ernährungsempfehlungen zur Anregung der Darmperistaltik

- **ausreichende Flüssigkeitszufuhr** 1,5–2 Liter täglich
- **Ballaststoffreiche Kost** wie
 - Obst und Gemüse täglich
 - Weizenkleie, Haferkleie oder Leinsamen geschrotet kann in Cremesuppen, Obstmus oder Joghurt eingerührt werden
 - Ballaststoffreicher HB-Drink
 - mit Kleie angereicherter HB-Kuchen
 - eingeweichte Dörropflaumen nüchtern am Morgen
 - Optifibre ist ein löslicher Ballaststoff aus der Guarbohne und kann in kalten oder warmen Speisen beigemischt werden
- **milchsäurehaltige Nahrungsmittel**, wie Joghurt oder saure Milch anbieten
- **1 Glas warmes Wasser nüchtern am Morgen**

Orale Laxantien und rektale Entleerungshilfen

- **Orale Laxantien:** Arzneimittel der ersten Wahl sind Macrogol (z.B. Molaxole), Natriumpicosulfat (Agaffin) und Bisacodyl (Dulcolax). Die Auswahl orientiert sich an individuellen Ressourcen und Präferenzen.
- **Rektale Entleerungshilfen:** Es sind bevorzugt CO₂ freisetzende Suppositorien (Lecicarbon) oder Bisacodyl Suppositorien (Dulcolax) anzuwenden. Lecicarbon Suppositorien sind vor dem Einführen kurz ins Wasser zu tauchen.⁶

Empfehlungen aus der Kinästhetik, Aromapflege und Basalen Stimulation

- **Kinästhetik:** Spiralförmige Bewegungen im Rahmen der Mobilisation und Körperpflege fördern die Darmperistaltik.
- **Aromapflege:** Ätherische Öle, wie Majoran, Fenchel oder Kümmel, wirken anregend auf die Darmperistaltik und können als Einreibung in Form einer Kolonmassage verabreicht werden.
- **Basale Stimulation:** Eine vestibuläre Stimulation durch korrekte Körperlage und häufige Positionsveränderung kann die Blasenfunktion positiv beeinflussen.⁹

Literatur:

- ¹ Bohn C. (2015) Macht und Scham in der Pflege. Beschämende Situationen erkennen und sensibel damit umgehen. Ernst Rainhardt Verlag, München
- ² Abrams P. et al. (2013) Assessment and Conservative Management of Faecal Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence Committee 16. Online unter: <http://www.ics.org/publications/icibooks> (Zugriff am: 09.2016)
- ³ Parks AG. (1975) Anorectal Incontinence. Journal of the Royal Society of Medicine. 68:681–690
- ⁴ Probst M. et al. (2010) Stuhlinkontinenz. Übersichtsarbeit. Deutsches Ärzteblatt 107 (34–35): 596–601
- ⁵ Longstreth GF. et al. (2006) Functional bowel disorders. Gastroenterology. Rom-Kriterien. 130(5): 1480–14901
- ⁶ Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität, sowie die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (2013) S2k-Leitlinie Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie und Therapie. Online unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-019L_S2k_Chronische_Obstipation_2013-06_01.pdf (Zugriff am: 05.2017)
- ⁷ NICE Guidelines (2014) Faecal incontinence in adults. Online unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg49/chapter/1-Guidance> (Zugriff am: 09.2016)
- ⁸ Schütz D. (2012) Pflegekolleg: Obstipation. Das Pflegemagazin. Heilberufe 31–42
- ⁹ Bienstein C., Fröhlich A. (2016) Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. Hogrefe Verlag, Bern

Inkontinenz und Obstipation im Alter – Stuhlinkontinenz fördern und Obstipation vermeiden

Stuhlinkontinenz und Obstipation sind häufig anzutreffende Probleme im Alter. Besonders in Langzeitpflegeeinrichtungen ist die Zahl der betroffenen Menschen sehr groß. Probleme bezüglich der Stuhlausscheidung sind mit Scham und Ekel verbunden und es bedarf eines professionellen und schamkompetenten Handelns seitens der Pflegepersonen.

Schamkompetenz

ist die Fähigkeit, die individuelle Schamgrenze zu erkennen, dieser respektvoll und sensibel zu begegnen und das eigene Handeln darauf auszurichten.¹

Wussten Sie, dass ...^{2,6}

- **62 %** der BewohnerInnen im HB von einer **Stuhlinkontinenz** betroffen sind?
- **71 %** der BewohnerInnen im HB von einer **Obstipation** bzw. dem **Risiko einer Obstipation** betroffen sind?
- eine Vielzahl von **Medikamenten** eine Obstipation begünstigen können?
- **Bewegungsmangel** einen großen Einfluss auf die Entstehung einer Obstipation hat?
- eine vollständige Verdauung von der Essenseinnahme bis zum Stuhlgang **acht Stunden bis drei Tage** dauern kann?
- besonders breiiger/flüssiger Stuhl die **perineale Haut schädigt**?
- eine **hockende Sitzposition** die Stuhlausscheidung erleichtern kann?



Wann liegt eine Stuhlinkontinenz vor?³

Wenn Stuhl oder Darmgase nicht voneinander zu unterscheiden sind und nicht willkürlich zurückgehalten werden können.

Schweregrad Anzeichen

Grad I	unkontrollierter Abgang von Darmgasen, Stuhlschmierer
Grad II	unkontrollierter Abgang von flüssigem Stuhl
Grad III	unkontrollierter Abgang von flüssigem und festen Stuhl

Welche Ursachen können eine Stuhlinkontinenz auslösen?⁴

- **Neurologische Erkrankungen**, wie z.B. *Insult, Demenz, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson*
- **Veränderungen der Beckenbodenmuskulatur**, wie z.B. *Verletzungen des Schließmuskels nach Geburt oder Operationen, Hämorrhoiden, Rektumprolaps, massives anhaltendes Pressen während der Stuhlausscheidung*
- **Störungen der Speicherfunktion**, wie z.B. *Diarrhoe, chronische entzündliche Darmerkrankungen*
- **bestimmte Medikamente**, wie z.B. *Psychopharmaka, Spasmolytika*

Wann liegt eine Obstipation vor?⁵

Wenn diese in mindestens drei von sechs Monaten dauernd oder intermittierend vorhanden ist und mindestens zwei der folgenden Kriterien aufweist:

- **starkes Pressen** beim Stuhlgang
- klumpiger oder **harter Stuhl**
- subjektive **inkomplette Entleerung**
- subjektive **anorektale Obstruktion**
- **manuelle Manöver** zur Erleichterung der Defäkation
- **weniger als drei Entleerungen pro Woche**

Welche Ursachen können eine Obstipation auslösen?⁶

Eine chronische Obstipation nimmt mit dem Alter zu und wird von Veränderungen der Ernährungs- und Trinkgewohnheiten, sowie steigender Immobilität und Multimorbidität beeinflusst. Neurologische Erkrankungen (z.B. Insult, Demenz), Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus), gastrointestinale Erkrankungen (z.B. kolorektale Karzinome, Analfissuren) und Medikamente (z.B. Opiate) können eine Obstipation begünstigen.



Was tun bei Stuhlinkontinenz/Obstipation?

Zu Beginn ist eine genaue Analyse (individuelle Gewohnheiten, Frequenz, Konsistenz, Beschwerden) der Stuhlausscheidung im Rahmen der Pflegeanamnese und Pflegediagnostik zu erfassen. Das vorrangige Ziel ist die Förderung der Stuhlinkontinenz bzw. von stuhlinkontinenten Episoden und einer regelmäßigen Stuhlausscheidung.

Welche pflegerischen Maßnahmen sind bei Stuhlinkontinenz/Obstipation möglich?^{7, 8}

Eine der wesentlichsten Maßnahmen bei Stuhlinkontinenz/Obstipation ist die Regulierung der Stuhlausscheidung. Eine Optimierung der Stuhlfrequenz und Stuhlkonsistenz kann durch ernährungsspezifische und medikamentöse Maßnahmen erreicht werden.

Wichtige individuelle pflegerelevante Maßnahmen bei	Stuhlinkontinenz	Obstipation
Schamkompetente Haltung der Betreuungspersonen	●	●
Intimsphäre wahren und für angenehme Atmosphäre am WC sorgen	●	●
Ausreichende Haltegriffe, Sitzerrhöhungen, Toilettenhocker zur Verfügung stellen	●	●
Orientierungshilfen geben	●	●
Einsatz von mobilen Hilfsmitteln wie Bettschüssel oder mobiler Toilettenstuhl	●	●
Defäkation in einer hockenden Position ermöglichen, z.B. Kinästhetic-Bloc oder Hocker unter Beine geben		●
Regelmäßig stuhlbezogenes Toilettentraining durchführen.	●	●
Nutzung des gastrokolischen Reflexes, indem ein Toilettengang unmittelbar nach einer Mahlzeit durchgeführt wird.	●	●
Anwendung von speziellen Hilfsmitteln, wie Fäkalkollektoren bei dünnflüssigen, unkontrollierten Stuhlausscheidungen. Analtampons haben eine abdichtende Funktion und können zur Vermeidung von unwillkürlichem Stuhlabgang eingesetzt werden.	●	
Spezielle Hautpflege und Hautschutz zur Vorbeugung einer Inkontinenz-assoziierten Dermatitis (IAD) z.B. TENA Barrier Cream, TENA Zinc Cream	●	
Anwendung von aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln, wie Einlagen, Slips oder Pants. Diese Produkte dienen lediglich zum Auffangen des Stuhls und sind bei Stuhlkontamination möglichst rasch zu entfernen.	●	
Körperliche Aktivität	●	●
Kolonmassage		●