

Ausscheidungen: Pflegerischer Umgang in unterschiedlichen Settings

Einführung von Dr. Andrea Kuckert-Wöstheinrich

Mit meiner Freundin sitze ich zusammen und erzähle ihr, dass wir einen Artikel zum Thema „fäkale Ausscheidung“ schreiben. Sie schaut mich mit ernstem Blick an. „Weißt Du, was die furchtbarste Vorstellung für mich ist,“ fragt sie mich. Ich verneine, wissend, dass sie seit bald vierzig Jahren einen Anus praeter hat. Eine Operation zur Entfernung eines Karzinoms im Unterleib machte dies damals erforderlich und trotz oder vielleicht auch gerade deswegen, hat sie ihr Leben lang gekämpft, sich durchgebissen und sich als Gastroenterologin mit Anfang vierzig selbstständig gemacht. Alle drei Tage entleert sie sich, verschwindet mit Zeitschrift oder einem guten Buch im Badezimmer, mal dauert es eine dreiviertel Stunde, mal länger, unter Druck setzen lässt sie sich nicht und spült mit vielen Litern Wasser liebevoll ihren Darm, kennt ihn und weiß, wie beide gut miteinander zurechtkommen. „Das Schrecklichste für mich ist die Vorstellung, dass ich irgendwann dement bin, abhängig von Pflegenden in einem Krankenhaus oder Altenheim, die mich und meinen Darm nicht kennen und ich daran versterbe, weil sie mich nicht individuell versorgen.“ Mit Anfang 60 macht sie sich vermutlich zurecht Gedanken um dieses Thema: Fachkräftemangel, Überbelastung, eine fehlende Einsicht über die Notwendigkeit einer funktionierenden Verdauung für Wohlbefinden, Lebens-

qualität und Gesundheit, Tabus innerhalb der Pflege – all diese Fakten werfen durchaus kein positives Bild auf das Erreichen eines hohen Alters in pflegerischer Abhängigkeit.

Dieses und viele andere, in diesem Artikel geschilderten Fallbeispiele, die alle dem pflegerischen Arbeitsalltag entnommen sind, haben mich motiviert, mich für dieses Thema starkzumachen, es aus der „Man-spricht-nicht-darüber-Ecke“ herauszuholen und alle Leser*innen und Kolleg*innen für das zu sensibilisieren, was für jeden von uns ein individuelles Grundbedürfnis ist, im Moment einer pflegerischen Abhängigkeit wir alle aber, so scheint es, über einen Kamm geschoren werden und uns einer funktionalistisch ausgerichteten Pflege unterordnen müssen.

Verschiedene Settings finden in den folgenden Kapiteln ihre Berücksichtigung. In einer ersten Annäherung an das Thema der fäkalen Ausscheidung geht es vor allem um die **kulturelle Sozialisation** als einen uns am meist prägenden Faktor. Welche Rolle spielt im Prozess der fäkalen Ausscheidung das Toilettenpapier und gilt das eigentlich für jeden von uns? Daran schließen sich die Ergebnisse einer in einem Wohnbereich einer stationären Altenpflegeeinrichtung durchgeföhrten **Forschungsarbeit** an. In der Fragestellung ging es um die unter-

Name des Pflegebedürftigen:
Pflegetag: Datum:

Zu wenig Zeit
für individuelle Pflege

Erforderliche Hilfe bei:	Zeitaufwand (in Minuten)				
	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts 22 bis 6 U
Körperpflege					
Waschen					
Duschen/Baden					
Fliegen					

schiedlichen Faktoren, die die fäkale Ausscheidung der Bewohner beeinflusst? **Psychiatrische Erkrankungen** können sich auch wie eine Suchterkrankung oder eine Angststörung auf die fäkale Ausscheidung auswirken. Dies ist Gegenstand des dritten Kapitels. **Demenz und Ausscheidung** sind zwei Prozesse, die, je weiter die kognitive Beeinträchtigung fortgeschritten, je abhängiger der Betroffene im Toilettengang von den Versorgenden

ist. **Pflegerische Interventionen** werden im letzten Kapitel kritisch unter die Lupe genommen. Checklisten zu „**Ausscheidung und Architektur**“ und „**Ausscheidung und pflegerische Dokumentation**“ laden zu einem ersten Ausprobieren ein. Besteht weitergehendes Interesse zur Thematik Scham und Ekel bei Pflegenden, wird an dieser Stelle auf die Literatur von Gröning „Entweihung und Scham“ verwiesen.

Kulturelle Sozialisationsprozesse – das Toilettenpapier

Von Dr. Andrea Kuckert-Wösthäinrich

Der Mensch muss, um zu überleben, Nahrung aufnehmen und diese auch wieder ausscheiden. Stuhlgang (Defäkation) und Urin (Miktion) gehören zur aktiven Ausscheidung und können individuell sehr unterschiedlich sein. Persönliche Gewohnheiten, bevorzugte Nahrung und Erkrankungen wirken sich auf die Defäkation aus. Medikamente können für Diarrhoe (Durchfall) oder

Obstipation (Verstopfung) verantwortlich sein. Sind die Blase oder der Darm gefüllt, verspürt der Mensch das „Völlegefühl“ als einen Drang, geht er auf die Toilette, um sich zu erleichtern. Je stärker der Drang, umso schneller. Dabei ist der Umgang mit Ausscheidungen, bzw. das Sich-Erleichtern kulturell bedingt. Wie an anderer Stelle bereits diskutiert variieren die Toiletten, das Sich-Säubern nach erfolgter Ausscheidung je nach Land und individueller Gewohnheit.



Ronald Rampsch, stock.adobe.com

Ein häufiges Bild im Frühjahr 2020: Toilettenpapier ist ausverkauft

Aus aktuellem Anlass soll an dieser Stelle beleuchtet werden, das in den vergangenen Monaten in Deutschland für viel Aufsehen gesorgt hat. Mit Ausbruch der Corona-Pandemie in Deutschland im Januar 2020 beherrschte vor allem zu Beginn der Kontaktsperrre Mitte März über Wochen „das Toilettenpapier“ die Schlagzeilen in den Medien. Von Hamsterkäufen war die Rede und es soll auch zu handgreiflichen Auseinandersetzungen gekommen sein, da Personen in einem Supermarkt mehr als nur die eine erlaubte Packung Toilettenpapier mit nach Hause nehmen wollten. Interessanterweise trat dieses Phänomen in Indien oder dem arabischen Sprachraum nicht auf. Ein Blick hinter die Kulissen von Toilettenpapier, Dusch-WC und Bidet scheint sich zu lohnen.

Laut Statistischem Bundesamt verbrauchten die Deutschen im Schnitt pro Person im Jahr 2018 ca. 134 Rollen. Damit belegten sie den zweiten Platz hinter Amerika mit 141 Rollen. Spanien liegt bei 81 Rollen pro Person und Jahr, China bei 49 Rollen (Statista 2020a). In diesem Jahr stieg in der Kalenderwoche 11 der Umsatz von Toilettenpapier zum Vorjahr um 118% (Statista 2020b). Zum Teil waren die Regale, in denen sich das Toilettenpapier befand, in den Märkten fast unabhängig der Tageszeit leer. Die Produzenten beteuern, dass ihre Lager gut gefüllt seien und sich niemand Sorgen um nicht ausreichendes Toilettenpapier machen muss. Trotz aller Beteuerungen aus der Industrie waren Mehl, Nudeln und auch das Toilettenpapier ausverkauft.

Zunächst soll an dieser Stelle die Frage geklärt werden, warum die Deutschen sich eigentlich mit dem Toilettenpapier den Po reinigen und nicht, wie in anderen Ländern, mit einem Wasserstrahl wie in Saudi-Arabien oder Palästina oder nach französischer und italienischer Art in einem Bidet. Zum Schluss wagen wir eine Antwort auf die Frage zu geben, warum ausgerechnet das Toilettenpapier in vielen Einzelhandelsgeschäften über Wochen immer wieder kurzfristig ausverkauft war.

Die Römer haben sich mit einem an einen Stock gebundenen Schwamm den Po gereinigt. Sie verfügten nicht über eine Toilette in einem Wohnhaus, sondern trafen sich in den sogenannten Latrinen, in denen zum Teil 80 und mehr Menschen Platz fanden. Wurde der Schwamm von einer Person benutzt, wurde er anschließend in Salzwasser getunkt, um dann wieder „desinfiziert“ dem nächsten zur Verfügung zu stehen. Im Mittelalter kannte man im deutschsprachigen Raum hauptsächlich Blätter und kratziges Stroh, um sich nach seiner Notdurft zu reinigen. Ab dem 17. Jahrhundert wurden Zeitungen genutzt. Sie

waren mittlerweile erschwinglich geworden und konnten auf diese Art und Weise weiterverwendet werden – eine moderne Form des Recyclings. In den 1920er-Jahren brachte Hans Klenk (Hakle 2020), Gründer von „Hakle“, die erste Rolle Toilettenpapier auf den Markt. Der Werbeslogan „Verlangen Sie eine Rolle Hakle, dann brauchen Sie nicht Toilettenpapier zu sagen!“ deutet auf einen schamhaften Umgang mit dem Thema Ausscheidung. Es war peinlich, um Toilettenpapier zu bitten, und die Firma „Hakle“ machte sich dies durch den Slogan zunutze (Hakle 2020). Bis heute wurde das Toilettenpapier immer weiterentwickelt und es wird neben trockenem, auch feuchtes Toilettenpapier mit oder ohne pflegende Zusatzstoffe, einlagig oder mehrlagig und in den unterschiedlichsten Designs – mit Herzchen, Fußbällen, Sudoku, neben vielen anderen (luftballons.biz 2020) – angeboten.

Persönliche Gewohnheiten, bevorzugte Nahrung und Erkrankungen wirken sich auf die Defäkation aus

Interessanterweise gibt es weltweit viele Länder, in denen Menschen sich bis heute unter fließendem Wasser und ohne Toilettenpapier den Po und Schambereich reinigen. Dies gilt vor allem für die Länder, in denen sich die überwiegende Mehrheit der Einwohner dem Islam zugehörig fühlen. So wird zum Beispiel von den Muslimen vor dem Gebet oder der Meditation eine rituelle Waschung verlangt. Diese rituellen Waschungen, die in der Regel unter fließendem Wasser zu erfolgen haben, sind eine religiöse Pflicht. Im Koran ist dezidiert beschrieben, wann und unter welchen Bedingungen Menschen sich auf welche Art und Weise zu waschen haben und umfassen alle wesentlichen Aspekte der Körper- und auch Wäschehygiene. Berücksichtigt wurde auch die Tatsache, dass der Zugang zu fließendem Wasser unter Umständen nicht vorhanden ist.

Sure 5, Vers 7: „O ihr Gläubigen, bevor ihr euch zum Gebet anschickt, wascht euer Gesicht, eure Hände bis zum Ellenbogen, reibt eure Köpfe feucht ab, und reinigt eure Füße bis zu den Knöcheln hinauf; habt ihr euch durch Beischlaf unreinigt, so wascht euch ganz. Seid ihr jedoch krank oder auf Reisen oder wart ausgetreten oder habt Frauen berührt und ihr findet kein Wasser, so nehmt reinen feinen Sand und säubert euer Gesicht und eure Hände damit. Gott will euch damit keine Last aufbürden, sondern euch reinigen und seine Gnade an euch vollbringen, damit ihr dankbar werdet.“



Rituelle Waschung

Die religiösen Reinigungsrituale sind dabei verbindlich. Nach Bergler (2009) handelt es sich aus sozialpsychologischer Perspektive um Normen, d.h. Verhaltensregeln, deren Missachtung letztlich religiös sanktioniert wird. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass seit Entstehung des Islams im frühen siebten Jahrhundert nach Christus die Anhänger sich den rituellen Waschungen unterzogen haben.

Von daher ist es nicht verwunderlich, dass sich das Toilettenspapier in Zeiten der Corona-Pandemie in Deutschland einer großen Beliebtheit erfreut, sind wir doch von Kindheit an erzogen worden, uns den Intimbereich mit Papier zu säubern und nicht wie im Islam mit fließendem Wasser. Und das bringt uns an den Anfang unserer Überlegungen: Der Umgang mit Ausscheidungen ist etwas Individuelles, zutiefst Menschliches und der Umgang wird maßgeblich durch die Kultur beeinflusst, in der das Individuum aufwächst. Die Auseinandersetzung mit Kultur ist aus der Perspektive der Ausscheidung insofern notwendig, als dass sie verdeutlicht, dass selbstverständliche Praktiken von Individuen oder Angehörigen einer Gruppe sich unter anderem durch das Befolgen von Regeln und Gebräuchen erklären lassen. Nach Bergler (2009) ist Kultur „das Ergebnis mensch-

licher Wertverankerung und Kreativität, sie vermittelt Ziele, Wünsche und etabliert in ihrer Verwobenheit mit Religionen und Weltanschauungen Verhaltensnormen, Verhaltensregeln, Normen und Strukturen des Zusammenlebens, Sitten und Gebräuche und auch Tabus (Bergler 2009:25). Und, das sei an dieser Stelle angemerkt, Kultur ist nicht etwas, was eine Person oder eine Gruppe besitzt, sondern etwas, dessen sie sich bedient. Kultur ist dynamisch, veränderlich und veränderbar. So findet man in Dubai auf der Toilette heute auch Toilettenspapier und in aktuellen deutschen Bauzeitschriften wird der Einbau von sogenannten Dusch-WCs diskutiert.

Warum war zu Beginn der Corona Pandemie in Deutschland der Run auf das Klopapier so groß? Das hat wohl weniger mit einem tatsächlichen Notstand zu tun als mit dem Wunsch der Bürger, für schwierige Zeiten gut vor-gesorgt zu haben. Und wenn jeder, der uns in der Stadt begegnet, Toilettenspapier unter dem Arm trägt, scheint auch der andere geneigt zu sein, sich diesem Verhalten anzuschließen, denn man weiß ja nicht, ob nicht doch eine Krise kommt, in der es kein Toilettenspapier gibt. Und ob wir uns so schnell an das Säubern des Pos unter fließendem Wasser gewöhnen können, bleibt dahingestellt.

„Mit dem Alter ist das schrecklich, wenn man sich selbst nicht mehr richtig sauber machen kann, eine Schweinerei!“ – Ein Forschungsprojekt in einer Altenpflegeeinrichtung

Von Andrea Kuckert-Wöstheinrich
und Dr. Ulrike Höhmann

„(...) es (Defäkation des Bewohners) im Kopf speichern, wenn auf einmal nach dem Frühstück (...) Oh, jetzt müssen wir, aber die Zeit haben wir einfach nicht. Oft, oder wir kriegen es (Defäkation) gar nicht mit. Und wir können ja nicht aus der Pflege raus, bei jemand anderes, und wenn das so dringend ist, dann ist es (Defäkation) schon vorbei. Wir können die anderen (Bewohner) ja nicht sitzen lassen.“

Die Faktoren,¹ die die fäkale Ausscheidung von Bewohnern einer stationären Pflegeeinrichtung² beeinflussen,

sind zahlreich und der Glaube, eine optimierte Lösung für die Unterstützung der Bewohner beim Stuhlgang anbieten zu können, trügerisch. In dem Projekt zeigten sich zunächst die Bewohner mit ihren teilweise weit fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen und dem damit verbundenen Unvermögen, ihren Unterstützungsbedarf zum Verrichten des Stuhlgangs adäquat und rechtzeitig zu kommunizieren. Es ließ sich auch nicht immer erkennen, ob Bewohner, auf einer Toilette sitzend, sich des Prozesses des Ausscheidens als solchen noch bewusst und inwieweit sie ihn zu steuern in der Lage waren. Innerhalb der Biografiearbeit erhoben die Kollegen des Sozialen Dienstes ansatzweise Informationen zum Stuhlgang. Dieses Wissen weiter zu vertiefen und miteinander zu teilen, vor allem über die pflegerische Dokumentation Vivendi, würde für alle Beteiligten große Vorteile bringen. Zum Zeitpunkt der Erhebung konnten die Pflegenden auf diese Informationen nicht zugreifen.

¹ Das Forschungsprojekt wurde im Rahmen des multiprofessionellen Masterstudiengangs „Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“ an der Universität Witten/Herdecke durchgeführt und fand in einer stationären Pflegeeinrichtung statt. Eine Woche arbeitete ich gemeinsam mit den Kollegen im Frühstücksdienst in der Versorgung von 21 Bewohner mit einer zum Teil weit fortgeschrittenen Demenz. Die teilnehmende Beobachtung ermöglichte mir einen Einblick in einen Wohnbereich (21 Bewohner leben jeweils in einem mit einem eigenen Bad ausgestatteten Einzelzimmer und nutzen gemeinsam zwei Wohnzimmer und, wenn notwendig eine öffentliche, behindertengerechte Toilette). Abläufe und Haltungen rund um das Thema fäkale Ausscheidung konnten analysiert werden. Mit zwei auf der aktuellen Literatur basierenden Checklisten (siehe Anhang) wurden die architektonische Gestaltung der Bewohner- und Badezimmer, der öffentlichen Bereiche sowie die Pflegedokumentation der 21 Bewohner in Bezug auf den Toilettengang analysiert. Eine Gruppendiskussion mit sieben pflegerischen Kollegen, drei Experteninterviews, Sekundärliteratur wie das Betreuungs- und Therapiekonzept neben weiteren Dokumenten ermöglichen ein eingehenderes Verständnis für die implementierten pflegerischen Prozesse im Wohnbereich. Durch die Kombination dieser verschiedenen Forschungsmethoden konnten die Ergebnisse miteinander abgeglichen werden, um fehlerhafte Interpretationen während der teilnehmenden Beobachtung z.B. zu vermeiden.

² „Beim Schreiben eines Artikels über den Umgang mit ‚Ausscheidung‘ bei Menschen mit Demenz in einer stationären Pflegeeinrichtung wurde mir erst richtig klar, welche Probleme Bewohner und auch Pflegende hierbei haben. Weil Ausscheidung als Tabuthema bei Anamnesen und auch beim weiteren fachlichen Austausch, z.B. in Übergaben, nur oberflächlich angesprochen wurde, fehlte oft die Information, um das ‚Ausscheidungsverhalten‘ adäquat zu beurteilen. Dies zeigte sich u.a. in einer unklaren und lückenhaften Dokumentation diesbezüglich. Probleme mit Stuhlgang wurden deshalb nicht oder zu spät bemerkt. Auch organisatorische Faktoren, wie eine funktionale Arbeits-Tages-Struktur, behinderten eine adäquate individuelle Versorgung der Ausscheidung. Da es für unsere Lebensqualität wichtig ist, dass unsere Ausscheidung, soweit es geht, problemlos funktioniert, glaube ich, dass es wichtig ist, dieses Thema mehr in den Vordergrund zu rücken und dabei können die Ergebnisse einer gezielten Forschungsarbeit helfen, klarzustellen, wie schwerwiegend die Probleme sind. Auch können und sollen die Ergebnisse Anreiz sein, den Umgang mit Ausscheidung zu verbessern.“ (Inhaber Stabstelle Demenz in der betreffenden Einrichtung).



Nutzung einer detaillierten Pflegedokumentation

Das Strukturierende Informationsgespräch, von den Pflegenden durchgeführt, bietet zu wenig Raum für dieses Thema. Wann und wie oft musste mühsam mit der Zeit von den Versorgenden erlernt werden. Die Pflegenden sprachen sich gemeinsam für eine technische Lösung aus, bei der auf dem „Stammbrett“ eines jeden Bewohners die persönlichen Bedürfnisse in Bezug auf die Ausscheidung dokumentiert werden. Wünschenswert wäre auch ein automatisches Erinnern, das dann erscheint, wenn der Stuhlgang z.B. an zwei Tagen nacheinander nicht dokumentiert wurde.

Eine weitere Herausforderung lag in der Beobachtung. In der Beschreibung der Ausscheidungsprodukte waren die Pflegenden sehr indifferent und hatten sich nicht auf einheitliche Termini geeinigt. Die Bristolskala wäre eine Möglichkeit, um mehr Eindeutigkeit in der Beschreibung zu schaffen (siehe Kapitel pflegerische Interventionen). Alle Kollegen waren sich der Notwendigkeit einer systematischen Dokumentation zum Thema fäkaler Ausscheidung bewusst. Zeitliche Ressourcen, unübersichtliche Dokumentationsstrukturen (Vivendi) und voneinander abweichendes Priorisieren führte dazu, dass Kollegen teilweise nicht über die letzte Defäkation eines Bewohners Bescheid wussten bzw. notwendige abführende Maßnahmen aufgrund von Nichtwissen nicht durchführten. Dies sorgte für Irritationen und Fehlinterpretationen. Kollegen, die nicht der regelmäßigen Dokumentation des Stuhlgangs nachkamen, wurden als „nicht motiviert“ beschrieben. Darüber hinaus konnte es passieren, dass eine Obstipation über einen gewissen Zeitraum nicht auffiel, da man nicht genau wusste, ob der Bewohner abgeführt hatte oder nicht, oder der Eintrag nur einfach vergessen wurde.

Die Menschen mit einer Demenz in ihrer Selbstständigkeit zu fördern, war eines der Ziele, die durch die Geschäftsführung für alle Berufsgruppen vorgegeben und regelmäßig entsprechend über verschiedene Kanäle (Qualitätsmanagement, Wohnbereichsleitung, Stabstelle Demenz) kommuniziert wurde. Diese Selbstständigkeit galt auch für das Aufsuchen einer Toilette beim Stuhldrang. Erschwert wurde der Erhalt der Selbstständigkeit durch verschiedene Faktoren. In der Konzeption des Bewohnerzimmers wurde das Badezimmer nicht im Sichtfeld des im Bett liegenden Bewohners platziert. Die innenarchitektonische Gestaltung des Badezimmers war in weiß/beige gehalten und wies keine farblichen Kontrastierungen auf, die das Erkennen der Toilette erleichtert hätten. Im Badezimmer konnten zwei Pflegende nur

eingeengt neben dem sich auf der Toilette sitzenden Bewohner stehen. Diese Person konnte nur mit Mühe aus dem Rollstuhl auf die Toilette, zurück in den Rollstuhl oder auf den Duschstuhl transferiert werden. Dies ist für das individuelle pflegerische Handeln nicht förderlich. Es führt dazu, dass sich die Kollegen im Vorfeld überlegen, ob sie aufgrund der unzureichenden räumlichen und zeitlichen Ressourcen den Bewohner für die Defäkation überhaupt auf die Toilette setzen.

Einen Toilettengang würden die Pflegenden aus eigener Erfahrung immer bevorzugen und das zeigte sich in unterschiedlichen Situationen. Die subjektive Theorie, das, was die Pflegenden für sich selbst in Bezug auf die fäkale Ausscheidung als angenehm empfanden, wurde auf die Bewohner übertragen. Das reichte von der Wahrung der Privatsphäre über das Zeitlassen auf der Toilette bis hin zum Wechseln schmutziger Vorlagen, die man selbst auch nicht ein zweites Mal tragen wollen würde, auch wenn das Inkontinenzmaterial als strukturelle Ressource von der Geschäftsleitung reglementiert wurde. Die Pflegenden des Wohnbereichs als ein funktionierendes System waren sich der Notwendigkeit einer regelmäßigen, auf den persönlichen Bedarf zugeschnittenen, in Privatheit durchgeführten fäkalen Ausscheidung bewusst und setzten dies, soweit es in ihrer Macht stand, um. Nicht vorhandene zeitliche Ressourcen führten zu einem regelmäßigen Einsatz von Inkontinenzmaterial, wenigen regelmäßigen Toilettengängen und dem längeren Sitzenlassen in verschmutzten Vorlagen, statt den individuellen Bewohner entsprechend seinen persönlichen Neigungen zur Toilette zu begleiten. Dass nach vorsichtigen Schätzungen ca. 50 – 60 % der Bewohner in deutschen Pflegeeinrichtungen eine fäkale Inkontinenz haben (Eigendorf 2012), kann sicherlich auch mit dem Festhalten an funktionalistischen Arbeitsweisen („Ich bringe jemanden zur Toilette, wenn ich Zeit habe.“) begründet werden.



Photographie: stock.adobe.com

Ein Badezimmer, das ausreichend farblichen Kontrast bietet

Psychiatrische Erkrankungen und Ausscheidung

Von Ingo Remmers

Das Thema Ausscheidungen lässt sich in der Psychiatrie am ehesten im Akutbereich der Gerontopsychiatrie finden, mit einem hohen Anteil an älteren Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz und alters- und krankheitsbedingten Inkontinenzproblemen (BVMed 2015). Das Thema Ausscheidung spielt aber auch in anderen psychiatrischen Abteilungen (Allgemeinpsychiatrie und Suchtbereich) eine nicht zu unterschätzende Rolle. Da der Fokus in der Regel auf dem psychischen Befinden liegt, gerät das Thema Ausscheidung oft in Vergessenheit.

Opioide erhöhen den Tonus des Magen-Darm-Trakts

Im Suchtbereich muss man die Problemstellung für die Patienten auch nach deren Substanzmissbrauch differenzieren. Neben Alkoholabusus und Konsum von illegalen Drogen werden auch Medikamente missbraucht (siehe Tabelle 1). Patienten, die illegale Drogen konsumieren oder opioidhaltige Medikamente missbrauchen, haben als Nebenwirkung dieser opioidhaltigen Substanzen häufig Probleme mit der Verdauung, eine sogenannte Obstipation (Andresen & Wedel 2016). Opioide haben neben der schmerzstillenden Wirkung auch Einfluss auf den Magen-Darm-Trakt. Sie erhöhen den Tonus des Magen-Darm-Trakts und dadurch kommt es zu einer verzögerten Magenentleerung, die wiederum eine spastische Obstipation im Darm nach sich zieht. Auch wird durch Opioide die Peristaltik gehemmt, sodass die Obstipation noch verstärkt wird.

Die Patienten sollten im Einzelgespräch nach möglichen Verdauungsproblemen befragt werden, um Schamgefühle zu reduzieren. Weitere Maßnahmen wie Getränke/Tee-Angebote, Sport, ballaststoffreiches Essen und gegebenenfalls auch Medikamente werden mit dem Patienten abgesprochen und umgesetzt.

Diagnose ICD 10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch...)	Gesamtzahl	Anteil
	433.030	100 %
F10 Alkohol	322.608	74,5 %
F11 Opioide	34.977	8,1 %
F12 Cannabinoide	17.495	4,1 %
F13 Sedativa oder Hypnotika	10.166	2,3 %
F14 Kokain	3.247	0,7 %
F15 anderer Stimulanzien, einschl. Koffein	9.695	2,2 %
F16, 17, 18 Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel	1.032	0,2 %
F19 multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	33.810	7,8 %
F55 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	353	—

Tabelle 1: Behandlungen im Krankenhaus bei Substanzen mit psychotroper Wirkung (F10-19) und Verhaltensauffälligkeiten (F55) (Statistisches Bundesamt 2017).

Da der Anteil der Alkoholerkrankungen im Suchtbereich den höchsten Teil ausmacht (siehe Tabelle 1), soll hier als Fallbeispiel eine extreme Situation dienen, die aber laut den Mitarbeitern eines Suchtbereichs in ähnlichen Formen nicht selten vorkommt:

Der 54-jährige obdachlose Hr. Meier kommt nach 6 Monaten zur wiederholten Aufnahme auf den geschützten Teil der Suchtakutstation für Alkoholabusus. Er ist massiv eingekotet, hat eingenässt und scheint sich auch seit Wochen kaum gewaschen zu haben. Sein Odor (Körpergeruch) ist entsprechend streng. Er kommt mit 4,5 % Atemalkohol, imponiert durch verbale Aggression, kann sich aber intoxikationsbedingt kaum bewegen. Hr. Meier wird in das Kriseninterventionszimmer (KIZ)³ gebracht, um ihn vor den Blicken der Mitpatienten zu schützen und auch die Geruchsbelästigung für die Mitpatienten zu minimieren. Er zeigt sich zugänglicher, als ihm eine Zigarette angeboten wird, die er ausnahmsweise im Zimmer rauchen darf. Dann wird versucht, seine Kleidung zu entfernen. Sämtliche Fremdstoffe sind an der Hose angetrocknet und diese sowie die Strümpfe scheinen mit der Haut verwachsen zu sein. Hr. Müller wird nach einem Motivationsgespräch mit Hose und Strümpfen in die mit warmem Wasser gefüllte Bade-

³ KIZ: Raum mit weichen Wänden und reizreduziertem Ambiente, welcher über eine direkte Zugangstür am Pflegestützpunkt erreichbar ist.



Zugang zu
sauberer Kleidung

wanne gelegt. Nach 15 Minuten „Einweichen“ lassen sich die Kleidungsstücke entfernen. Neben der Versorgung diverser Hautdefekte erhält der Patient eine Schutzhose („Pants/Pull on“)⁴ und ein Flügelhemd – es werden mehrere pflegerische Unterstützungsmaßnahmen erwartet.

Durch die anhaltende Intoxikation hat der Patient kaum Kontrolle über seine Schließmuskulatur. Er schafft es nicht rechtzeitig auf die Toilette und muss daher bis zum Abklingen der akuten Intoxikation mehrfach versorgt werden. Durch das Medikament Distraneurin (Medikament bei Alkoholentzug) bekommt der Patient ab dem zweiten Tag auch eine Diarröh – eine zusätzliche Belastung für alle Beteiligten. Nach vier Tagen ist die akute Intoxikation abgeklungen und die Nebenwirkung des Medikamentes Distraneurin lässt nach. Da die Kleidung des Hrn. Müller untragbar geworden ist, wird diese nach Rücksprache mit ihm entsorgt und er erhält frische Wäsche

sche aus dem Fundus der Station. Auch reguliert er Stuhl und Harn nun wieder weitgehend physiologisch selbstständig.⁵

Bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit kommt es in der Aufnahmesituation bei starker Intoxikation mit Sinken der Muskelspannung (u. a. auch die Schließmuskulatur) vor, dass sie eingekotet und eingenässt haben. Die pflegerische Aufgabe besteht nun auf verschiedenen Ebenen:

- Gerade bei Patienten mit aggressivem Verhalten aufgrund der Intoxikation ist es wichtig, einen vertrauensvollen Zugang zu finden.
- Patienten schnell abschirmen, um akute oder spätere Schamgefühle zu reduzieren und die negative Reaktion der Mitpatienten zu minimieren.
- Patienten trotz der unangenehmen Situation wertschätzend versorgen.

⁴ Schutzhose, die wie eine Unterhose zur Förderung der Eigenständigkeit an- und ausgezogen werden kann.

⁵ Fallbeispiel aus der Psychiatrie, Suchtbereich, 2018.

Durch Bereitstellung sauberer Kleidung kann der Patient später auch wieder an der Patientengruppe teilhaben und sein Selbstwertgefühl wird dadurch gestärkt. Gruppentherapien sind in der Behandlung von Menschen mit Suchterkrankung sehr wichtig. Hätte er seine verdreckte Kleidung, die kaum zu reinigen gewesen war, wieder anziehen müssen, hätte ihm das Stigma des „dreckigen, stinkenden Penners“ anheften können.

Verdauungsprobleme oder Diarrhöen bei chronischem Abusus sind häufige Probleme bei Menschen mit einem Alkoholproblem. Wird Alkohol zum Essen konsumiert, kann der Alkohol verdauungshemmend wirken, da der Körper primär den Alkohol abbaut. Dadurch dauert die Nahrungsverdauung bis doppelt so lange (Heinrich 2010). Bei längerfristigem Konsum bis chronischem Abusus wird der Mineralstoff- und Wasserhaushalt durch Effekte des Alkohols in Darm so gestört, dass es zu einer Diarröh kommen kann (Chiba 2000). Gezieltes Fragen bei Einzelgesprächen durch die Pflegenden ist notwendig, da sich die Patienten wegen dieser Probleme häufig schämen. In dem Fallbeispiel zeigt sich auch, dass Medikamente, die in der Psychiatrie eingesetzt werden, auch Nebenwirkungen haben können, die sich auf das Ausscheidungsverhalten auswirken. Diese Nebenwirkungen werden häufig bei den Ausscheidungen unterschätzt bzw. gar nicht wahrgenommen. Der Fokus in der Psychiatrie liegt in der Regel bei Auswirkungen auf die Stimmung, den Antrieb, gelegentlich auf Kopfschmerzen oder Veränderungen im Blutbild, was eine sofortige Information an den Arzt erfordert.

Eine andere Herausforderung in der Versorgung von Patienten in der Psychiatrie liegt in der Verknüpfung psychischer Faktoren und fäkaler Ausscheidung. Dazu ein Fallbeispiel aus der offenen Allgemeinpsychiatrie:

Hr. Siepe wurde mit Angststörungen (Angst vor Dreck, Schmutz, Bakterien) und starken Zwangshandlungen in der Behandlung auf einer offenen Station der Allgemeinpsychiatrie aufgenommen. Er geht morgens regelmäßig nach dem Frühstück auf die Toilette. Viele Therapien fangen in der Woche um 9:00 Uhr an. Hr. Siepe kommt regelmäßig zu spät oder verpasst die Therapien komplett. Die Pflegefachkräfte bemerken schnell, dass Hr. Siepe häufig erst nach 2 Std. aus der Toilette kommt. Bei genauer Beobachtung fällt auf, dass der Klopapierverbrauch sehr hoch ist. Die Reinigungskraft, die das Klopapier auffüllt, berichtet, dass sie täglich eine Rolle nachfüllt. Hr. Siepe wird im Einzelgespräch behutsam durch die Bezugspflegekraft darauf angesprochen. Er berichtet, dass er doch „sauber“ sein müsse und immer gründlich abputze. Es wird vereinbart, dass er am nächsten Tag beim WC-Gang begleitet wird. Beim 30. Wischvorgang wird er unterbrochen. Das Papier zeigt

schon länger keine Kotspuren mehr, dafür inzwischen leichte Blutspuren. Hr. Siepe schaut aber gar nicht auf das Papier, sondern schmeißt es nach dem Wischen sofort weg. Nach einer Fallbesprechung mit Beteiligung der behandelnden Therapeuten und den Pflegekräften vereinbart die Bezugspflegefachkraft mit Hrn. Siepe ein „Wischtraining“⁶. Er wird von einer der zwei ausgewählten Fachkräfte morgens begleitet und es wird trainiert, nur solange zu wischen, bis keine Kotspuren mehr zu erkennen sind. Das Training dauerte ca. 4 Wochen, bis Hr. Siepe zumindest diese Zwangshandlung eindämmen konnte. Seine Angst vor Dreck war zwar noch latent vorhanden, aber er konnte durch Betrachten des Papiers seine Sauberkeit erkennen und sein Verbrauch reduzierte sich auf ein Viertel seines ursprünglichen Verbrauchs.⁶

In diesem Fallbeispiel führt eine gute Patientenbeobachtung und Ansprache des Patienten zur Problemerkennung. Das Erkennen des Problems ist die Voraussetzung für das weitere Handeln. Hr. Siepe ist durch seine Angst- und Zwangsstörung in seinem Handeln eingeschränkt und es braucht viel Vertrauen und einen guten Zugang zum Patienten, um bei einem sogenannten „Wischtraining“ als Pflegefachkraft dabei sein zu können.

Eine Fallbesprechung ist in diesen Situationen ein hilfreiches Instrument, da dort nicht nur nach Lösungen im Umgang mit dem Patienten gesucht werden kann, sondern auch Raum für das Befinden aller Beteiligten zur Verfügung stehen sollte. Der Umgang mit Patienten, die physiologisch eigentlich in der Lage wären, ihr Verhalten zu kontrollieren, stellt eine große Herausforderung dar. Die Patienten sind aufgrund ihrer Erkrankung nicht verantwortlich zu machen und erst recht tragen sie keine Schuld.

Die „Schulfrage“ im Rahmen von Erkrankungen und deren Behandlung sollte immer wieder hinterfragt werden. Im Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Bohus 2013) wird ein gelungener Vergleich der psychiatrischen Behandlung mit einer Krebstherapie gezogen. Kein Behandelnder würde auf die Idee kommen, einem Krebspatienten vorzuwerfen, dass das Chemotherapeutikum nicht wirkt. Auch in der Psychiatrie sollte nicht der Patient für das vermeintliche Versagen einer Behandlung verantwortlich gemacht werden, sondern sollten neue, andere Wege des Umgangs mit der Problematik des Patienten überlegt werden. Das betrifft im Besonderen das Thema Ausscheidung. Dafür benötigt man die Fähigkeit zur Reflexion, Offenheit für neue Wege und im Zusammenhang mit den Ausscheidungen einen guten Umgang mit dem eigenen Ekel.

⁶ Fallbeispiel aus der Psychiatrie, offene Allgemeinpsychiatrie, 2017.

Demenz und Ausscheidung

Von Susanne Johannes

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen leiden zunehmend an dem Nicht-mehr-selbstständig-Ausübenkönnen alltäglicher Gewohnheiten. Je weiter vor allem eine demenzielle Veränderung vorangeschritten ist, werden sie mehr und mehr von Dritten abhängig. Pflegefachpersonen in einer Langzeiteinrichtung kennen ihre Bewohner in der Regel gut, sind mit ihren Gewohnheiten vertraut. Das gilt nicht nur für Vorlieben in der Tagesgestaltung oder der Ernährung, sondern auch in Bezug auf das Sich-Waschen, -Kleiden oder Ausscheiden. Werden diese Bewohner aufgrund besonderer Umstände in ein Krankenhaus aufgenommen, müssen die Pflegefachpersonen sich Wissen aneignen, um den Betreffenden adäquat versorgen zu können. Da die betreffende Person selbst oft keine Auskunft mehr über sich selbst geben kann, sind die Mitarbeitenden auf die Information Dritter, entsprechende Dokumente, vor allem aber auf eine gute Beobachtung angewiesen.

Frau Groß, eine ältere Frau mit einer weit fortgeschrittenen Demenz wird aus einem Pflegeheim in ein Akutkrankenhaus aufgenommen. Die Einweisungsdiagnose lautet „Nahrungsverweigerung“. Auf der geriatrischen Station entscheiden sich die Ärzte für eine Gastroskopie. Eine Pflegefachkraft schaut sich mit ihrer Kollegin die neue Patientin an. Der Bauch scheint gebläht und prall zu sein. Beim Berühren und leichtem Drücken verzicht die ältere Dame schmerzvoll das Gesicht. Die Kollegen treffen die Entscheidung, zunächst ihr einen Kämmeltee anzubieten, den sie trinkt und dann warme Bauchwickel zu machen. Frau Groß fängt an, abzuführen und nach vielen geleerten Eimern des Toilettenstuhls – man wunderte sich, was so eine kleine Person zu Tage förderte – aß sie mit Appetit. Die Gastroskopie wurde abgesagt und die vermeintliche Patientin in ihre Einrichtung zurückverlegt. Problematisch: Das Krankenhaus hatte nichts verdient – für diese Art der Behandlung gibt es keine DRG's, Kooperationen mit den Pflegeheimen

Bei Verstopfung hilft eine Zeitung manchmal mehr als Abführmittel



gibt es viel zu selten. Beim Telefonat mit dem Pflegeheim der Patientin wurde schnell klar, dass auch dort der Personalmangel seinen Tribut fordert und die Kenntnis, wann genau und wie viel die Bewohner abgeführt haben, eher nebensächlich wird, während die Dokumentation MDK relevanter Informationen zunehmend als wichtig erachtet wird.

Die Krankenbeobachtung ist eines der zentralen Instrumente in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Auch wenn ich den Patienten kenne, ist es notwendig, die Tagesform des Patienten einzuschätzen. Essen spielt im Alter oft eine große Rolle, weil es ein Stück verbliebene Lebensqualität ist. „Was oben rein kommt, muss auch wieder raus.“ Doch während wir alle und besonders im Bereich Pflege der Nahrungsaufnahme eine große Rolle zukommen lassen, diese gut beobachten und auch gut dokumentieren, wird dem Stuhlgang deutlich weniger Aufmerksamkeit geschenkt, mit abnehmender Tendenz.

Ich erinnere mich, als Schülerin Runden durch alle Patientenzimmer gedreht zu haben, um nach der Verdauung zu fragen und anschließend Buttermilch und Abführmit-

tel anzubieten. Erfolgreiches „Geschäft“ – nach getrunkener Buttermilch und Abführmittel – wurde mit einem deutlich sichtbaren Strich honoriert. Für jeden sofort sichtbar. Davon sind wir heute weit entfernt. Durch die Zerstückelung der Pflegetätigkeiten haben Pflegekräfte oft nicht mehr die Kenntnis, wie viel gegessen wurde, weil eine Servicekraft das Essen abräumt. Also ist „oben rein“ schon nicht mehr beurteilbar und „unten raus“ auch schwierig; aus vielen Gründen, und leider, gibt es diese benannten „Buttermilchrunden“ nicht mehr. Die Dokumentation der Ausscheidung fehlt oft ganz oder ist nicht auf den ersten Blick einzusehen, sondern durch vier Klicks. Auch der Klinikalltag ist „stuhlgangunfreundlich“: Die nötige Bewegung oder die Rituale fehlen und beides spielt in unserem aller Leben eine Rolle, auch wenn es uns nicht bewusst ist. Mein Vater zieht sich jeden Morgen mit seiner Zeitung auf das stille Örtchen zurück und ist für mindestens 30 Minuten nicht zu erreichen. Bei Verstopfung würde ihm eine Zeitung wohl mehr helfen als Abführmittel. Der Patient wird bei seiner Ausscheidung gestört, weil er jetzt sofort zu einer Untersuchung oder einem Eingriff muss oder er kann nicht auf die Toilette, weil gerade keiner Zeit hat. Findet all das aber statt, wie leiste ich eine gute Beobachtung und erkenne oder vermute das Problem? Wie in dem oben geschilderten Fallbeispiel Verstopfung liegt das Wohlergehen oft in der Hand des behandelnden Teams und seiner Entscheidung – in diesem Fall z. B. die Koloskopie. Oder wird erst einmal eine Alternative in Betracht bezogen? Diese jedoch bringt dem Krankenhaus aber in der Regel weniger Geld ein und kostet eine Menge Zeit. All diese Faktoren wirken sich auch die Entscheidungsprozesse aus und verhindern oft den Blick auf das Wesentliche. Ein weiteres Fallbeispiel:

Beispiel Scham und Dankbarkeit

Frau Müller ist eine 91-jährige, sehr feine Dame, die stets korrekt gekleidet war und in ihren Umgangsformen sehr höflich ist. Die alte Dame ist dement und leidet unter multiplen Erkrankungen, die sie immer wieder in ein Krankenhaus bringen. Auf der Station geht es eher handfest zu. Der Zeitmangel und Stress sorgt für die Abnahme all der von Frau Müller hochgeschätzten Höflichkeiten und die Kleidung ist auch sehr praktisch orientiert. Als an diesem Morgen keine eigene Kleidung mehr vorhanden war, wurde der alten Dame Krankenhauswäsche angezogen, das sogenannte „Engelhemdchen“. Hinten offen, also nackt, ist nicht das, was Frau Müller als korrekt bezeichnet und verunsichert sie so sehr, dass sie sich schutzlos fühlt und sie sich schämt, so im Bett zu liegen, wo doch andere Menschen sie so sehen können und schlimmstenfalls auch der Chefarzt. So beschämmt muss sie ihre morgendliche Verdauung auch noch im Bett verrichten vor der Nachbarin und dem Pflegepersonal. Die müssen ihr dann auch noch helfen,

Die
„Buttermilch-
Runde“

sich zu reinigen und den Geruch ertragen. Unter dem Druck dieser Situation kommt nicht viel und schon nach kurzer Zeit muss sie wieder. All das verwirrt sie so sehr, dass sie in ihrer Not ins Bett macht, alles fein säuberlich in ein Taschentuch packt und es dem Pflegepersonal als Geschenk hinhält. Sie hat nichts, dass sie sonst als Dankeschön geben kann, obwohl sie das so gelernt hat. „Das ist für Sie. Für Ihre Mühe“, sagte sie. Wir haben das Taschentuch entgegengenommen und ihr stattdessen eine Schale mit Keksen ans Bett gestellt. Nun kann sie jedem, der sie betreut ein Dankeschön anbieten.

Dieses Beispiel soll verdeutlichen, dass das Thema Schuld und Scham viele unserer Bewohner und Patienten begleitet, aber fast immer ein Thema bei einer demenziellen Erkrankung darstellt. Es gibt viele Gründe für Schuld und Scham in der Pflege von Menschen mit und ohne Demenz, wie zum Beispiel Schuldsein an der vielen Arbeit, die andere mit mir haben, vielleicht auch Schuldsein, dass man jetzt gepflegt werden muss und fremde Hilfe braucht. Scham, weil wieder etwas nicht gelingt, weil man das so nicht macht und so weiter.



leno2010, stock.adobe.com

Pflegerische Interventionen unter die Lupe genommen

Von Dr. Andrea Kuckert Wöstheinrich

In einem **Anamnesegespräch** unabhängig des Settings der Einrichtung ist es notwendig, auch das Augenmerk auf die fäkale Ausscheidung zu richten. Es sollte der pflegerischen Berufsgruppe vorbehalten bleiben, die notwendigen Informationen zu diesem Thema einzuholen. Folgende Fragen können eine Unterstützung bieten (in Anlehnung an Anzinger 2017).

- Gibt es Rituale in Bezug auf die Defäkation? Welche?
- Wie häufig findet die Defäkation statt?
- Beschreibung von Menge, Form und Beschaffenheit des Stuhlgangs?
- Wird die Bauchpresse zur Entleerung benötigt/eingesetzt?
- Ist die Defäkation schmerhaft?
- Brauchen Sie Unterstützung bei der Defäkation?
- Wird und wenn ja wie viel und wie oft Stuhl verloren?
- Ist die Ursache einer Inkontinenz bekannt?
- Wird und wenn ja welches Inkontinenzmaterial genutzt?

Biografiearbeit ist ein großes Thema in der Pflege, besonders von Menschen mit Demenz, die sich nicht mehr erinnern. Im Expertenstandard heißt es hierzu, dass der Biografie geleiteten Gestaltung des Alltags eine besondere Bedeutung zukommt (DNQP 2018). So können z. B. individuelle Pflegerituale entscheidend zum Erleben von Vertrautheit bei Menschen mit Demenz beitragen. Dies können aufwendigere Rituale sein, wie z. B. das Waschen der Haare, anschließendes Aufdrehen auf Lockenwickler oder auch das Baden am Samstag oder das Waschen mit dem Waschlappen am Waschbecken. Je mehr über die Biografie einer Person bekannt ist, umso einfacher lassen sich Verhaltensweisen erklären und tragen zu einem Verständnis für die gesamte Person bei. Dazu gehören auch Ausscheidungsrituale. Je mehr an für die Person

Gewohntes im pflegerischen Setting angeknüpft werden kann, umso einfacher für den zu Versorgenden. Und damit letztendlich auch für denjenigen, der in der alltäglichen Versorgung unterstützt.

Im Pschyrembel wird die **(Kranken)Beobachtung** definiert als die „Systematische Erfassung von Krankheitssymptomen, körperlicher Verfassung und seelischer Befindlichkeit von Patienten. Die Krankenbeobachtung ist Grundkompetenz in den Heilberufen und dient dem Erkennen und der Prävention möglicher Gefährdungen und Komplikationen, der Beurteilung des Therapieverlaufs und -erfolgs und der Wahrnehmung von Wünschen und Bedürfnissen des Patienten“ (Pschyrembel 2020). Im pflegerischen Lehrbuch *Pflege Heute* (Lektorat Pflege 2019) wird auf die Komponenten eingegangen, die eine systematische Erfassung beinhalten: Die Krankenbeobachtung zielt auf das aufmerksame, methodische und zielgerichtete Beobachten eines Menschen. Die Pflegeperson beobachtet einen zu Versorgenden unter den Kriterien der verbalen sowie der nonverbalen Kommunikation. Folgende Beobachtungskriterien werden dabei zugrunde gelegt:

- Mimik, Körperhaltung, Bewegung (auch in Relation zum Schmerz)
- Bewusstsein, Kommunikationsfähigkeit, Orientierung
- Hautzustand
- Ernährungszustand, Appetit, Durst
- Ausscheidung
- soziales Umfeld, psychisches Befinden, Adherence
- Puls, Körpertemperatur, Atmung

Je genauer die zu versorgende Person beobachtet wird, umso einfacher können Bedürfnisse in der Ausscheidung wahrgenommen und Unregelmäßigkeiten signaliert werden.



Beobachtung: „In einer stationären Altenpflegeeinrichtung treffen sich die Bewohner einer Wohngemeinschaft nachmittags zum Singen. Herr Vogel schaut in die Runde und beginnt nach einiger Zeit auf dem Stuhl leicht hin und her zu rutschen. Achmet, ein junger Praktikant aus Marokko, beobachtet die Bewohner. Er geht zu Herrn Vogel, berührt ihn am Arm und fragt ihn leise, ob dieser auf die Toilette müsste. Dabei greift er ihm vorsichtig unter den Arm und hilft ihm beim Aufstehen. Nach der Rückkehr von der Toilette macht Herr Vogel einen entspannten Eindruck.“ Je genauer das Verhalten eines Bewohners/Patienten oder Klienten beobachtet wird, je adäquater kann auf die individuellen Ausscheidungsbedürfnisse eingegangen werden. Menschen wird so die Möglichkeit gegeben, sich dann zu „entleeren“, wenn es für sie Zeit ist und nicht, wenn die Pflegenden ihnen die Zeit vorgeben.

Die **Bristol-Skala** ermöglicht eine Beschreibung des Stuhlgangs. Erreicht wird durch den Einsatz der Bristol-Skala ein einheitliches Beschreiben des Stuhlgangs durch die Pflegenden. Wie aus einer Studie in einem Wohnbereich in einer Altenpflegeeinrichtung deutlich wurde, hantierten die Pflegenden bei der Bestimmung der Menge und der Form des Stuhlgangs unterschied-

liche Begriffe (siehe Kapitel 2). Die Umschreibungen reichten von wenig über viel bis hin zu massiv, wobei im Team nicht geklärt war, was genau viel oder wenig beinhaltete.

TYPE 1		RABBIT DROPPINGS	Separate hard lumps
TYPE 2		BUNCH OF GRAPES	Sausage-shaped, but lumpy
TYPE 3		CORN ON COB	Like a sausage but with cracks on its surface
TYPE 4		SAUSAGE	Like a sausage or snake, smooth and soft
TYPE 5		CHICKEN NUGGETS	Soft blobs with clear cut edges
TYPE 6		PORRIDGE	Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
TYPE 7		GRAVY	Watery, no solid pieces, entirely liquid

Die „Bristol-Skala“

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen bieten sich bei verschiedenen Personengruppen mit unterschiedlichen kognitiven Leistungsfähigkeiten an. Der „angebotene Toilettengang“ stellt sicherlich die Form des Toilettengangs dar, der sich am ehesten nach den individuellen

Bedürfnissen einer Person richtet. Je nach Kenntnis der Biografie können zu unterschiedlichen Tageszeiten Toilettengänge angeboten werden. Es sollte auf jeden Fall darauf geachtet werden, dass, wenn eine Person selbst den Wunsch nach dem Toilettengang noch äußern kann, sie nicht „vertröstet“, sondern die insofern notwendige Begleitung statthaft auch stattfinden sollte. „**Festgelegte Toilettenzeiten**“ eignen sich für die Personen, die selbst nicht mehr angeben können, wann sie zur Toilette gehen müssen und den Toilettengang kognitiv auch nicht mehr selbstständig durchführen können. Ist aus der Biografie allerdings bekannt, dass die betreffende Person in der Regel immer nach dem Frühstück auf die Toilette geht, um sich zu entleeren, sollte daran nach Möglichkeit festgehalten werden, es sei denn, es hat sich im Verlauf des Aufenthaltes etwas anders entwickelt (Lektorat Pflege 2019).



Photographer: eu stock.adobe.com

Perspektivwechsel: Vor einem Perspektivwechsel ist es notwendig, sich zu fragen, was überhaupt an Informationen über den Bewohner bekannt ist. Eine ausführliche Anamnese (siehe Anamnesegespräch) mit der notwendigen Empathie für sensible Themen wie die Ausscheidung bringt eine erste Orientierung. Je mehr Wissen über den Grad der Selbstständigkeit vorhanden ist, je einfacher lassen sich zusätzliche pflegerische Aktivitäten, über die jeder Pflegende regelmäßig und systematisch geschult sein sollte, durchführen. Interessanterweise wussten z.B. die Kollegen im Wohnbereich nicht, dass sich unter ihnen eine Kollegin mit den entsprechenden Fortbildungen zum Thema Inkontinenzmaterial befand. Hier ist auch das Management gefragt, Ressourcen und Wissen dem gesamten Team zur Verfügung zu stellen.

Sich die Frage als Pflegende zu stellen, wie würde ich mich fühlen, wenn ich eine Person aus den vorgestellten Fallbeispielen wäre. Wie wichtig ist es, sich anzusehen, „wen behandle ich? Welche Person?“ – Person sein dürfen, auch mit Demenz – auch im Krankenhaus. Was bedeutet die Kenntnis über eine Person für die Pflege und den Umgang mit dieser Person und den, was sie als Person ausmacht? Ist ein Perspektivwechsel möglich?

Gelingt es, die Perspektive der Einrichtung, der funktionalistischen oder medizinischen Perspektive zu verlassen und den pflegerischen Blick auf das Individuum zu richten?

Anleitung und Coaching

Das letzte Fallbeispiel zeigt die Notwendigkeit, eine Patientin im Pflegeprozess dergestalt zu begleiten, dass sie in ihrer Gesamtheit als Person wahrgenommen wird. Neben der Anleitung zu einer fachgerechten Versorgung des Anus praeters geht es auch um die Bereiche, die darüber hinaus von der Veränderung betroffen sind. Folgende Fragestellungen können unter anderem hilfreich sein:

- Essen und Trinken (Welche Lebensmittel sollten nicht oder gerade besonders konsumiert werden oder wie wichtig ist eine regelmäßige Flüssigkeitsbilanz?)
- sich waschen und kleiden (Worauf muss bei der Pflege des AP's geachtet werden, welche Kleidung eignet sich bei welchen Gelegenheiten?)
- sich bewegen (Gibt es Bewegungen, die nicht mehr durchgeführt werden können, worauf sollte geachtet werden? Was unterstützt eine Darmperistaltik?)
- sich als Frau oder Mann fühlen und verhalten (Wie kann der Partner in den Veränderungsprozess einbezogen werden? Was verändert sich in der Beziehung? Worauf muss im Umgang mit der Sexualität geachtet werden? Welche Rolle spielt der Partner in diesem Prozess?)
- Sinn finden (Was bedeutet der gesamte Prozess für die Patientin persönlich? Wie kann sie lernen, mit den Schuldgefühlen umzugehen? Wie kann sie für sich selbst wieder einen Sinn finden? Welche Rolle spielt der Partner in diesem Prozess?)

Frau Sorg erhält aufgrund eines Kolonkarzinoms eine Anus praeter. Sie hatte noch bis zum Erwachen nach der OP die Hoffnung, sie würde ohne davonkommen. Sie ist hin und her gerissen zwischen froh sein, dass der Krebs operabel war, und andererseits angeekelt zu sein von, wie sie sie selbst bezeichnet, der „Kacktütte“ an ihrem Bauch. Schuldgefühle, diesen Krebs bekommen zu haben und ihn nicht doch eher bemerkt zu haben, steigen in ihr auf, und Scham. Sie schämt sich total, weil da zu jeder Zeit möglich Stuhlgang aus ihrem Bauch läuft, mit allen Gerüchen und Geräuschen, die das mit sich bringt. Ihr Ehemann kann gar nicht mit dieser Situation umgehen. Krebs und Angst, dass seine Frau stirbt, sie weint so viel und der AP machen ihn sprachlos. Er kommt kaum noch ins Krankenhaus, weil er nicht weiß, wie er damit umgehen soll. Bei der Versorgung der Patientin hat es die Pflege schwer. Sie müssen ihr alles abnehmen und bei den Versuchen, ihr den Umgang mit dem Pflegematerial zur Stomaversorgung zu erklären, müssen sie alles vielfach wiederholen und unzählige Male erklären.

ren. Die Patientin scheint es nicht zu verstehen, dabei ist es doch gar nicht so schwer. Die Frage, ob hier eine Demenz vorliegt, wird gestellt. Die Testung fällt dann aber zu gut aus. Frau Sorg vertraut sich dann einer Pflegerin an und gesteht ihr, dass ihr das alles zu viel ist und sie sich nicht mit dem AP arrangieren kann. Sie schämt sich so sehr und macht alles so viel Arbeit und die ist dann auch noch so ekelig. Das behandelnde Team versichert ihr immer wieder, dass sie sich nicht zu schämen braucht, und beschwichtigt ihre Sorgen. Das hilft der Patientin nicht. Das Team zieht eine Stomatherapeutin und einen Psychologen hinzu. Diese Therapeutin hat die Möglichkeit, Frau Sorg auch zu Hause weiter zu begleiten, das beruhigt sie sehr, da sie nun nicht mehr das Gefühl hat, allein

gelassen zu werden. Mit viel Geduld bauen beide eine Beziehung und gute Zusammenarbeit auf, bei der Frau Sorg auch ihren Kummer und Scham zulassen kann. Frau Sorg wird nach dem Krankenhaus nicht mehr nach Hause gehen, sondern in ein Heim ziehen. Der Ehemann will seine Frau so nicht zu Hause haben und traut sich eine solche Versorgung nicht zu.

Eine individuelle multiprofessionelle Begleitung der Patientin unter Berücksichtigung ihres familiären Umfeldes ist unabdingbar, um der Frau ein Leben mit einem AP aufzuzeigen. Empathie, Respekt, Beobachtung, Perspektivwechsel, kommunikative Fähigkeiten sind für den Gesamtprozess aufseiten der Pflegenden notwendig, um den Prozess erfolgreich gestalten zu können.

Zusammenfassung

Anhand der unterschiedlichen Beispiele ist deutlich geworden, dass das Thema der Ausscheidung in allen pflegerischen Settings vorkommt: in der Psychiatrie genauso wie in der stationären Altenpflegeeinrichtung, in der Somatik und der Geriatrie. Das Thema ist individuell und persönlich und bedarf bei jedem Kennenlernen der jeweiligen Person einer ausführlichen pflegerischen Anamnese, die neben den kulturell bedingten Gewohnheiten auch die individuellen Rituale und „Eigenarten“ der Person berücksichtigt.

Darüber hinaus ist es notwendig, den jeweiligen Unterstützungsbedarf zu erheben, zu dokumentieren und systematisch und regelmäßig auf seine Aktualität hin zu überprüfen. Individuelle Gewohnheiten, Bedürfnisse und Notwendigkeiten verändern sich und Pflegende können adäquat die einzelne Person unterstützen, wenn sie den aktuellen Stand der fäkalen Ausscheidung kennen und ihn entsprechend im Team kommunizieren und dokumentieren. Können die aktuellen Ausscheidungsgewohnheiten nicht mehr erhoben werden, auch nicht über Angehörige oder sonstige soziale Bezugspersonen, ist eine detaillierte Beobachtung unabdingbar. Dies sollte die Person als Ganzes umfassen und sich nicht nur auf ein aktuelles Ausscheidungsereignis beziehen. Ein „unruhiges“ Verhalten, eine Gestik, Mimik oder verbale Äußerungen, die auf Schmerzen deuten lassen, körperliche Veränderungen wie ein geblähter Bauch oder ein abweichendes Ernährungsverhalten können Anzeichen für Unregelmäßigkeiten in der Defäkation sein. Diese zu erfassen, zu beschreiben, zu evaluieren und die adäquaten pflegerischen Interventionen abzuleiten – und gegenüber dem Arzt zu vertreten, – obliegt den Pflegenden. Das Umfeld der Person sollte so gestaltet sein, dass sie möglichst lange selbstständig das eigene Aus-

scheidungsverhalten bewältigen kann. Die pflegerischen Handlungen müssen in Strukturen eingebettet sein, in denen Pflegende durch die (elektronische) Dokumentation keine Hürden, sondern eine Erleichterung erfahren. Material zur Versorgung der Personen in ihrer fäkalen Ausscheidung sollte ausreichend zur Verfügung stehen und die Mitarbeitenden müssen über den Einsatz der Hilfsmittel regelmäßig geschult werden.

Die verwendete Literatur steht Ihnen im Download-Bereich zur Verfügung.

Höhmann, Prof. Dr. Ulrike

Universitätsprofessorin – Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke
ulrike.hoehmann@uni-wh.de

Johannes, Susanne

Praxisanleitung und Pflegetrainerin
Pflegeexpertin für Menschen mit Demenz
susanne.johannes@gmail.com

Kuckert-Wösthainrich, Dr. Andrea

Hochschullehrende – Fachbereich Soziale Arbeit und Pflege
Fachhochschule Vorarlberg GmbH / Dornbirn, Österreich
St. Augustinus Gruppe, Neuss, Deutschland
andrea.kuckert@fhv.at

Remmers, Ingo

B.Sc. Koordinator für Expertenstandards | IT-Prozesse
St. Augustinus Gruppe, Alexius / Josef Krankenhaus, Neuss
i.remmers@ak-neuss.de