



**KLINIKEN DES
LANDKREISES**
Neustadt a.d. Aisch – Bad Windsheim

LERNPORTFOLIO

THEMA: VERDAUUNG UND HARNWEGE

Fach:

ULS

Schule:

Zentrum für Pflegeberufe | NEA

Vorgelegt von:

ABIR EL MOKRI

Kurs:

UK

Dozentinnen:

Frau Libutzki / Frau Frank

Abgabedatum:

19.01.2026

Inhaltsverzeichnis

Lernportfolio: Verdauung und Harnwege

	1
Aufgabenstellung	1
Theoretischer Teil	1
Beobachtung und Einschätzung (8 Pkt.)	6
Inkontinenz (12 Pkt.)	9
Selbstreflexion (5 Pkt.)	13
Literaturverzeichnis	14

Lernportfolio: Verdauung und Harnwege

Fach: ULS

GE: 02 LF.5-3

Thema: Verdauung/Harnwege

Generalistik: Kursjahr: UK

Dozent/in:

Datum:

Seite: 2 von 2

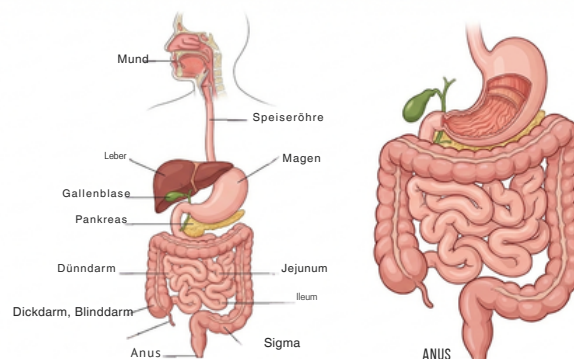
Aufgabenstellung

Situation: Sie befinden sich im Einsatz auf einer geriatrischen Station. Dort betreuen Sie mehrere Bewohner/innen mit Einschränkungen in der Harn- und Stuhlausscheidung. Ihre Aufgabe ist es, das theoretische Wissen über Anatomie und Physiologie mit der pflegerischen Praxis zu verknüpfen.

1. Theoretischer Teil

a) Aufbau und Funktion des Verdauungstraktes sowie der ableitenden Harnwege (12 Pkt.)

Der Verdauungstrakt Der Verdauungstrakt ist ein etwa 8-9 Meter langes Hohlorgan, das sich vom Mund bis zum After erstreckt. Seine Hauptaufgabe besteht darin, Nahrung mechanisch zu zerkleinern, chemisch aufzuspalten und die Nährstoffe für den Körper verfügbar zu machen.



Anatomischer Aufbau:

1. Mundhöhle (Cavitas oris) - Enthält Zähne zur mechanischen Zerkleinerung - Zunge dient dem Durchmischen und Weitertransport - Speicheldrüsen (Glandulae salivales): Parotis,

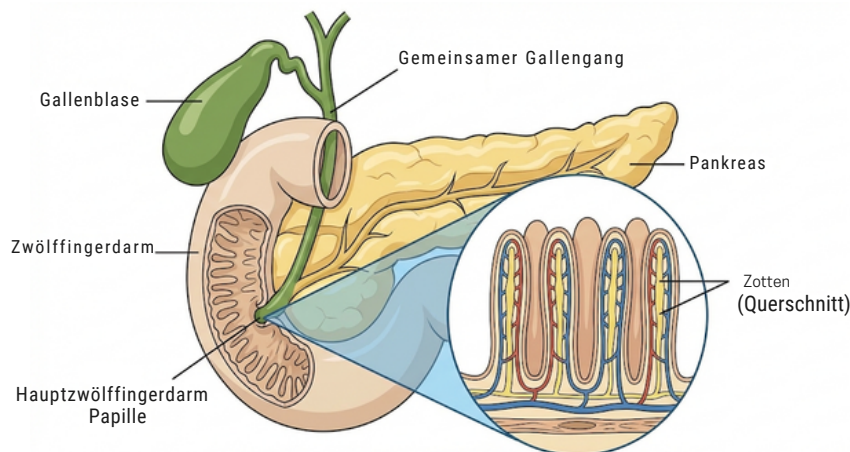
Submandibularis, Sublingualis - Speichel enthält α -Amylase zur Kohlenhydratspaltung und Muzine zur Gleitfähigkeit

2. Rachen (Pharynx) - Etwa 12-15 cm lang - Verbindung zwischen Mundhöhle und Speiseröhre
- Der Schluckakt ist ein komplexer reflektorischer Vorgang

3. Speiseröhre (Ösophagus) - Ca. 25 cm langer Muskelschlauch - Durchzieht das Mediastinum und das Zwerchfell - Transport durch peristaltische Wellen (Peristaltik) - Unterer Ösophagusphinkter verhindert Rückfluss von Magensäure

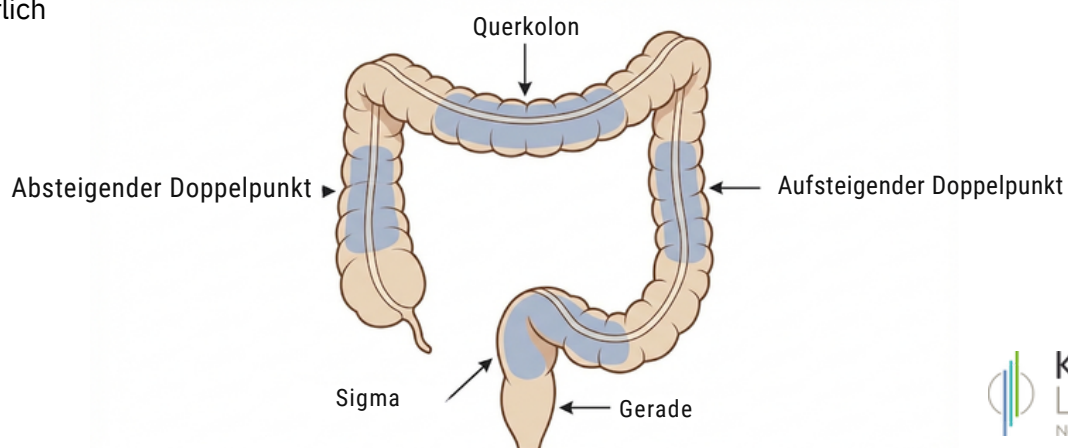
4. Magen (Gaster/Ventriculus) - Fassungsvermögen: 1,5-2 Liter - Liegt im linken Oberbauch - Funktionen: - Speicherfunktion (Reservoir) - Mechanische Durchmischung - Chemische Verdauung durch Magensaft (pH 1-2) - Magensaft enthält: - Salzsäure (HCl) zur Desinfektion und Proteindenaturierung - Pepsin zur Eiweißspaltung - Intrinsic Factor für Vitamin B12-Absorption - Verweildauer der Nahrung: 2-6 Stunden

5. Dünndarm (Intestinum tenue) - Gesamtlänge: 5-6 Meter - Unterteilung: - **Duodenum (Zwölffingerdarm)**: 25-30 cm, C-förmig, Einmündung von Gallen- und Pankreasgang - **Jejunum (Leerdarm)**: ca. 2,5 m, Hauptort der Nährstoffresorption - **Ileum (Krummdarm)**: ca. 3 m, endet am Blinddarm - Schleimhautfalten (Kerckring-Falten), Zotten und Mikrovilli vergrößern die Oberfläche auf 200 m² - Hauptfunktion: Enzymatische Spaltung und Resorption von Nährstoffen - Verdauungssäfte: - Pankreassekret: Lipasen, Amylasen, Proteasen, Bikarbonat - Galle: Emulgierung von Fetten - Darmeigene Enzyme: Disaccharidasen, Peptidasen



6. Dickdarm (Intestinum crassum) - Länge: ca. 1,5 m, Durchmesser: 6-8 cm - Abschnitte: - Blinddarm (Caecum) mit Wurmfortsatz (Appendix) - Aufsteigender Dickdarm (Colon ascendens) - Querverlaufender Dickdarm (Colon transversum) - Absteigender Dickdarm (Colon descendens) - S-förmiger Dickdarm (Colon sigmoideum) - Mastdarm (Rektum) - After (Anus) - Hauptfunktionen: - Wasserresorption (ca. 1-1,5 Liter täglich) - Elektrolytresorption (Natrium, Chlorid) - Synthese von Vitaminen durch Darmbakterien (K, B12, Folsäure) - Eindickung und Speicherung des Stuhls - Darmmikrobiom: ca. 10¹⁴ Bakterien (Darmflora)

7. Analsphinkteren - Innerer Schließmuskel (M. sphincter ani internus): glatte Muskulatur, unwillkürlich - Äußerer Schließmuskel (M. sphincter ani externus): quergestreifte Muskulatur, willkürlich



Die ableitenden Harnwege Die ableitenden Harnwege transportieren den in den Nieren gebildeten Urin nach außen und sind entscheidend für die Regulation des Wasser- und Elektrolythaushalts.

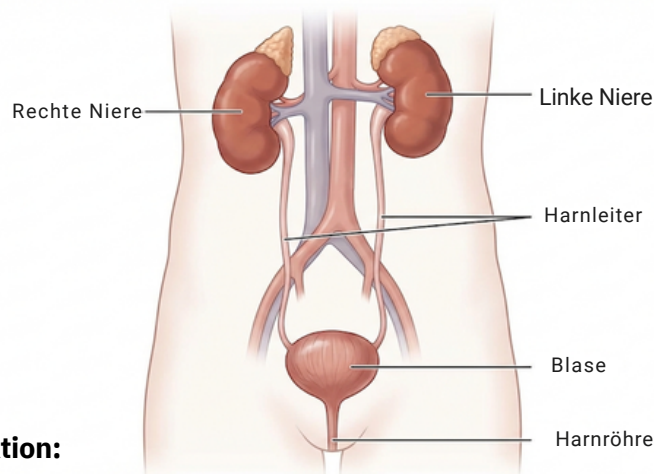
Anatomischer Aufbau:

1. Nierenbecken (Pelvis renalis) - Trichterförmige Erweiterung am Nierenhilus - Sammelt den Urin aus den Nierenkelchen - Geht in den Harnleiter über

2. Harnleiter (Ureter) - Paarig angelegt, je ca. 25-30 cm lang - Verbindet Nierenbecken mit Harnblase - Wandaufbau: Schleimhaut, glatte Muskulatur, Adventitia - Transport durch peristaltische Wellen (3-6x/Minute) - Verläuft retroperitoneal - Mündet schräg in die Harnblase (verhindert Rückfluss)

3. Harnblase (Vesica urinaria) - Hohlorgan im kleinen Becken - Fassungsvermögen: 300-500 ml (maximal bis 1500 ml) - Wandaufbau: Schleimhaut (Urothel), Detrusormuskel (M. detrusor vesicae), Adventitia - Funktionen: - Speicherung des Urins - Willkürliche und unwillkürliche Steuerung der Entleerung - Harndrang ab ca. 200-300 ml Füllung - Innerer Harnröhrenschließmuskel (unwillkürlich)

4. Harnröhre (Urethra) - Bei Frauen: 3-5 cm, gerade Verlauf, mündet oberhalb der Scheide - Bei Männern: 20-25 cm, S-förmiger Verlauf durch Prostata und Penis - Äußerer Harnröhrenschließmuskel (M. sphincter urethrae externus): willkürlich, quergestreift - Bei Männern: zusätzlich Transportweg für Samenflüssigkeit



Physiologische Funktion:

- **Urinbildung in der Niere:**
 - Glomeruläre Filtration: ca. 180 Liter Primärharn/Tag
 - Tubuläre Reabsorption und Sekretion
 - Endharnmenge: ca. 1,5 Liter/Tag
- **Miktion (Harnentleerung):**
 - Füllungsphase: Detrusor erschlafft, Sphinkteren kontrahiert
 - Entleerungsphase: Detrusor kontrahiert, willkürliche Entspannung des äußeren Sphinkters
 - Steuerung über sakrale Miktionszentren (S2-S4) und pontines Miktionszentrum

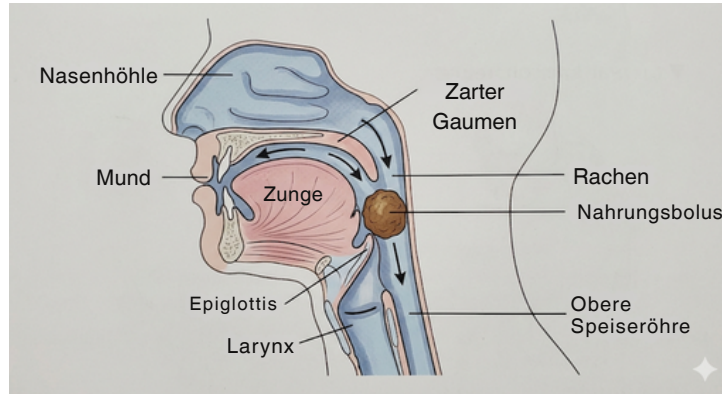
b) Physiologischer Ablauf der Verdauung und der Harnausscheidung (12 Pkt.) Physiologie der

Verdauung Die Verdauung ist ein komplexer, koordinierter Prozess, bei dem Nahrung in resorbierbare Bestandteile zerlegt wird.

1. Orale Phase (Mund) - Mechanisch: Kauvorgang zerkleinert Nahrung, Zungenmuskulatur formt Bissen - **Chemisch:** α-Amylase im Speichel beginnt Stärkeverdauung (optimal bei pH 7)

- **Dauer:** Sekunden bis Minuten, abhängig von der Nahrungskonsistenz - **Nervale Steuerung:** Willkürlich (zerebraler Kortex), reflektorisch (Hirnstamm)

2. Ösophageale Phase - Schluckakt: Dreiphasig (oral-willkürlich, pharyngeal-reflektorisch, ösophageal-reflektorisch) - Kehldeckel verschließt Luftröhre (Aspiration-Schutz) - Peristaltische Wellen transportieren Bolus (Geschwindigkeit: 2-4 cm/s) - **Dauer:** 5-10 Sekunden



3. Gastrale Phase (Magen) - Mechanisch: Rhythmische Kontraktionen (3x/Minute) durchmischen Speisebrei - **Chemisch:** - Pepsinogen wird durch HCl zu Pepsin aktiviert → Proteinverdauung - Salzsäure denaturiert Proteine und tötet Bakterien ab - Magenlipase spaltet geringe Mengen Fett - **Regulation:** - Nervale Steuerung: Vagusnerv fördert Sekretion - Hormonell: Gastrin stimuliert HCl-Produktion - Phasisch: Cephalische, gastrale, intestinale Phase - **Dauer:** 2-6 Stunden (Kohlenhydrate < Proteine < Fette) - Pylorus gibt portionsweise Chymus an Duodenum ab

4. Intestinale Phase (Dünndarm) - Duodenum: - Neutralisation des sauren Chymus durch Bikarbonat - Einmündung von Pankreassaft und Galle - pH-Wert steigt auf 7-8 (optimale Enzymaktivität)

• **Enzymatische Spaltung:**

- **Kohlenhydrate:** Pankreas-Amylase → Disaccharide, Bürstensaum-Enzyme → Monosaccharide
- **Proteine:** Trypsin, Chymotrypsin, Elastase → Aminosäuren
- **Fette:** Lipase (nach Emulgierung durch Gallensäuren) → Fettsäuren + Glycerin
- **Nukleinsäuren:** Nukleasen → Nukleotide

• **Resorption:**

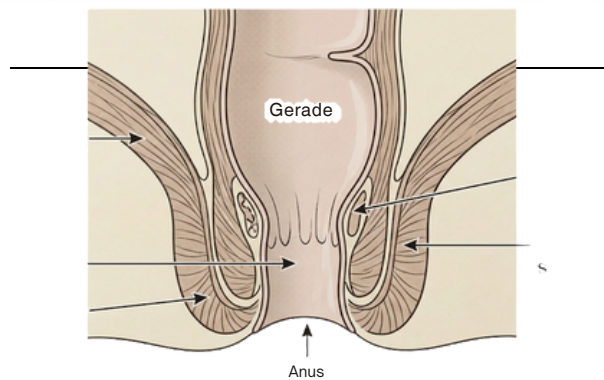
- **Kohlenhydrate:** Aktiver Transport (Glucose, Galaktose), erleichterte Diffusion (Fructose)
- **Proteine:** Aktiver Transport von Aminosäuren und Dipeptiden
- **Fette:** Passive Diffusion als Mizellen, Verpackung in Chylomikronen
- **Vitamine:** Fettlösliche (A, D, E, K) mit Fetten, wasserlösliche aktiv/passiv
- **Wasser und Elektrolyte:** Osmotische Gradienten und aktive Transporter

• **Dauer:** 6-8 Stunden

- Verbleib: 90% der Nährstoffe werden im Jejunum resorbiert

5. Kolonische Phase (Dickdarm) - Wasserresorption: 1-1,5 Liter/Tag, Eindickung des Stuhls - **Bakterielle Gärung:** Abbau unverdaulicher Kohlenhydrate (Ballaststoffe) zu kurzkettigen Fettsäuren - **Vitaminproduktion:** Darmbakterien synthetisieren Vitamin K, B12, Folsäure - **Peristaltik:** Langsame Bewegungen (Massen-Peristaltik 3-4x/Tag) - **Dauer:** 12-48 Stunden - Stuhlbildung im Rektum, Defäkationsreflex bei Dehnung

6. Defäkation (Stuhlentleerung) - Füllung des Rektums → Dehnungsrezeptoren aktiviert - Unwillkürlicher Reflex: Entspannung des inneren Sphinkters - Willkürliche Kontrolle: Entspannung des äußeren Sphinkters - Kontraktion der Bauchpresse (Valsalva-Manöver) - Stuhlkonsistenz: 75% Wasser, 25% Feststoffe (Bakterien, Zelldebris, unverdauliche Reste)

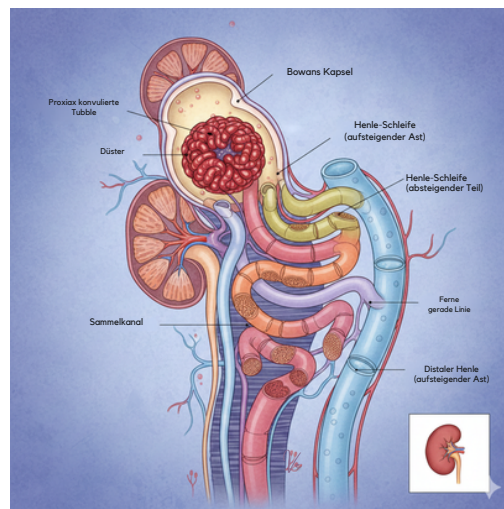


Physiologie der Harnausscheidung 1. Urinproduktion (Nieren)

Glomeruläre Filtration: - Blutdruck presst Plasmafiltrat in Bowman-Kapsel - Filtrationsmembran: Endothel, Basalmembran, Podozyten - Filtriert werden: Wasser, Elektrolyte, Harnstoff, Glucose, Aminosäuren - Nicht filtriert: Blutzellen, große Proteine - Primärharnmenge: ca. 180 Liter/Tag - GFR (Glomeruläre Filtrationsrate): ca. 120 ml/min

Tubuläre Reabsorption: - **Proximaler Tubulus:** 65-70% Wasser, Glucose, Aminosäuren, Natrium vollständig rückresorbiert - **Henle-Schleife:** Elektrolyte, Konzentration des Harns - **Distaler Tubulus:** Feinregulation durch Hormone - ADH (Aldosteron): Wasserrückresorption - Aldosteron: Natriumrückresorption, Kaliumausscheidung - **Sammelrohr:** Finale Harnkonzentration
Tubuläre Sekretion: - Aktive Ausscheidung von Stoffwechselprodukten, Medikamenten, H⁺-Ionen - Feinregulation des Säure-Basen-Haushalts

Endergebnis: - Endharnmenge: 1-2 Liter/Tag (0,5-1 ml/kg KG/h) - Zusammensetzung: 95% Wasser, 5% gelöste Stoffe (Harnstoff, Kreatinin, Harnsäure, Elektrolyte)



2. Harnableitung und Speicherung

Transport durch Ureteren: - Peristaltische Wellen (3-6x/Minute) - Druck: 10-15 mmHg - Refluxschutz durch schräge Einmündung in Blase

Blasenfüllung: - Kontinuierlicher Zufluss (ca. 1 ml/min) - Detrusormuskel ist relaxiert (sympathische Aktivität) - Innerer Sphinkter ist kontrahiert - Äußerer Sphinkter ist willkürlich kontrahiert - Blasenkapazität: 300-500 ml

3. Miktion (Harnentleerung)

Physiologischer Ablauf:

Phase 1 - Harndrang: - Blasendehnung ab 200-300 ml aktiviert Dehnungsrezeptoren - Afferente Signale zum Miktionszentrum (S2-S4, Pons) - Bewusste Wahrnehmung des Harndrangs

Phase 2 - Willkürliche Entscheidung: - Kortikale Entscheidung zur Entleerung - Bei unpassendem Zeitpunkt: Willkürliche Kontraktion des äußeren Sphinkters - Unterdrückung möglich bis ca. 500-800 ml

Phase 3 - Entleerungsreflex: - Detrusorkontraktion (parasympathisch über Beckennervplexus) - Relaxation des inneren Sphinkters (Wegfall sympathischer Hemmung) - Willkürliche Relaxation des äußeren Sphinkters - Unterstützung durch Bauchpresse (Erhöhung intraabdominaler Druck)

Phase 4 - Entleerung: - Druck: 20-40 mmHg - Dauer: 20-30 Sekunden - Vollständige oder nahezu vollständige Entleerung - Restharn: < 50 ml (normal)

Nervale Steuerung: - **Parasympathikus (N. pelvicus):** Fördert Miktio (Detrusorkontraktion)
 - **Sympathikus (N. hypogastricus):** Hemmt Miktio (Detrusorrelaxation, Sphinkterkontraktion)
 - **Somatisches Nervensystem (N. pudendus):** Willkürliche Kontrolle des äußeren Sphinkters
 - **Pontines Miktionszentrum:** Koordination - **Zerebrale Kontrolle:** Willkürliche Hemmung oder Bahnung

2. Beobachtung und Einschätzung (8 Pkt.)

a) Beschreibung einer physiologischen Harn- und Stuhlausscheidung

Physiologische Harnausscheidung:

Eine normale Harnausscheidung zeigt folgende Charakteristika:

Menge: - Erwachsene: 1000-2000 ml/24 Stunden (ca. 1,5 Liter) - Abhängig von Flüssigkeitszufuhr, Temperatur, körperlicher Aktivität - Miktionsfrequenz: 4-6x täglich, maximal 1x nachts

Farbe: - Hellgelb bis bernsteinfarben (Urochrom-Konzentration) - Morgens konzentrierter (dunkler), tagsüber heller - Klar und transparent, keine Trübung

Geruch: - Schwach aromatisch - Frisch entleerter Urin geruchsarm - Typischer "Uringeruch" durch bakteriellen Abbau (bei längerem Stehen)

Häufigkeit: - 4-8x pro Tag - Nächtliche Miktio maximal 1x (bei älteren Menschen auch 2x noch normal) - Keine imperativer (plötzlicher, nicht unterdrückbarer) Harndrang

Konsistenz: - Flüssig, klar - Keine sichtbaren Beimengungen (Blut, Eiter, Sediment)

Entleerungsvorgang: - Kontinuierlicher Harnstrahl - Ohne Schmerzen, Brennen oder Krämpfe - Vollständige Entleerung ohne Nachträufeln - Keine Startschwierigkeiten



Physiologische Stuhlausscheidung: Frequenz: - 3x täglich bis 3x wöchentlich (individuell variabel) - Bei den meisten Menschen:

1-2x täglich - Regelmäßiger Rhythmus (oft morgens nach dem Frühstück)

Menge: - Ca. 100-300 g/Tag - Abhängig von Ernährung (Ballaststoffanteil)

Konsistenz: - Geformt, weich bis mittelhart - Lässt sich ohne Pressen absetzen - Bristol-Stuhlformen-Skala: Typ 3-4 (wurstförmig, glatt) - Nicht zu hart (Obstipation) oder zu weich/flüssig (Diarrhö)

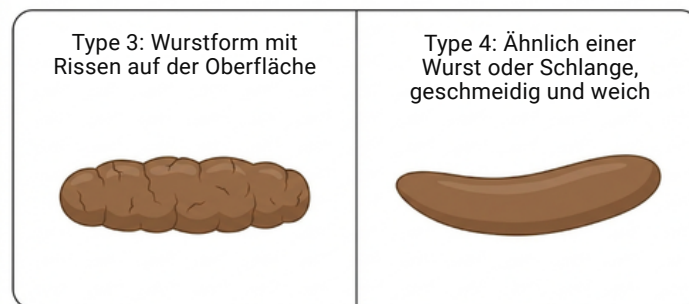
Farbe: - Mittelbraun bis dunkelbraun - Durch Sterkobilin (Abbauprodukt des Hämoglobins) - Farbvariationen durch Nahrung (Rote Beete, Spinat) möglich

Geruch: - Charakteristisch, nicht übelriechend - Abhängig von Ernährung und Darmflora - Indol und Skatol verursachen typischen Geruch

Entleerungsvorgang: - Bewusster Stuhl drang, gut kontrollierbar - Defäkation ohne starkes Pressen - Vollständige Entleerung, Gefühl der Erleichterung - Keine Schmerzen beim Stuhlgang - Keine Beimengungen von Blut, Schleim oder Eiter

Stuhlbestandteile: - 75% Wasser - 25% Feststoffe: Bakterien (30-50%), unverdaute Nahrungsreste, Zelldebris, Gallenfarbstoffe

Bristol-Stuhlskala



b) Mögliche Abweichungen und deren Ursachen (6 Pkt.)

Abweichungen beider Harnausscheidung

1. Pollakisurie (erhöhte Miktionsfrequenz)

- **Beschreibung:** Mehr als 8 Harnentleerungen/Tag bei normaler Menge - **Mögliche Ursachen:** - Harnwegsinfekt (Zystitis) - Überaktive Blase (OAB) - Diabetes mellitus (Polyurie) - Prostatavergrößerung - Psychische Faktoren (Stress, Angst)

2. Oligurie (verminderte Harnmenge) - Beschreibung: < 500 ml/24 Stunden - Mögliche

Ursachen: - Dehydratation (Flüssigkeitsmangel) - Akutes Nierenversagen - Herzinsuffizienz - Harnverhalt (Obstruktion) - Schock

3. Anurie (fehlende Harnausscheidung) - Beschreibung: < 100 ml/24 Stunden -

Mögliche Ursachen: - Akutes Nierenversagen - Komplette Harnleiterobstruktion - Schwerste Dehydratation

4. Polyurie (erhöhte Harnmenge) - Beschreibung: > 3000 ml/24 Stunden - Mögliche

Ursachen: - Diabetes mellitus (osmotische Diurese) - Diabetes insipidus (ADH-Mangel) - Exzessive Flüssigkeitszufuhr - Diuretika-Therapie - Chronische Nierenerkrankung

5. Hämaturie (Blut im Urin) - Beschreibung: Makrohämaturie (sichtbar rot), Mikrohämaturie (nur mikroskopisch) - **Mögliche Ursachen:** - Harnwegsinfekt - Nierensteine - Blasenkarzinom - Nierenkarzinom - Glomerulonephritis

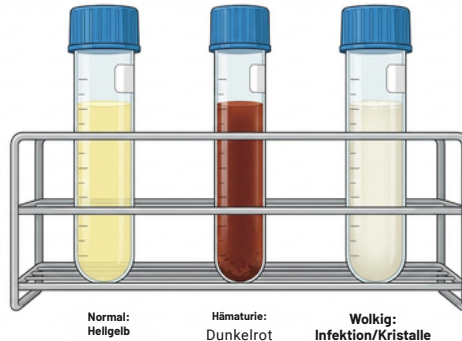
6. Dysurie (Schmerzen beim Wasserlassen) - Beschreibung: Brennen, Stechen, Krämpfe - **Mögliche Ursachen:** - Harnwegsinfekt (häufigste Ursache) - Harnsteine - Entzündungen der Harnröhre - Prostatitis

7. Nykturie (nächtliche Harnentleerung) - Beschreibung: Häufiges nächtliches Wasserlassen (> 2x) - **Mögliche Ursachen:** - Herzinsuffizienz - Prostatavergrößerung - Diabetes mellitus - Schlafapnoe - Altersbedingt

8. Harninkontinenz - Beschreibung: Unwillkürlicher Urinverlust - Wird ausführlich unter Punkt 3 behandelt

9. Harnverhalt - Beschreibung: Unfähigkeit, die Blase zu entleeren trotz Harndrang -
Mögliche Ursachen: - Prostatahyperplasie - Harnröhrenstriktur - Neurologische Erkrankungen
- Medikamente (Anticholinergika)

10. Trüber oder übelriechender Urin - Mögliche Ursachen: - Bakterielle Infektion -
Dehydratation (konzentrierter Urin) - Bestimmte Nahrungsmittel (Spargel)



Abweichungen bei der Stuhlausscheidung 1. Obstipation (Verstopfung) -

Beschreibung: < 3 Stuhlentleerungen/Woche, harter Stuhl, starkes Pressen erforderlich
Mögliche Ursachen: - Flüssigkeitsmangel - Ballaststoffarme Ernährung - Bewegungsmangel
- Medikamente (Opioide, Anticholinergika, Eisenpräparate) - Darmerkrankungen (Divertikulose, Tumor) - Neurologische Erkrankungen (Parkinson, Querschnittlähmung) - Stoffwechselerkrankungen (Hypothyreose, Diabetes)

2. Diarrhö (Durchfall) - Beschreibung: > 3x täglich wässrige oder breiige Stühle - Mögliche

Ursachen: - Infektiös (Viren, Bakterien, Parasiten) - Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Laktose, Gluten) - Medikamente (Antibiotika) - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) - Reizdarmsyndrom - Malabsorption

3. Stuhlinkontinenz - Beschreibung: Unwillkürlicher Stuhlabgang - Wird ausführlich unter Punkt 3 behandelt

4. Meteorismus (Blähungen) - Beschreibung: Vermehrte Gasbildung, Völlegefühl, Blähbauch - **Mögliche Ursachen:** - Nahrungsmittel (Hülsenfrüchte, Kohl) - Hastiges Essen (Luftschlucken) - Darmflora-Störung - Reizdarm

5. Meläna (Teerstuhl) - Beschreibung: Schwarz, glänzend, klebrig, übelriechend - **Mögliche Ursachen:** - Obere gastrointestinale Blutung (Magenulkus, Ösophagusvarizen) - Eisenpräparate (harmlose Schwarzfärbung)

6. Hämatochezie (Frischblut im Stuhl) - Beschreibung: Hellrotes Blut aufgelagert oder beigemischt - **Mögliche Ursachen:** - Hämorrhoiden - Analfissur - Kolonkarzinom - Divertikulitis - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

7. Acholischer Stuhl (entfärbter Stuhl) - Beschreibung: Grau-weiß, lehmartig - **Mögliche Ursachen:** - Gallenwegsobstruktion (Gallensteine, Pankreaskopftumor) - Lebererkrankungen

8. Fettstuhl (Steatorrhö) - Beschreibung: Voluminös, glänzend, übelriechend, schwimmt auf Wasser - **Mögliche Ursachen:** - Pankreasinsuffizienz - Zöliakie - Morbus Crohn

Medizinische Stuhlfarbanalysetablelle



Braun (Normal)

Schwarz (Teer, Meläna)

Heller Lehm (Acholisch)

3. Inkontinenz (12 Pkt.)

Definition und Kontinenzprofile

Inkontinenz bezeichnet den unwillkürlichen Verlust von Urin oder Stuhl zu einer unpassenden Zeit am unpassenden Ort. Sie stellt eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität dar und ist mit Scham, sozialem Rückzug und psychischer Belastung verbunden.

Kontinenzprofil 1: Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)

Definition: Unwillkürlicher Urinverlust bei körperlicher Belastung ohne vorherigen Harndrang.

Charakteristika: - Urinverlust bei Druckerhöhung im Bauchraum - Kein imperativer Harndrang - Meist kleine bis mittlere Urinmengen - Tritt auf bei: Husten, Niesen, Lachen, Heben schwerer Lasten, Sport

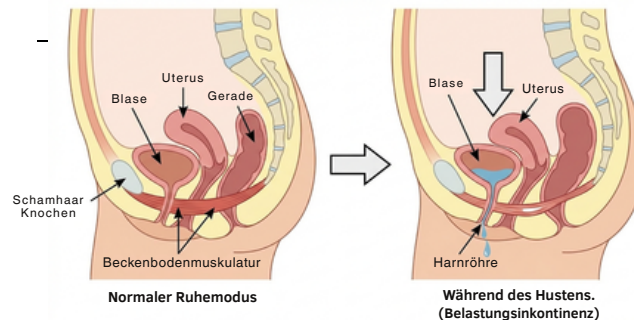
Schweregrade: - **Grad I:** Urinverlust nur bei starker Belastung (Springen, Husten) - **Grad II:** Urinverlust bei mittlerer Belastung (Gehen, Treppensteigen) - **Grad III:** Urinverlust bereits in Ruhe oder bei minimalster Belastung

Ursachen: - **Frauen (häufiger betroffen):** - Beckenbodenschwäche nach Geburten (Überdehnung) - Östrogenmangel in den Wechseljahren - Chronische Druckerhöhung (Übergewicht, chronische Obstipation) - Gynäkologische Operationen - Bindegewebsschwäche

• Männer:

- Nach Prostataoperationen (TURP, radikale Prostatektomie)
- Schädigung des Schließmuskels

Pathophysiologie: - Schwäche der Beckenbodenmuskulatur - Insuffizienz des Harnröhrenverschlussmechanismus - Verlust der anatomischen Position von Blase und Harnröhre (Descensus) - Blasen Hals kann nicht ausreichend verschlossen werden



Pflegerische und therapeutische Maßnahmen: - **Beckenbodentraining:** Gezielte Kräftigung (wichtigste konservative Maßnahme) - **Verhaltenstherapie:** Blasentraining, zeitgesteuertes Toilettentraining - **Gewichtsreduktion:** Bei Adipositas - **Obstipationsprophylaxe:** Vermeidung von Pressen - **Pessare:** Mechanische Unterstützung (bei Descensus) - **Medikamentös:** Duloxetine (Verstärkung des Harnröhrenverschlusses) - **Hilfsmittel:** Einlagen, Vorlagen (verschiedene Saugstärken) - **Operative Therapie:** TVT-Band (spannungsfreies Vaginalband), Kolposuspension

Kontinenzprofil 2: Dranginkontinenz (Urgeinkontinenz)

Definition: Unwillkürlicher Urinverlust verbunden mit oder unmittelbar nach imperativem (plötzlichem, nicht unterdrückbarem) Harndrang.

Charakteristika: - Plötzlicher, starker Harndrang - Kurze Vorwarnzeit (Sekunden bis wenige Minuten) - Oft große Urinmengen - Erhöhte Miktionsfrequenz (> 8x/Tag) - Nykturie (> 2x/Nacht)

Ursachen: - **Überaktive Blase (OAB):** Idiopathische Detrusorhyperaktivität - **Neurologische**

Erkrankungen: - Schlaganfall - Multiple Sklerose - Morbus Parkinson - Demenz - Querschnittslähmung - Periphere Neuropathie (Diabetes) - **Lokale Reizungen:** - Harnwegsinfekte - Blasensteine - Blasentumor - Bestrahlung - **Sonstige:** - Medikamente (Diuretika) - Psychische Faktoren

Pathophysiologie: - Unwillkürliche Detrusorkontraktionen während der Füllungsphase - Gestörte neuronale Kontrolle - Überempfindlichkeit der Blasenrezeptoren - Verringerte Blasenkapazität

Pflegerische und therapeutische Maßnahmen: - **Blasentraining:** Verzögerung der Miktions, schrittweise Verlängerung der Intervalle - **Toilettentraining:** Regelmäßige Miktionszeiten (z.B. alle 2-3 Stunden) - **Flüssigkeitsmanagement:** Ausreichende, aber kontrollierte Trinkmenge (1,5-2 L/Tag), Vermeidung von Koffein, Alkohol - **Medikamentös:** Anticholinergika (z.B. Oxybutynin, Tolterodin), Beta-3-Agonisten (Mirabegron) - **Physiotherapie:** Beckenbodentraining - **Hilfsmittel:** Einlagen, Toilettstuhl neben Bett - **Umgebungsanpassung:** Kurze Wege zur Toilette, gute Beleuchtung, entfernen von Stolperfallen - **Operative Therapie:** Botulinumtoxin-Injektion in Detrusor (bei therapierefraktärer OAB)

Kontinenzprofil 3: Reflexinkontinenz

Definition: Unwillkürlicher Urinverlust durch eine Reflexblase ohne Blasenfüllungsempfindung, typischerweise bei neurologischen Schädigungen oberhalb des sakralen Miktionszentrums.

Charakteristika: - Kein bewusstes Gefühl für Blasenfüllung - Automatische, reflexartige Blasenentleerung - Variable Urinmengen - Fehlende willkürliche Kontrolle

Ursachen: - Querschnittslähmung oberhalb von S2-S4 - Schädel-Hirn-Trauma - Multiple Sklerose

- Schlaganfall - Hirntumor

Pathophysiologie: - Unterbrochene Nervenbahnen zwischen Gehirn und Blase - Sakrales Reflexzentrum intakt, aber keine supraspinale Kontrolle - Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie möglich

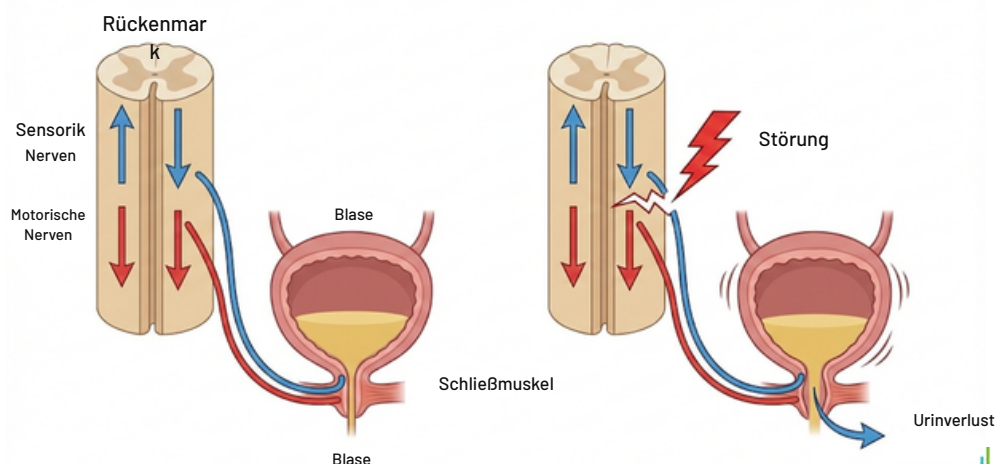
Pflegerische und therapeutische Maßnahmen: - **Intermittierender Selbstkatheterismus**

(ISK): 4-6x täglich - **Dauerkatheter:** Transurethral oder suprapubisch (als letzte Option)

- **Versorgungsmanagement:** Kondom-Urinale bei Männern - **Flüssigkeitsbilanzierung:** Protokollierung - **Medikamentös:** Anticholinergika (Reduktion der Detrusorhyperaktivität) -

Überwachung: Restharnmessung, Infektionsprophylaxe

Reflexinkontinenz: Störung der Nervensignale



Kontinenzprofil 4: Überlaufinkontinenz

Definition: Unwillkürlicher Urinverlust bei chronisch überfüllter Blase aufgrund einer Blasenentleerungsstörung, oft als "Tröpfelinkontinenz" bezeichnet.

Charakteristika: - Ständiges Tröpfeln kleiner Urinmengen - Schwacher Harnstrahl - Startverzögerung, Nachträufeln - Gefühl der unvollständigen Entleerung - Hoher Restharn (> 100 ml) - Oft kein oder reduzierter Harndrang

Ursachen: - **Blasenauslassobstruktion (mechanisch):** - Benigne Prostatahyperplasie (BPH) - Harnröhrenstriktur - Blasenhalssklerose - Tumoren

• **Detrusorunterfunktion (kontraktile Schwäche):**

- Diabetische Neuropathie
- Medikamente (Anticholinergika, Opiate)
- Nervenschädigungen (Beckenoperation)
- Chronische Überdehnung

Pathophysiologie: - Blasenfüllung übersteigt Verschlussdruck - Permanente Überdehnung schädigt Detrusormuskel - Urin "läuft über" wie bei einem vollen Gefäß - Risiko für Harnwegsinfekte und Nierenschäden

Pflegerische und therapeutische Maßnahmen: - **Grunderkrankung behandeln:**

z.B. BPH-Operation - **Intermittierender Katheterismus:** Regelmäßige Entleerung -

Dauerkatheter: Bei irreversibler Obstruktion - **Medikamentös:** - Alpha-Blocker (bei BPH)

- Parasympathomimetika (Förderung der Detrusorkontraktion) - **Blasentraining:** Nach Ursachenbeseitigung - **Cholinergika:** Carbachol (verstärkt Blasenkontraktion) - **Operative**

Therapie: TURP, Harnröhrenerweiterung

Kontinenzprofil 5: Funktionelle Inkontinenz

Definition: Unwillkürlicher Urinverlust aufgrund von kognitiven, physischen oder umgebungsbedingten Barrieren, obwohl die Blasenfunktion intakt ist.

Charakteristika: - Blasen- und Schließmuskelfunktion normal - Unfähigkeit, rechtzeitig die Toilette zu erreichen - Oft bei pflegebedürftigen, mobilitätseingeschränkten Personen

Ursachen: - **Kognitive Einschränkungen:** Demenz, Verwirrtheit, Delirium - **Motorische**

Einschränkungen: Immobilität, Gangunsicherheit, Arthrose, Schlaganfall - **Umgebungsbarrieren:**

Lange Wege zur Toilette, fehlende Hilfen, schwer zu öffnende Kleidung - **Sensorische Defizite:**

Verminderte Wahrnehmung des Harndrangs

Pathophysiologie: - Keine primäre Blasenproblematik - Problem liegt in der Umsetzung der Miktion

Pflegerische und therapeutische Maßnahmen: - **Umgebungsanpassung:** - Toilette

in der Nähe - Toilettenstuhl am Bett (nachts) - Gute Beleuchtung, Handläufe - Kontrast-Toilettensitz - **Hilfsmittel:** Gehhilfen, Rollstuhl, Toilettensitzerhöhung - **Kleidung:** Einfach

zu öffnende Verschlüsse (Klett statt Knöpfe) - **Zeitgesteuertes Toilettentraining:** Regelmäßige Begleitung zur Toilette (alle 2-3 Std.) - **Orientierungshilfen:** Piktogramme,

Farbmarkierungen - **Aktivierung:** Mobilisationsförderung, Gehtraining - **Kognitive**

Unterstützung: Erinnerungshilfen, verbale Aufforderungen



Kontinenzprofil 6: Stuhlinkontinenz

Definition: Unwillkürlicher Verlust von Stuhl oder Darmgasen, der zu einer sozialen oder hygienischen Beeinträchtigung führt.

Charakteristika: - Unkontrollierter Abgang von festem, breiigem oder flüssigem Stuhl - Variable Mengen (Schmierer bis kompletter Stuhlabgang) - Oft kombiniert mit Dranginkontinenz

Ursachen: - **Schließmuskelschwäche:** - Geburtstraumata (Dammriss III/IV) - Anale Operationen (Hämorrhoiden-OP, Fisteln) - Alter

• Neurologische Erkrankungen:

- Querschnittlähmung
- Multiple Sklerose
- Demenz
- Schlaganfall
- Diabetische Neuropathie

• Rektale Ursachen:

- Rektumprolaps
- Chronische Obstipation mit Überlaufinkontinenz
- Fäkalom (Stuhlimpaction)

• Darmerkrankungen:

- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- Reizdarmsyndrom
- Durchfallerkrankungen

Schweregrade: - **Grad I:** Unkontrollierter Abgang von Darmgasen - **Grad II:** Unkontrollierter Abgang von flüssigem Stuhl - **Grad III:** Unkontrollierter Abgang von festem Stuhl

Pathophysiologie: - Insuffizienz des Analsphinkters (intern/extern) - Verminderte rektale Sensibilität - Reduzierte Reservoirfunktion des Rektums - Gestörte Reflexkoordination

Pflegerische und therapeutische Maßnahmen: - **Stuhlregulation:** - Bei Obstipation:

Laxanzien, ausreichend Trinken, Ballaststoffe - Bei Diarrhö: Loperamid, Diätanpassung -

Toilettentraining: Regelmäßige Toilettengänge (z.B. nach Mahlzeiten) - **Darmmanagement:**

Klistiere, digitale Ausräumung (bei Querschnittlähmung) - **Beckenbodentraining:**

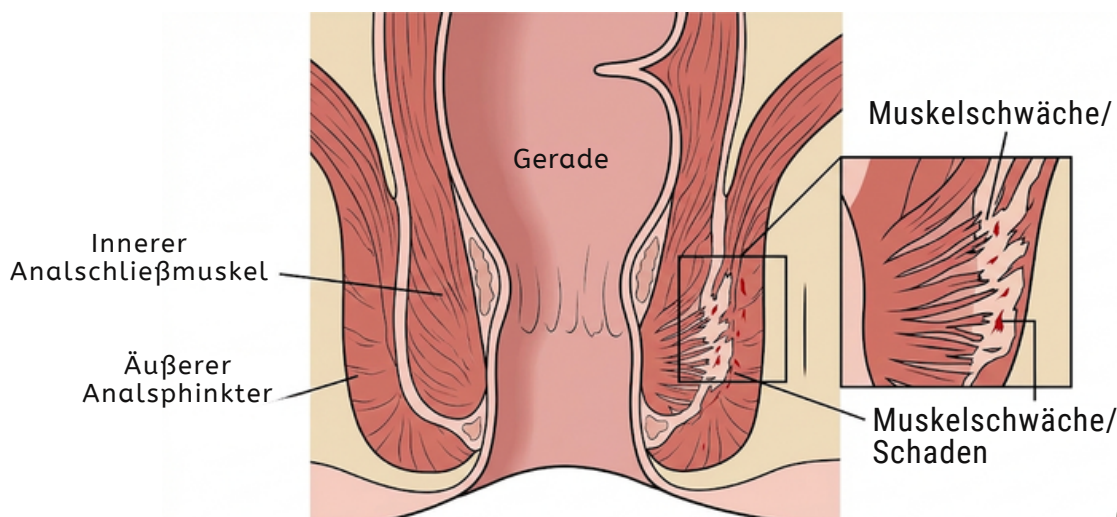
Kräftigung des äußeren Sphinkters - **Biofeedback-Therapie:** Wahrnehmungsschulung -

Ernährungsberatung: Vermeidung blähender Speisen, Anpassung an Verträglichkeit -

Hautschutz: Regelmäßige Reinigung, Hautschutzcremes, Zinkoxid-Paste - **Hilfsmittel:**

Anal tampons, spezielle Inkontinenzvorlagen, Analverschlussplättchen - **Medikamentös:**

Loperamid (verlangsamt Darmpassage) - **Operative Therapie:** Sphinkterrekonstruktion, sakrale Nervenstimulation, Kolostomie (ultima ratio)



4. Selbstreflexion (5 Pkt.)

a) Persönlicher Umgang mit intimen Pflegesituationen

Die Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern bei der Ausscheidung gehört zu den intimsten Pflegesituationen in meinem beruflichen Alltag. Diese Situationen erfordern nicht nur fachliche Kompetenz, sondern auch ein hohes Maß an Empathie, Respekt und Selbstreflexion.

Meine persönliche Erfahrung:

Zu Beginn meiner Ausbildung empfand ich Unsicherheit und eine gewisse Scham, wenn ich Menschen bei ihren Ausscheidungen unterstützen sollte. Die Intimität dieser Momente und die Sorge, die Würde der Bewohner zu verletzen, beschäftigten mich. Ich merkte, dass es mir zunächst schwerfiel, eine professionelle Distanz zu wahren, ohne dabei die menschliche Nähe und Wärme zu verlieren.

Mit zunehmender Erfahrung habe ich gelernt, dass die Art und Weise, wie ich mit diesen Situationen umgehe, maßgeblich die Atmosphäre prägt. Wenn ich selbst verkrampft oder beschämt wirke, überträgt sich dies auf die zu pflegende Person. Deshalb habe ich mir folgende Haltung erarbeitet:

Professionelle Normalität: Ich betrachte Ausscheidung als natürliche Körperfunktion. Indem ich ruhig, sachlich und dennoch einfühlsam agiere, signalisiere ich: "Das ist völlig normal, Sie müssen sich nicht schämen." Diese Haltung hilft den Bewohnern oft, ihre eigene Scham abzulegen.

Kommunikation: Ich kündige jeden Handgriff an und bitte um Erlaubnis. Sätze wie "Ich würde jetzt gerne die Einlage wechseln, ist das für Sie in Ordnung?" geben Kontrolle zurück. Ich versuche, die Bewohner so weit wie möglich einzubeziehen und ihre Selbstständigkeit zu fördern.

Diskretion: Ich achte darauf, Türen zu schließen, Sichtschutz zu gewährleisten und nur die notwendigen Körperbereiche freizulegen. Auch meine Wortwahl ist respektvoll – ich vermeide Verniedlichungen oder abwertende Begriffe.

Eigene Grenzen: Ich habe gelernt, meine eigenen Grenzen wahrzunehmen. Bei besonders geruchsintensiven Situationen atme ich bewusst ruhig durch den Mund und konzentriere mich auf meine Aufgabe. Ekel ist eine natürliche Reaktion, die ich nicht verurteile, aber ich lasse ihn nicht nach außen dringen.

Reflexion nach schwierigen Situationen: Nach emotional belastenden Situationen – etwa wenn eine Bewohnerin weint, weil sie sich schämt – suche ich das Gespräch mit Kolleginnen oder Praxisanleitern. Der Austausch hilft mir, meine Gefühle zu verarbeiten und zu lernen.



b) Bedeutung von Einfühlungsvermögen und professioneller Haltung

Inkontinenz ist für viele Menschen mit tiefer Scham, Kontrollverlust und dem Gefühl verbunden, zur Last zu fallen. Gerade in einer Gesellschaft, die Autonomie und Unabhängigkeit hochhält,

stellt der Verlust der Kontrolle über grundlegende Körperfunktionen eine enorme Kränkung dar.

Einfühlungsvermögen bedeutet für mich:

Perspektivwechsel: Ich versetze mich in die Lage der Bewohner: Wie würde ich mich fühlen, wenn fremde Menschen mich waschen und Vorlagen wechseln müssten? Diese Empathie leitet mein Handeln und erinnert mich daran, mit größter Würde zu agieren.

Emotionale Unterstützung: Ich ermutige Bewohner, über ihre Gefühle zu sprechen. Sätze wie "Ich verstehe, dass die Situation für Sie schwierig ist" oder "Viele Menschen in Ihrem Alter erleben Ähnliches" können entlastend wirken und das Gefühl von Isolation verringern.

Geduld: Manche Bewohner benötigen mehr Zeit, um sich zu öffnen oder Hilfe anzunehmen. Ich dränge nicht, sondern biete kontinuierlich Unterstützung an.

Professionelle Haltung bedeutet für mich:

Fachliche Kompetenz: Ich verfüge über fundiertes Wissen zu Inkontinenzformen, Hilfsmitteln und pflegerischen Interventionen. Nur so kann ich individuell passende Lösungen anbieten und Bewohnern Sicherheit vermitteln.

Grenzen wahren: Trotz aller Empathie bewahre ich eine professionelle Distanz. Ich nehme die Emotionen der Bewohner ernst, identifiziere mich aber nicht vollständig mit ihnen. Dies schützt mich vor emotionaler Überlastung.

Würdevoller Umgang: Ich behandle jeden Menschen – unabhängig von seinem Zustand – mit Respekt. Auch wenn jemand dement ist und die Situation nicht mehr reflektieren kann, achte ich auf seine Würde.

Selbstpflege: Um dauerhaft einfühlsam und professionell agieren zu können, muss ich auf meine eigene psychische und physische Gesundheit achten. Supervision, Pausen und Ausgleich sind essenziell.

Fazit:

Der Umgang mit Ausscheidung und Inkontinenz ist weit mehr als eine technische Pflegeaufgabe. Er berührt die Kernfragen von Würde, Scham und Menschlichkeit. Durch die bewusste Reflexion meiner Haltung, die kontinuierliche fachliche Weiterbildung und die Pflege meiner eigenen Resilienz möchte ich dazu beitragen, dass sich die mir anvertrauten Menschen trotz ihrer Einschränkungen respektiert, sicher und menschlich behandelt fühlen.

Diese Haltung ist kein Endzustand, sondern ein fortwährender Prozess. Jede Begegnung lehrt mich etwas Neues über die Menschen, die ich pflege – und über mich selbst.

Fach: ULS CE: 02 LF: 5.3	Generalistik Kursjahr: UK	Datum: 19.01.2026
Thema: Verdauung/ Harnwege	Vorgelegt von: ABIR EL MOKRI	Seite 15 von 15

Literaturverzeichnis

- Menche, N. (Hrsg.) (2020). *Biologie Anatomie Physiologie*. 9. Auflage. Urban & Fischer/Elsevier.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Ullrich, L. (Hrsg.) (2017). *Thiemes Pflege*. 13. Auflage. Georg Thieme Verlag.
- Abt-Zegelin, A., Schnell, M. (2019). *Lehrbuch Pflegeassistenz*. 2. Auflage. Hogrefe Verlag.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014). *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*. Hochschule Osnabrück.
- Füsgen, I. (2017). *Inkontinenz: Harn- und Stuhlinkontinenz in Klinik und Praxis*. 3. Auflage. MMV Medizin Verlag.
- Silbernagl, S., Despopoulos, A. (2018). *Taschenatlas Physiologie*. 9. Auflage. Thieme Verlag.



**KLINIKEN DES
LANDKREISES**
Neustadt a.d. Aisch – Bad Windsheim

LERNPORTFOLIO

ABSCHLUSSEITE

**„DAS WENIGE, DAS DU TUN KANNST, IST VIEL, WENN DU NUR
IRGENDWO SCHMERZ ODER WEH ODER ANGST VON EINEM
WESEN NIMMST.“**

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT.

Vorgelegt von:
ABIR EL MOKRI

Kurs:
UK

Dozentinnen:
Frau Libutzki / Frau Frank

Abgabedatum:
19.01.2026