

## 3.2 Darmmanagement in der Pflege – Maßnahmen bei Stuhlinkontinenz

Das Darmmanagement beinhaltet alle Maßnahmen für einen gesunden Darm, eine gesunde Ausscheidung und schließlich zur Vermeidung einer Stuhlinkontinenz. Dazu zählen z. B. die Regulierung des Stuhlgangs, genügend Zeit für den Toilettengang einzuplanen sowie eine gesunde Ernährung. Betroffene können mithilfe eines effektiven Darmmanagements die Kontinenzförderung unterstützen.

Dem sollte eine Anamnese sowie ärztliche Diagnostik der Stuhlinkontinenz vorausgehen, wobei der Arzt in das Darmmanagement einbezogen wird.

### 3.2.1 Risikoeinschätzung

An erster Stelle stehen hierbei die Wahrnehmung und das Erkennen des Problems. Pflegebedürftige ältere Menschen, die z. B. in einer Pflegeeinrichtung leben, werden vom Pflegepersonal zu ihren Stuhlgewohnheiten bzw. zum Kontinenzproblem befragt. Hilfreich kann dabei die „Gradeinteilung“ sein, die im Kapitel 1.2 beschrieben wurde. Die Betroffenen können dazu Angaben machen, wie sie ihr Kontinenzproblem einschätzen. Außerdem werden sie nach der Häufigkeit des Stuhlverlusts befragt sowie nach den Auswirkungen auf ihre Lebensqualität. Zu berücksichtigen ist auch das Ausmaß der Beeinträchtigungen.

Folgende relevante Informationen werden gesammelt, um diese dem Hausarzt mitteilen zu können, z. B.:

- ▶ Wann wurde die Stuhlinkontinenz festgestellt?
- ▶ Welche Hilfsmittel werden genutzt? Wie ist der Erfolg?
- ▶ Wie reagiert der Bewohner/Patient auf die Stuhlinkontinenz? Ist er offen im Umgang mit dem Problem oder streitet er die Inkontinenz ab?
- ▶ Es wird ggf. ein Stuhlprotokoll geführt, in dem alle relevanten Informationen dokumentiert werden.

Wichtige Kriterien für das Stuhlprotokoll sind:

- ▶ Zeitpunkte der Entleerungen
- ▶ Menge und Konsistenz des Stuhls
- ▶ Mögliche auslösende Faktoren für einen unwillkürlichen Stuhlabgang (Stress, Durchfall usw.)
- ▶ Wirkungsweise des Inkontinenzmaterials
- ▶ ggf. Stuhlschmierer

#### PRAXISTIPP

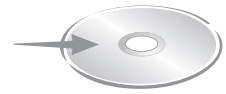
Auch die Stuhlinkontinenz ist ein sehr privates Thema, über das nicht gern gesprochen wird. Dabei gelten die gleichen Kommunikationsregeln wie bei der Harninkontinenz. Es empfiehlt sich, dass nur dem Bewohner/Patienten vertraute Pflegepersonen das Erstgespräch führen.

Ein sogenanntes Stuhltagebuch, das vom Betroffenen selbst bzw. von Pflegepersonen geführt wird, kann dabei hilfreich sein, Stuhlgewohnheiten zu objektivieren.

Eine „normale“ Stuhlentleerung muss nicht täglich erfolgen. Von ein- bis dreimal täglich bis zu einmal alle drei Tage ist völlig normal. Wenn dann der Stuhlgang einmal dünnflüssig ist, handelt es sich nicht gleich um Diarrhoe. Wenn man nicht täglich Stuhlgang hat, handelt es sich nicht automatisch um eine Obstipation. Das bedeutet, dass auch häufige Darmentleerungen bei normaler Stuhlkonsistenz und leichter Defäkation nicht therapiert werden müssen.

Es kommt in der Pflege nicht selten vor, dass ältere Menschen (subjektiv) über Obstipation oder Diarrhoe klagen, obwohl objektiv gesehen Häufigkeit und Konsistenz im Normbereich liegen. Es ist Aufgabe Pflegenden, auf Anzeichen einer Inkontinenz zu achten und ggf. diagnostische Maßnahmen in die Wege zu leiten (s. Kap. 2.2).

Tabelle 3.2-1 fasst die wesentlichen Kriterien zusammen, auf die Pflegenden im Rahmen der Anamnese achten sollten. Sie bilden eine wichtige Grundlage für die weitere Diagnostik und Therapie sowie für kontinenzfördernde Maßnahmen.



Stuhltagebuch  
siehe CD-ROM

<b>Anhaltende Veränderungen der Stuhlfrequenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• häufiger Wechsel der Stuhlkonsistenz, z. B. bei Reizdarmsyndrom, aber auch bei Überlaufinkontinenz bei Obstipation</li> </ul>
<b>Ernährungs- und Trinkgewohnheiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. bei Diarrhoe und Obstipation</li> </ul>
<b>Blut im Stuhl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. kann frisches Blut auf Hämorrhoiden hinweisen, Blut und Schleim auf einen Rektumprolaps, frisches und dunkles Blut auf ein Karzinom</li> </ul>
<b>Pressen beim Stuhlgang und erschwerte Darmausscheidung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. kann bei Beckenbodenschwäche die Defäkation unter starker Anstrengung stattfinden</li> </ul>
<b>Kann der Betreffende zwischen Stuhl und Wind unterscheiden?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. ist manchmal der Stuhl flüssig und gleichzeitig gehen Winde ab, was nicht auf eine Inkontinenz hindeuten muss</li> </ul>
<b>Medikamente, die die Darmfunktion beeinflussen können</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstipation z. B. bei Anticholinergika, Diuretika, Antidepressiva</li> <li>• dünnflüssiger Stuhl z. B. bei Antibiotika</li> </ul>
<b>Erkrankungen, die eine Kontinenzproblematik zur Folge haben können</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. neurologische Erkrankungen, Diabetes mellitus, psychische Erkrankungen</li> </ul>
<b>Selbstständigkeit bei den ABEDLs, vor allem Mobilität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. bei Transfers oder/und Toilettengang auf Hilfe angewiesen</li> <li>• Kleidung kann nicht geöffnet werden</li> </ul>
<b>Schmerzen beim Stuhlgang</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, chronischer Obstipation, Hämorrhoiden</li> </ul>
<b>Hautprobleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. Hautdefekte bei Durchfallerkrankungen</li> </ul>
<b>Psychosoziale Faktoren, Auswirkungen der Kontinenzproblematik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst, Scham, Rückzug</li> </ul>

Tab. 3.2-1 Kriterien für die Anamnese (vgl. Mair 2013, S. 160ff)

Aus diesen Informationen kann sich dann ggf. eine weitere Diagnostik anschließen bzw. eine entsprechende Therapie (s. Kap. 2.2). An erster Stelle steht die Behandlung der Grunderkrankungen, die zu einer Stuhlinkontinenz führen können.

### 3.2.2 Maßnahmen zur Darmregulation

Grundsätzlich ist die Regulierung des Stuhlgangs als kontinenzfördernde Maßnahme obligatorisch, und feste Rituale, z. B. ein Glas Wasser am Morgen, eine Tasse Kaffee, ausreichend Zeit auf der Toilette oder etwas zu lesen, können zur Regulierung des Stuhlgangs beitragen. Dies sollte auch beispielsweise in Pflegeeinrichtungen zum Alltag gehören.

Zum Darmmanagement gehören auch stuhlregulierende Maßnahmen, die Vermeidung von Kotverhalten bzw. Obstipation sowie die Verhinderung von Durchfällen. Den Stuhlgang zu regulieren bedeutet, einen geschmeidigen Stuhl zu produzieren, der ohne Druck, ohne starkes Pressen abgesetzt werden kann. Bei Durchfällen kann mit nicht blähenden und eindickenden Substanzen Abhilfe geschaffen werden. Es sollte dennoch ärztlicher Rat eingeholt werden.

#### Ernährung und Flüssigkeit

Ein wesentlicher Bestandteil des Darmmanagements ist die Ernährung.

**WICHTIG!**

Stuhlinkontinenz kann häufig durch eine ballaststoffreiche Ernährung positiv beeinflusst werden.

Grundsätzlich gibt es zwar keine spezielle Ernährung bei Stuhlinkontinenz, aber durch eine gesunde, ausgewogene Ernährung ist vor allem bei einer frühen und leichten Form der Stuhlinkontinenz eine normale Stuhlregulation möglich.

Betroffene sollten sich überlegen, wie sie den Anteil an Ballaststoffen in ihrer Nahrung erhöhen können, welche Nahrungsmittel ihnen bekommen und welche nicht. Auch die Ernährungsgewohnheiten und Unverträglichkeiten sollten im Stuhltagebuch dokumentiert werden, um Informationen zum Ernährungsprogramm zu erhalten.

Erfahrene Ernährungsberater können die Patienten bei der Entwicklung eines individuellen Ernährungsplans unterstützen.

In Pflegeeinrichtungen o. Ä. sollten auch Pflegenden darauf achten, dass die Bewohner/Patienten Nahrungsmittel zu sich nehmen, die die Verdauung fördern, die nötigen Nährstoffe liefern und die verträglich sind. Außerdem sollte auf ausreichend Flüssigkeit und Bewegung geachtet werden.

Häufig leiden ältere Menschen unter Stuhlgangproblemen, da sie kaum Bewegung haben, zu wenig trinken und kaum Ballaststoffe zu sich nehmen. Andererseits gibt es Bewohner/Patienten, die Nahrungsmittel zu sich nehmen, die sie nicht vertragen, die dann Magen-Darm-Beschwerden, z. B. mit Diarrhoe, zur Folge haben.

Wenn das Schließmuskelsystem bereits geschwächt ist, kann Durchfall zu Stuhlinkontinenz führen.

Ballaststoffreiche Lebensmittel sind z. B.:

- ▶ Vollkornprodukte (z. B. Vollkornbrot, Vollkornnudeln)
- ▶ Vollkornprodukte mit Zusatz von Kleie (z. B. Weizenkleie, Haferkleie)
- ▶ Hülsenfrüchte (z. B. Bohnen, Linsen)
- ▶ Nüsse (z. B. Erdnüsse, Haselnüsse, Walnüsse, Mandeln)
- ▶ Getreideflocken (z. B. Haferflocken, Weizenflocken)
- ▶ Naturreis (Reis mit Schale, im Gegensatz zum weißen polierten Reis)
- ▶ Obst und Gemüse

Bei einer leichten Form der Stuhlinkontinenz kann eine Änderung der Ess- und Trinkgewohnheiten eine Linderung der Beschwerden bewirken.

Betroffene mit einer mittleren und fortgeschrittenen Stuhlinkontinenz sollten auf ballaststoffreiche und blähende Nahrungsmittel verzichten, da diese zu einer erhöhten Stuhlfrequenz mit dünnflüssigem Stuhl führen können. Auf blähende Speisen sollte je nach Verträglichkeit ebenfalls verzichtet werden, damit nicht ungewollt unnötige Winde, eventuell mit Stuhl, entweichen können.

### PRAXISTIPP

Aus diesem Grund sollten Betroffene bzw. auch Pflegenden Nahrungsmittel ganz genau auf ihre individuelle Verträglichkeit überprüfen, damit Verdauungsprobleme wie Verstopfungen oder Durchfälle vermieden werden. Insbesondere gilt das für Patienten mit chronischen Darmerkrankungen wie eben Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa.

Ebenso können alkoholische Getränke und Kaffee die Stuhlfrequenz und Stuhlkonsistenz negativ beeinflussen und dadurch Inkontinenz fördern. Die stimulierende Wirkung von Koffein fördert den Transport des Stuhls, das heißt, der Transport des Stuhls geht schneller, und gleichzeitig wird die Aufnahme von Flüssigkeit im Darm vermindert. Die Folge sind Durchfälle. Nikotin soll eine ähnliche darmstimulierende Wirkung haben. Künstliche Süßstoffe können die Stuhlkontrolle potenziell ebenso beeinträchtigen, da sie den Stuhl weich machen. Sie sind in kalorienarmen Nahrungsmitteln und Getränken enthalten.

Zu beachten ist, dass die Nahrung nicht unter Stress und Zeitdruck aufgenommen und zu schnell gegessen, „geschlungen“, wird. Bewohner/Patienten sollten sich zum Essen immer genügend Zeit nehmen und die Nahrung gut kauen können, denn die Verdauung beginnt bereits im Mund.

Durch den hohen Faseranteil in Ballaststoffen dehnt sich die Darmwand aus und das Stuhlvolumen vergrößert sich. Die Darmtätigkeit, Peristaltik, wird anregt und der Stuhl erhält eine weiche, geformte Konsistenz und kann somit ohne großen Druck abgesetzt werden. Faserstoffe bieten auch einen guten Lebensraum für die Darmflora bzw. Darmbakterien, die Voraussetzung für wichtige Verdauungsprozesse sind.

Zur ballaststoffreichen Ernährung muss ausreichend getrunken werden, denn nur mit ausreichend Flüssigkeit können die Pflanzenstoffe gut quellen, und der Stuhl wird gleitfähiger.

### PRAXISTIPP

Bei einer fortgeschrittenen Stuhlinkontinenz kann eine ballaststoffreiche Ernährung zu dünnflüssigen Stühlen führen. Dann ist eher ein Eindicken des Stuhls erforderlich sowie eine gezielte Darmentleerung (z. B. durch Zäpfchen). Auf jeden Fall ist eine Obstipation zu verhindern, da flüssiger Stuhl auslaufen kann.

Eine Stuhlverstopfung kann verschiedene Ursachen haben, z. B.:

- ▶ falsche Ernährung mit einem Mangel an Ballaststoffen
- ▶ Umstellung der Ernährung, etwa durch einen Heimeinzug
- ▶ Flüssigkeitsmangel
- ▶ zu geringe körperliche Bewegung
- ▶ Missbrauch von Laxanzien (Abführmittel), Sedativa (Beruhigungsmittel), Antihypertonika (Blutdrucksenker), Hypnotika (Schlafmittel), Analgetika (Schmerzmittel) oder Diuretika (Entwässerungsmittel)
- ▶ Entzündungen im Darmbereich
- ▶ Unterdrückung des Stuhlgangs
- ▶ Psychische Ursachen wie Stress oder der innerliche Widerwille, eine fremde Toilette oder Steckbecken zu nutzen
- ▶ psychische Leiden wie Depressionen, Psychosen oder Neurosen
- ▶ neuronale Erkrankungen wie Lähmungen, Morbus Parkinson, Wachkoma

Grundsätzlich sind Abführmittel nicht geeignet, dauerhaft einen regelmäßigen Stuhlgang herbeizuführen oder gar in den Tagesablauf integriert zu werden. Besonders durch darmstimulierende Präparate (Laxantien im engeren Sinne) kann der Darm Wasser und Salze (Elektrolyte) verlieren.

Eine Obstipation sollte ohne ärztlichen Rat niemals über längere Zeit mit Einläufen oder Abführmitteln behandelt werden. Sie kann auch das Symptom einer anderen Erkrankung sein. Vor einer eventuellen Eigenbehandlung steht immer erst die Diagnose durch einen Arzt.

### WICHTIG!

In erster Linie sollte bei einer Obstipation auf die Ernährung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, regelmäßige körperliche Bewegung sowie Lebens- und Stuhlgewohnheiten geachtet werden (Obstipationsprophylaxe).

Darm- und Blasenentleerung können sehr empfindlich auf den Lebensrhythmus reagieren, auch auf Veränderungen. So kann es in stressigen Situationen entweder zu vermehrten oder verminderten Stuhlausscheidungen kommen, z. B., wenn man sehr aufgeregt ist oder sich in einer anderen Umgebung (z. B. Urlaub, Pflegeheim, Krankenhaus) befindet. Möglicherweise tritt eine Stuhlinkontinenz direkt nach dem Heimeinzug auf und ist dann ein Indiz für seelische Beeinträchtigungen. Stuhlinkontinenz kann vom Wunsch des Betroffenen nach mehr Beachtung ausgelöst werden. Der Bewohner bzw. Patient erzwingt (häufig unbewusst) durch einen vermeintlich unwillkürlichen Stuhlabgang die Aufmerksamkeit einer Pflegekraft. Die psychosoziale Betreuung des Bewohners/Patienten ist dann zu verbessern und Kontakte zu Mitbewohnern sind ggf. zu intensivieren. Wenn die Stuhlinkontinenz die Folge von Spannungen zur Bezugspflegerkraft ist, könnte ein Wechsel notwendig sein.

### *Bewegung*

Regelmäßige Bewegung ist eine wesentliche kontinenzfördernde Maßnahme sowie ein wichtiger Aspekt der Obstipationsprophylaxe. Bewohner/Patienten sollten an möglichst vielen körperlichen Aktivitäten teilnehmen, wie etwa der Gymnastikstunde usw. Des Weiteren sollten die Betroffenen viele Spaziergänge unternehmen. Immobile Personen werden im Bett mobilisiert, etwa durch Gymnastik und insbesondere durch Bauchmuskeltraining.

### 3.2.3 Toilettentraining

Zur Kontinenzförderung gehört, wie auch bei der Harninkontinenz, ein regelmäßiges Toilettentraining.

Bei der Stuhlinkontinenz wird das Toilettentraining ähnlich wie bei der Harninkontinenz durchgeführt; der Betroffene versucht, den Darm regelmäßig zu leeren und zwar immer zur selben Zeit. Viele Menschen gehen beispielsweise morgens nach dem Aufstehen oder nach dem Frühstück zur Toilette, dieser Rhythmus sollte immer beibehalten werden.

Toilettentraining bedeutet nichts anderes, als täglich zu einer gewohnten Zeit den Versuch zu unternehmen, den Darm zu leeren, bzw. neue Gewohnheiten einzuüben und den Darm somit neu zu trainieren.

Bei einer Stuhlinkontinenz bzw. wenn der Darm „aus dem Takt“ geraten ist, kann es einige Monate Geduld und Ausdauer erfordern, bis die Darmentleerung wieder zufriedenstellend funktioniert. Betroffene sollten nicht zu früh aufgeben, sondern die Hilfe eines Arztes in Anspruch nehmen, wenn der Erfolg zunächst ausbleibt.

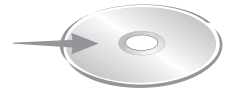
Betroffene können ihr Toilettentraining selbst planen, in den Alltag integrieren und so einen eigenen Rhythmus finden bzw. das Toilettentraining wird in den Pflegealltag integriert. Dabei spielt die Selbst- bzw. Fremdbeobachtung des Stuhlverhaltens eine wichtige Rolle. Die Gewohnheiten zum Stuhlverhalten sollten dokumentiert werden. Es empfiehlt sich, ein Stuhltagebuch zu führen und alles, was mit der Stuhlinkontinenz zu tun hat, zu notieren. Betroffene sollten ihren Körper dabei intensiv wahrnehmen, sozusagen auf ihn hören und Veränderungen aufschreiben.

Neben dem Toilettentraining ist auf eine gesunde Ernährung, ausreichend Flüssigkeit und ausreichend Bewegung zu achten. Beachtet werden sollte auch, dass man den Stuhlgang nicht durch lange „Sitzungen“ und heftiges Pressen erzwingen sollte. Zu Beginn können Abführzäpfchen die Stuhlentleerung unterstützen. Nach etwa zwei bis drei Wochen kann die Darmentleerung ohne Abführzäpfchen durchgeführt werden. Der Darm hat sich in dieser Zeit bereits oft an die Regelmäßigkeit der Entleerung gewöhnt.

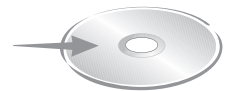
Der Betroffene wird zu regelmäßigen Zeiten auf die Toilette geführt und gebeten, den Darm zu entleeren. Dieses kann etwa immer 30 Minuten nach einer bestimmten Mahlzeit erfolgen und zwar unabhängig vom Stuhldrang. Dabei sind immer die individuellen Gewohnheiten des Bewohners zu berücksichtigen. Ggf. kann die Entleerung mit einem geeigneten Zäpfchen angeregt werden. Zunächst wird versucht, täglich einen Stuhlgang zu etablieren, danach kann die Frequenz auf drei bis vier Stühle pro Woche reduziert werden.

Die Person wird ermuntert, ihren Darm zu regelmäßigen Zeitpunkten zu entleeren. Die Anzahl der Stühle pro Woche muss den Gewohnheiten des Bewohners entsprechen. Sie wird ermuntert, bei Stuhldrang frühzeitig die Toilette aufzusuchen. Falls sie dieses selbstständig nicht kann, soll sie klingeln und nicht abwarten.

Eine Abneigung gegen die (fremde) Toilette oder Steckbecken wird im persönlichen Gespräch zwischen Betroffenen und Bezugspflegerkraft thematisiert. Wichtig ist auch, den Menschen mit einem Kontinenzproblem auf der Toilette ausreichend Zeit zu lassen.



*Durchführung  
Toilettentraining  
siehe CD-ROM*



*Stuhltagebuch  
siehe CD-ROM*

#### PRAXISTIPP



### *Training zur täglichen Stuhlentleerung*

- ▶ Der Patient trainiert, immer zur gleichen Tageszeit zur Toilette zu gehen, z. B. morgens nach dem Frühstück.
- ▶ Beim Stuhlgangtraining ist unbedingt auf den Schutz der Intimsphäre zu achten.
- ▶ Der Patient lernt, sich beim Stuhlgang zu entspannen und abzulenken, z. B. durch Zeitung lesen, Kreuzworträtsel lösen, Musik hören usw.
- ▶ Er lernt, sich genügend Zeit für die Stuhlentleerung zu nehmen, zu Beginn kann eine Sitzung ungefähr 20 bis 30 Minuten dauern.
- ▶ Der Patient lernt, dass eine Bauchmassage die Stuhlentleerung fördern kann. Auch eine Reflexzonenbehandlung kann eine positive Wirkung haben.
- ▶ Der ältere Mensch lernt außerdem, Geduld zu haben, ein Training dauert ungefähr drei Wochen, bis es Erfolg zeigt. Medikamente mit obstipierender („stopfender“) Wirkung können sich in Kombination mit planmäßigen, regelmäßigen Stuhlentleerungen mittels Klistier und Rektalsuppositorien vor allem bei älteren Patienten als vorteilhaft erweisen (vgl. Werner 2012).

## 3.2.4 Irrigation

Der Einlauf mittels Irrigation dient der Darmentleerung, Darmreinigung, Entgiftung und Darmmotilität. In der Naturheilkunde hat der Einlauf einen festen Platz, da Heilpraktiker und Ärzte der Naturheilkunde häufig Einläufe gegen Obstipation und zur Reinigung des Darms verschreiben. Ein Beispiel ist die sogenannte „Colon Hydro Therapie“, bei der der Darm mit warmem Wasser gespült wird (Abbildung 3.2-1).



**Abb. 3.2-1** Irrigatorset

Bei der Irrigation wird der Enddarm mithilfe eines Irrigators täglich oder jeden zweiten Tag mit lauwarmem Wasser gespült und gereinigt. Der Irrigator ist ein Wasserbehälter mit einem Schlauch, der in den Enddarm eingeführt wird, sodass das Wasser ohne Druck in den Enddarm läuft.

Die Irrigation sollte in jedem Fall vorher mit dem Arzt besprochen werden, falls es doch medizinische Kontraindikationen gibt. Dies ist z. B. der Fall, wenn entzündliche Darmerkrankungen, Veränderungen des Dickdarms oder des Rektums vorliegen. Liegt keine Kontraindikation vor, ist diese Methode einfach und auch entspannend für den Darm. Blähungen und Winde können deutlich vermindert oder sogar ganz verhindert werden. Wohlbefinden und Lebensqualität verbessern sich ebenfalls.

Besonders empfehlenswert ist eine Irrigation bei Menschen mit neurologisch bedingten Darmentleerungsstörungen, z. B. nach Apoplex oder bei Multipler Sklerose. Diese Patienten können mithilfe dieser Methode kürzere Darmentleerungszeiten, verminderte Obstipation sowie eine Kontinenz erreichen. Das System der Irrigation sollte so gewählt werden, dass es der Betroffene selbstständig auf der Toilette anwenden kann, z. B. mittels Schwerkraft, mechanisch oder elektrisch per Wasserpumpe.

Der Irrigator besteht aus einem Behälter mit Schlauchanschluss, einem Verbindungsschlauch und einem Ventil mit Kanüle. Irrigatorgefäße sind aus bruchstärkerem Kunststoff gefertigt. Teurer, aber hygienisch vorteilhafter ist der Irrigator aus Edelstahl. Die Irrigatoren sind mit 1-Liter- bzw. 2-Liter-Gefäßen erhältlich. Alle Teile des Irrigators sind sterilisierbar und werden mehrfach verwendet. An das Ventil kann häufig auch ein Einmaldarmrohr angeschlossen werden, mit dem auch höhere Darmabschnitte erreicht werden. In jedem Fall dehnt sich beim Einlaufen des Wassers der Darm und die Peristaltik wird angeregt. Zur gewünschten Zeit kann der Dickdarm so entleert werden, dass in den nächsten 24 Stunden keine „unkontrollierte“ Darmentleerung zu erwarten ist. Denn die Irrigation führt zu einer vollständigen Stuhlentleerung, die bei konsequenter Anwendung eine Entleerung bis zum Kolon transversum (Querkolon) sicherstellt.

Kann der Betroffene die Irrigation regelmäßig selbst durchführen, ist eine steuerbare Stuhlentleerung möglich. Irrigationssysteme und das benötigte Verbrauchszubehör sind anerkannte Inkontinenzhilfsmittel und werden von den Krankenkassen erstattet. Ein Rezept dafür erhalten die Betroffenen von ihrem behandelnden Arzt nach eingehender Untersuchung auf Kontraindikation (vgl. Werner 2012).

### 3.2.5 Beckenbodentraining

Auf die Bedeutung des Beckenbodens für die Kontinenzleistung wurde bereits bei der Harninkontinenz hingewiesen.

Regelmäßiges Beckenbodentraining gehört auch zum Darmmanagement. Spezielle Übungen zur Kontinenzförderung betreffen vor allem den Analschließmuskel. Dabei wird der Sphincter (Schließmuskel) angespannt und entspannt. Die Straffung der Beckenbodenmuskeln ermöglicht es den Betroffenen, den Stuhlabgang besser kontrollieren zu können.

Das Beckenbodentraining ist nur bei regelmäßiger Durchführung und unter Anleitung erfahrener Therapeuten erfolgreich.

**WICHTIG!**



Wenn den Patienten die Beckenbodenmuskulatur nicht bewusst ist und sie keine Anspannung spüren, kann das Biofeedback helfen, die Sensibilität und Kontrolle über diese Muskeln zu erlangen.

Bereits aus anatomischen Gründen ist es nicht möglich, alle wichtigen Strukturen des Beckenbodens und den Schließmuskel alleine mithilfe der Beckenbodengymnastik zu kräftigen. Die glatte Muskulatur des inneren Schließmuskels ist den willkürlichen Übungen nicht zugänglich. Aber auch die quergestreiften Muskelanteile des Beckenbodens und des äußeren Schließmuskels bestehen zu einem großen Teil aus langsamen Muskelfasern, die mit gymnastischen Übungen nur schwer zu erreichen sind. Sinnvoll ist es daher, die glatten Muskelanteile mit Strom zu stimulieren.

### 3.2.6 Elektrostimulation

Die Elektrostimulation zielt auf einen Aufbau der Muskelkraft ab. Dabei werden Elektroden im After platziert. Die Elektroden sorgen mithilfe von elektrischen Impulsen für eine leichte Stimulation der Muskeln. Diese werden zusammengezogen und wieder entspannt, wobei sich die Muskelspannung erhöht. Sphincter und Beckenboden kontrahieren und bewirken damit ein Wachstum der Muskeln.

Es ist ein lebenslanges Training nötig, jedoch können leichte Formen der Stuhlinkontinenz bei regelmäßiger Anwendung verbessert oder sogar geheilt werden. In einer schrittweisen Behandlung wird die Elektrostimulation kombiniert mit aktiven Anspannungsübungen und kann im nächsten Schritt in eine dauerhafte Biofeedback-Behandlung übergehen.

#### PRAXISTIPP

Sphinctertraining (durch Krankengymnastin): Dabei wird mit dem Bewohner das willkürliche Anspannen des Schließmuskels trainiert. Der Bewohner soll dafür seinen Schließmuskel mehrfach zusammenkneifen. Ggf. wird der Einsatz einer Reizstromtherapie geprüft. Voraussetzung für das Training ist die Einsichtsfähigkeit des Bewohners und der Wille zur Kooperation.

### 3.2.7 Biofeedback

Bei der Feedback-Therapie misst eine Sonde den Druck im Analkanal, den der Schließmuskel bei der Kontraktion aufbringt. Optische und akustische Signale machen dann den Druck deutlich. Somit kann festgestellt werden, ob die richtigen Muskeln angespannt werden und wie stark die Kontraktion ist. Das Biofeedback wird bei Grad I und II der Stuhlinkontinenz angewandt. Idealerweise wird das Biofeedback mit dem Beckenbodentraining kombiniert.