

# Auf das Assessment kommt es an

**Stuhlinkontinenz** Patienten mit Stuhlinkontinenz befinden sich in einer schwierigen gesundheitlichen Situation. Um diese zu bewältigen, benötigen sie eine fachkundige pflegerische Beratung. Diese erfolgt auf Grundlage der Probleme und Ressourcen, die als Ergebnis aus der Informationssammlung hervorgehen. Assessmentinstrumente und Scores sind hilfreich, um die Stuhlinkontinenz systematisch einzuschätzen und geeignete Maßnahmen abzuleiten.

Von Barbara Schubert

Herr W. musste sich vor zwei Jahren wegen eines tief sitzenden Rektumkarzinoms einer Darmoperation unterziehen. Der Tumor konnte vollständig entfernt werden, allerdings wurden während der Operation die Schließmuskeln des 73-Jährigen in Mitleidenschaft gezogen. Seit dem bleibt ihm, sobald er Stuhldrang verspürt, kaum Zeit zum Aufsuchen der Toilette. Immer häufiger kommt es daher zu inkontinenten Ereignissen. Die damit verbundenen Gerüche sind Herrn W. sehr unangenehm, sodass er sich kaum noch aus dem Haus traut. Seine Einkäufe erledigt er erst am späten Vormittag, nachdem er seinen Darm mehrfach entleert hat. Zum Kegeln geht er gar nicht mehr, nachdem er dort mehrfach seine Wäsche wechseln musste.

## Ziele festlegen, Maßnahmen planen

Das fiktive Fallbeispiel zeigt, dass Stuhlinkontinenz häufig mit gravierenden Problemen für die Betroffenen verbunden ist. Wie bei Herrn W. haben viele Betroffene einen langen Leidensweg hinter sich, bevor

sie sich hilfeschend an eine Fachperson wenden. Bei der Förderung der Stuhlinkontinenz spielt eine fachkundige, empathische Beratung eine besonders große Rolle. Sie erfolgt, wie überall in der Pflege, auf Grundlage der Probleme und Ressourcen. Diese gehen als Ergebnis aus der Informationssammlung hervor.

Am Anfang steht das Gespräch zwischen der betroffenen Person und der Pflegeperson. Auch wenn einige Fragen für die Patienten unangenehm sind, sind sie für die Festlegung von Pflegezielen und die Planung zielführender Maßnahmen unerlässlich.

Zunächst ist es wichtig, dass die Gespräche in einer ungestörten Atmosphäre stattfinden und auf eine wertschätzende Weise geführt werden, damit die Betroffenen Vertrauen aufbauen können. Eine einleitende Aufforderung – etwa mit den Worten „Sagen Sie mir bitte, bis wann die Welt für Sie in Ordnung war“ – kann helfen, einen guten Gesprächseinstieg zu finden.

Die Ergebnisse des Gesprächs sollten mit den Betroffenen besprochen werden und eine Konsequenz haben. Denn schließlich geht es

nicht darum, Akten zu füllen, sondern die Informationen als Basis für die Einleitung geeigneter Pflegemaßnahmen zu nutzen. Eine Checkliste zum Führen eines Anamnesegesprächs ist in Abbildung 1 dargestellt.

## Assessmentinstrumente gezielt einsetzen

Wenn die gesammelten Informationen sorgfältig ausgewertet wurden, werden in Absprache mit den Betroffenen konkrete Maßnahmen zur Förderung der Stuhlinkontinenz festgelegt. Die Aussagekraft der gesammelten Informationen kann möglicherweise dadurch limitiert sein, dass die Angaben innerhalb von Anamnesegesprächen häufig aus dem Gedächtnis stammen und deshalb ungenau sein können.

Der Einsatz von Assessmentinstrumenten und Scores kann dieses Problem beheben. Ein Stuhlprotokoll oder Stuhltagebuch beispielsweise liefert exakte und objektive Auskünfte zu den individuellen Gewohnheiten und Beschwerden sowie der Häufigkeit inkontinenter Ereignisse. Die Betroffenen führen das



Foto: iStock.com/Highwaystars-Photography

Protokoll über mehrere Tage und bringen es zur anschließenden Auswertung mit zum Beratungsgespräch. Dafür ist eine einfache Tabelle, in die unter Angabe der Uhrzeit Symbole eingetragen werden, völlig ausreichend. Eine Legende vereinfacht das Ausfüllen; sehr individuelle Beschwerden können durch die Erweiterung um zusätzliche Symbole mitefassen werden. Abbildung 2 zeigt, wie ein Wochenprotokoll beispielhaft aussehen kann.

### Welche Scores sind hilfreich?

Darüber hinaus gibt es zwei einfache Scores, die bei Patienten mit Stuhlinkontinenz angewendet werden können: der CACP-Score und der CCS-Score.

Diese standardisierten Instrumente dienen der Erfassung und Verlaufsdokumentation der Stuhlinkontinenz und erlauben eine objektive Beurteilung von Veränderungen über die Zeit. Sie sind einfach und schnell durchführbar und erleichtern den fachlichen Austausch zum Beispiel mit Ärzten. Mithilfe eines Punktesystems kann der Schwere-

- Seit wann besteht der unfreiwillige Stuhlverlust?
- Leidet der Betroffene gleichzeitig unter Harninkontinenz?

---

- In welchem Zusammenhang ist die Inkontinenz erstmals aufgetreten? (Schwangerschaft, Geburt, Schlaganfall, Operation etc.)
- Vermutet der Betroffene einen Zusammenhang zu der Entstehung der Inkontinenz?

---

- Wie stark ist die Stuhlinkontinenz ausgeprägt? (Winde, Stuhlschmierer, flüssiger oder fester Stuhl)
- Wurde die Inkontinenz im Laufe der Zeit stärker?

---

- Wie häufig und in welchen Situationen kommt es zum Stuhlverlust? (gelegentlich, täglich, Sport, Haushalts- und Gartenarbeiten etc.)

---

- Kommt es auch nachts zu inkontinenten Ereignissen?

---

- Wie stark ist der Stuhldrang?
- Wie viel Zeit bleibt vom Spüren des Drangs bis zum Aufsuchen der Toilette?

---

- Wie sind die individuellen Toilettengewohnheiten? (Defäkationshäufigkeit, Sitzdauer, Defäkationshaltung, Pressen, Beschwerden)

---

- Welche Konsistenz bzw. welche Form hat der Stuhl? (Hilfsmittel: Bristol-Stuhlformen-Skala)

---

- Werden Hilfsmittel verwendet? Falls ja, welche? (Vorlagen, Binden, „Taschentücher“, Ersatzkleidung)

---

- Werden Abführmittel oder Stuhlweichmacher eingenommen?

---

- Wie sind die Ess- und Trinkgewohnheiten?

---

- Welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wurden bisher durchgeführt?
- Wie groß war der bisherige Behandlungserfolg?
- Gibt es ärztliche Unterlagen zur Ansicht?

---

- Wie groß ist der Leidensdruck? Gibt es Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung? Was belastet am meisten? Wie stark ist die Lebensqualität durch die Inkontinenz eingeschränkt?

---

- Was sind die Erwartungen an die Beratung bzw. Unterstützung?
- Wichtig: Möglichkeiten und Grenzen aufzeigen, gemeinsame Ziele entwickeln.

**Abb. 1**  
Checkliste Anamnesegespräch Stuhlinkontinenz

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
...							
5:00							

**Symbole:**  
 ++ kontrollierter Stuhlabgang, große Menge, kein Druckgefühl mehr  
 + kontrollierter Stuhlabgang, geringe Menge, anhaltendes Druckgefühl  
 - unkontrollierter Stuhlabgang, geringe Menge  
 -- unkontrollierter Stuhlabgang, mittelgroße Menge  
 --- unkontrollierter Stuhlabgang, große Menge

s Wäsche/Vorlage leicht verschmutzt  
 ss Wäsche/Vorlage stark verschmutzt  
 fe fester Stuhl  
 we weicher Stuhl  
 fl flüssiger Stuhl

**Abb. 2**  
Stuhlprotokoll

grad eingeschätzt werden. Die Scores können innerhalb eines Beratungsgesprächs von der Pflegeperson, aber auch vorab vom Betroffenen selbst ausgefüllt werden und dann als Gesprächseinstieg dienen. Einige Fragen aus der Anamnese-Checkliste sind dann bereits beantwortet, wodurch sich das Gespräch verkürzt.

Der Kontinenz-Score der deutschen AG für Coloproktologie (CACP) (Abb. 3) erfasst die Stuhlfrequenz, -konsistenz, -wahrnehmung, inkontinente Episoden sowie medikamentöse und/oder diätetische Einflussnahme durch die betroffe-

nen Personen. Für ihn gilt: Je geringer die Punktzahl, desto größer die Beschwerden. Eine wirksame Pflegemaßnahme erhöht die erreichte Punktzahl im Verlauf.

Der Cleveland-Clinic-Continence-Score (CCS) (Abb. 4) orientiert sich an der Einteilung nach Parks und erfasst die Stuhlkonsistenz bei unkontrolliertem Verlust und die Verwendung von Vorlagen. Darüber hinaus fragt er, wie häufig die Lebensgewohnheiten beeinflusst werden. Der Score gibt dadurch einen Hinweis darauf, wie stark sich die Stuhlinkontinenz auf die Lebensqualität des Betroffenen aus-

wirkt. Das Punktesystem verhält sich umgekehrt wie beim CACP-Score: Je mehr Punkte erreicht werden, desto größer ist das Problem. Hier bewirken greifende Pflegemaßnahmen eine Reduktion der Punktzahl.

### Großer praktischer Nutzen

Standardisierte Instrumente sind eine wesentliche Grundlage für eine evidenzbasierte Pflegepraxis (Spirig et al. 2007). Sie dienen der Einschätzung und Verlaufsbeobachtung von Patientenproblemen. In vielen Bereichen ist ihre Verwendung bereits fest etabliert. Die Ergebnisse sind objek-

Wie oft hatten Sie in den letzten 2 Wochen Stuhlgang?	1–2/Tag <b>2</b>	3–5/Tag <b>1</b>	> 5/Tag <b>0</b>
Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl überwiegend?	geformt <b>2</b>	breiig <b>1</b>	flüssig <b>0</b>
Verspüren Sie Stuhldrang?	gut <b>2</b>	schlecht <b>1</b>	nicht <b>0</b>
Können Sie Winde, flüssigen und festen Stuhl unterscheiden?	gut <b>2</b>	schlecht <b>1</b>	nicht <b>0</b>
Wie rasch müssen Sie nach Stuhldrang zur Toilette?	Minuten <b>2</b>	Sekunden <b>1</b>	sofort <b>0</b>
Wie oft finden Sie Stuhl in der Unterwäsche?	nie <b>4</b>	1–2/Monat <b>3</b>	1–2/Woche <b>2</b>
	> 3/Woche <b>1</b>	jeden Tag <b>0</b>	
Wie oft finden Sie Unterwäsche verschmiert? (sog. Bremsspuren)	nie <b>2</b>	gelegentlich <b>1</b>	regelmäßig <b>0</b>
Nehmen Sie Medikamente/Diät, um den Stuhl zu beeinflussen z. B. einzudicken?	ja <b>1</b>	nein <b>0</b>	

**Gesamt-Score: 0–6: inkontinent; 7–12: teilkontinent; 13–16: kontinent**

**Abb. 3**  
Kontinenz-Score der deutschen AG für Coloproktologie (CACP)

Wie oft verlieren Sie unkontrolliert festen Stuhl?	nie 0	< 1/Monat 1	> 1/Monat 2	> 1/Woche 3	Meist tägl. 4
Wie oft verlieren Sie unkontrolliert flüssigen Stuhl?	nie 0	< 1/Monat 1	> 1/Monat 2	> 1/Woche 3	Meist tägl. 4
Wie oft gehen unfreiwillig Winde ab?	nie 0	< 1/Monat 1	> 1/Monat 2	> 1/Woche 3	Meist tägl. 4
Wie oft tragen Sie eine Vorlage?	nie 0	< 1/Monat 1	> 1/Monat 2	> 1/Woche 3	Meist tägl. 4
Wie oft müssen Sie wegen „Stuhlproblemen“ Ihre Lebensgewohnheiten ändern?	nie 0	< 1/Monat 1	> 1/Monat 2	> 1/Woche 3	Meist tägl. 4
Wie oft finden Sie Stuhl in der Unterwäsche?	nie 0	< 1/Monat 1	> 1/Monat 2	> 1/Woche 3	Meist tägl. 4

**Maximale Punktzahl = 20. Je höher die Punktzahl, desto schwerer die Inkontinenz**

**Abb. 4**

Cleveland-Clinic-Continence-Score (CCS)

tiver und besser nachvollziehbar als die persönliche Einschätzung durch eine Pflegeperson. Die Errechnung einer Gesamtpunktzahl macht nicht nur den Schweregrad, sondern auch die Veränderungen im Zeitverlauf sichtbar.

Die in diesem Artikel vorgestellten Instrumente sind einfach und schnell einsetzbar. Sie helfen dabei, die Datenerhebung in Zusammenhang mit dem Phänomen der Stuhlinkontinenz nach fest vorgegebenen Kriterien zu strukturieren. Die Möglichkeit, Symbole zu verwenden und Kreuze zu machen, reduziert den Schreibaufwand und vereinfacht die Dokumentation. Außerdem erleichtern sie die Kommunikation sowohl mit dem Patienten als auch mit ande-

ren Berufsgruppen, da zum Beispiel Ärzte und Physiotherapeuten auch mit diesen Instrumenten arbeiten.

Die pflegerische Arbeit erhält durch die Anwendung der Instrumente mehr Transparenz. In der Dokumentation sind nicht nur Häufigkeit und Zeitpunkt pflegerischer Leistungen nachlesbar, sondern auch die Gründe für das Handeln. Dies hat im Rahmen der Qualitätsprüfung eine Bedeutung, liefert aber auch Argumente für die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen durch den Arbeitgeber. Vor allem aber erhält der Patient klare Auskunft über seinen Behandlungserfolg.

Herold, A.; Sprockamp, B.; Dlugosch, G. (2005): Stuhlinkontinenz. Berlin: Weingärtner.  
Ommer, A.; Herold, A.; Bussen, D. (2013):

Chirurgische Therapie der Stuhlinkontinenz. Chirurgische Allgemeine 14 (7–8), 445–454  
Probst, M.; Pages, H.; Riemann, J. et al. (2010): Stuhlinkontinenz. Deutsches Ärzteblatt 107 (34–35), 596–601  
Spirig, R.; Fierz, K.; Hasemann, W.; Vincenzi, C. (2007): Assessments als Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis. Pflege 20 (4), 182–184  
Wunderlich, M. (2005): Basisdiagnostik bei Stuhlinkontinenz. Journal für Urologie und Urogynäkologie 12 (Sonderheft 4), 12–14



**Barbara Schubert** ist Diplom-Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin und Physiotherapeutin. Sie gibt Seminare und Workshops zum Thema Kontinenzförderung.  
Mail: schubert@wokotu.de

## Pflegesymposium

Freitag, 27. Oktober 2017, 9.30 bis 16 Uhr

# Pflege bewegt – Bewegen Sie mit!

Vorträge, Podiumsdiskussion & Best Practices aus dem Klinikalltag

Der Pflegeberuf verändert sich. Welche Entwicklungen können wir mitgestalten?

Diskutieren Sie mit  
... Dr. Markus Mai, Präsident Landespflegekammer Rheinland-Pfalz  
... Andrea Kiefer, Vorsitzende DBfK-Südwest  
... und anderen

Teilnahme kostenlos.  
Für Verpflegung ist gesorgt.

Anmeldung bis 20. Oktober 2017 an  
pflegedirektion@rbk.de

Robert-Bosch-Krankenhaus  
Auerbachstraße 120, 70376 Stuttgart

**Programm:**  
[www.rbk.de/pflegesymposium](http://www.rbk.de/pflegesymposium)

**RBK**  
Robert-Bosch-Krankenhaus

**DBfK**  
Deutscher Berufsverband  
für Pflegeberufe

Robert Bosch Stiftung

