

Red Flags bei Urin und Stuhl im Säuglingsalter

Kurzreferenz für Hebammen. Ersetzt keine klinische Untersuchung oder lokale Notfallregel.

Grundsatz: Alter, Allgemeinzustand, Trinken, Gedeihen und Begleitsymptome immer mitbeurteilen.

SOFORT / NOTFALL

Situation / Warnzeichen	Einordnung
Galliges Erbrechen mit Obstruktionszeichen oder ausgeprägter Bauchdistension	Unverzügliche pädiatrisch-klinische Beurteilung
Krankes Kind mit Schockzeichen, verminderter Reaktionslage, kalten Extremitäten oder stark blass-marmorierter Haut	Notfallversorgung

DRINGLICH / AM SELBEN TAG

Situation / Warnzeichen	Einordnung
Säugling unter 3 Monaten mit $\geq 38^\circ\text{C}$	Dringliche pädiatrische Beurteilung
Unter 3 Monaten mit vermutetem HWI	Unmittelbare pädiatrische Spezialbeurteilung ; dringliche Urinmikroskopie und Kultur
Deutlich weniger Urin plus schlechtes Trinken, Fieber, Erbrechen, Durchfall oder schlechter Allgemeinzustand	Noch am selben Tag beurteilen ; bei Schockzeichen Notfall

ZEITNAH ABKLÄREN

Situation / Warnzeichen	Einordnung
Sichtbares Blut im Urin	Ärztlich abklären.
Kein Mekonium innerhalb von 24 Stunden	Nach NICE medizinischen Rat einholen; >48 h zusätzlich Warnzeichen in der Obstipationsabklärung.
Blut im Stuhl ohne erkennbare Fissur; schlechtes Gedeihen; wiederholtes Erbrechen; auffälliger Anus; neurologische/lumbosakrale Auffälligkeiten	Zeitnah weiter abklären.

Nicht automatisch pathologisch

- Sehr seltener Stuhl bei ausschließlich gestilltem, gut gedeihendem Baby kann normal sein.
- Pressen/Rotwerden vor **weichem** Stuhl <9 Monate kann zu infantiler Dyschezie passen.
- Geruch/Farbe des Urins allein sind nicht diagnostisch.

Merksätze: Alter verändert Dringlichkeit. Ausscheidungen nie isoliert beurteilen. AITT ersetzt keine Diagnostik oder Therapie.

Kernquellen: NICE NG224, NG143, CG84, NG194; deutsche S2k-Leitlinie Obstipation; Rome V.



Ausscheidungskommunikation in 5 Minuten erklären

Kurzberatung für Hebammen. Praktische Synthese - kein validiertes Beratungsinstrument.

1. Interesse klären	"Was habt ihr über Abhalten oder Ausscheidungskommunikation schon gehört - und was interessiert euch daran?"
2. Grundidee	"Ausscheidungskommunikation bedeutet, mögliche Signale und typische Zeitpunkte wahrzunehmen und dem Baby bei passender Gelegenheit eine Ausscheidungsmöglichkeit anzubieten."
3. Entlasten	"Ihr müsst nicht jedes Signal erkennen, nicht jede Ausscheidung erwischen, könnt Windeln nutzen und müsst das nicht den ganzen Tag machen."
4. Kleine Option	"Wenn ihr möchtet, probiert zunächst nur nach dem Aufwachen oder in einer anderen wiederkehrenden Situation, ob es für euch passt."
5. Evidenz einordnen	"Allgemeine Gesundheitsvorteile sind bisher nicht ausreichend belegt. Ihr könnt ausprobieren, ob es praktisch für euch ist - oder es ganz lassen."

Kurzfassung im Gespräch

Ausscheidungskommunikation bedeutet, dass ihr mögliche Signale oder typische Zeiten beobachtet und dann eine Ausscheidungsmöglichkeit anbietet. Ihr müsst weder jedes Signal erkennen noch auf Windeln verzichten. Viele Familien machen das nur in einzelnen Situationen. Allgemeine Gesundheitsvorteile sind bisher nicht sicher belegt - es ist eine mögliche Pflegepraxis, die ihr nutzen könnt oder auch nicht.

Danach prüfen

"Wie klingt das für euch - eher interessant, eher zu viel oder möchtet ihr noch etwas genauer wissen?"

Wann die Kurzberatung nicht reicht

- Fieber, Blut in Urin/Stuhl, deutlich weniger Urin, schlechtes Gedeihen oder krank wirkendes Kind.
- Konkrete Therapieerwartung bei Verstopfung, Dyschezie, HWI etc.
- Unsicherheiten zu Ernährung, Gewicht oder Ausscheidungen im frühen Wochenbett.

Online vertiefen
Aktuelle Quellen und Langfassung.

Kernquellen: NICE NG197; WHO postnatale Betreuung; Hindmarsh et al.; Bender et al.; BABITT 2026.



Abhaltepositionen: 10 praktische Varianten

Praxisposter für Fachpersonen. Es gibt keine wissenschaftlich standardisierte 'beste' Position. Sicherheit und motorische Entwicklung haben Vorrang.

1. Wiegehaltung Körpernah. Bei jungen Babys Kopf, Nacken und Rumpf vollständig stützen.	2. Anhockhaltung im Sitzen Betreuungsperson sitzt stabil; Gefäß gut erreichbar.	3. Bauch-an-Bauch Viel Körperkontakt; nur bei sicherem Stand bzw. sicherer Unterstützung.	4. Anhock-Spreizhaltung Unter den Oberschenkeln unterstützen; nicht an Füßen oder Unterschenkeln ziehen.	5. Wiegehaltung beim Stillen Nur wenn Füttern/Stillen nicht gestört wird. Ernährung hat Vorrang.
6. Frontal gestützt Für größere Babys mit mehr Rumpfkontrolle; Bauch und Rumpf sichern.	7. Abhalten in der Hocke Ergonomie der Betreuungsperson beachten; nicht instabil improvisieren.	8. Unterstütztes Sitzen am Töpfchen Nur bei ausreichender motorischer Stabilität und kontinuierlicher Aufsicht.	9. Wiegehaltung mit Töpfchen im Schoß Im Sitzen praktisch; Gefäß sicher platzieren.	10. Unterstütztes Sitzen auf der Toilette Für motorisch stabilere Babys; nie unbeaufsichtigt auf erhöhter Fläche.

Sicherheitsprinzipien	Keine Therapiebehauptung	Protest beendet das Angebot
Kopf/Nacken bei kleinen Babys stützen; Rumpf sichern; Beine nicht erzwingen; Betreuungsperson stabil.	Keine Position ist als Behandlung von Dyschezie oder Obstipation belegt.	Wegdrücken, starkes Weinen oder deutliche Anspannung = sofort beenden.

Ausführliche Online-Fassung mit Evidenzgrenzen und Quellen.



Bildkarten-Konzept: © Mata Origin. Die hier verwendeten Beschreibungen sind keine standardisierten medizinischen Fachbegriffe.

Checkliste: Sicher abhalten

Eine kompakte Sicherheits- und Komfortcheckliste für Fachpersonen und Eltern.

Merksatz: Sicher unterstützen, kurz anbieten, jederzeit beenden.

Vor dem Abhalten

- Passt der Moment? Das Kind ist nicht stark hungrig, friert nicht und wirkt nicht akut unwohl.
- Ist der Ort sicher? Gefäß oder Toilette sind erreichbar, ohne hektisches Umgreifen.
- Stehe oder sitze ich stabil?
- Ist die Kleidung mit wenigen Handgriffen zu öffnen?

Währenddessen

- Kopf und Nacken stützen - besonders bei Neugeborenen und jungen Säuglingen.
- Rumpf sichern - das Kind soll nicht frei hängen oder nach vorne kippen.
- Beine nicht erzwingen - nicht an Füßen/Unterschenkeln ziehen und keine Spreizung durchsetzen.
- Kurz und ruhig bleiben - kein langes Warten auf einen 'Erfolg'.
- Protest beendet das Angebot.

Danach

- Hände und verwendete Gefäße angemessen reinigen.
- Keine Trefferquote bewerten - eine leere Situation ist kein Misserfolg.
- Im Wochenbett Ausscheidungen außerhalb der Windel für die Gesamtbeobachtung mit erfassen.
- Warnzeichen separat beurteilen - AITT ersetzt keine Diagnostik.

Nicht nötig

- kein bestimmtes Schlüsselsignal
- keine Spezialkleidung
- keine nächtliche oder lückenlose Praxis

Online-Version

Bitte bei älteren Ausdrucken den Stand prüfen.



Ausscheidungskommunikation entspannt ausprobieren

Elternhandout zum Mitgeben nach einer Beratung.

Ausscheidungskommunikation ist ein Angebot - kein Training und keine Prüfung.

So könnt ihr ganz einfach anfangen

- 1. Eine Situation wählen.** Zum Beispiel nach dem Aufwachen, beim Wickeln oder zu einem Zeitpunkt, der oft passt.
- 2. Sicher halten.** Kleine Babys brauchen Kopf-, Nacken- und Rumpfunterstützung.
- 3. Kurz anbieten.** Wenn nichts kommt, ist das völlig in Ordnung.
- 4. Windel als Backup nutzen.** Ausscheidungskommunikation muss nicht ohne Windel stattfinden.
- 5. Aufhören, wenn es nicht passt.** Weinen, Wegdrücken oder Unwohlsein sind Gründe, die Situation zu beenden.

Ihr müsst keine Signale erkennen

Manche Babys zeigen Veränderungen im Gesicht, Körperbewegungen oder Laute. Andere sind schwer vorhersehbar. Ihr könnt genauso gut mit typischen Zeiten und Alltagssituationen arbeiten.

Psssss? Nur wenn ihr möchtet

Ein ruhiges, wiederkehrendes Geräusch kann die Situation begleiten. Es ist kein Muss und euer Baby muss darauf nichts leisten.

Teilzeit ist völlig in Ordnung

Nur morgens, nur zu Hause oder nur an manchen Tagen: alles möglich. Nachts, unterwegs oder bei Großeltern darf einfach eine Windel genutzt werden.

Wann medizinisch schauen lassen?

Wenn euer Baby deutlich krank wirkt, Fieber hat, sehr wenig uriniert, Blut in Urin oder Stuhl sichtbar ist, gallig erbricht oder andere auffällige Beschwerden zeigt, gehört das medizinisch eingeordnet. Abhalten ersetzt keine Untersuchung.

Mehr lesen

Aktuelle Online-Fassung und weiterführende Fachinformationen.



Beobachtungsbogen Ausscheidungen

Neutraler 1-3-Tage-Bogen. Kein Trainingstagebuch, keine Trefferquote, keine Bewertung.

Ziel: Wiederkehrende Situationen beschreiben - nicht Leistung messen. Auch 'kein Signal erkannt' ist eine valide Beobachtung.

Zeit	Situation davor	Urin / Stuhl	Ort	mögliche Beobachtung	Bemerkung

Situation davor: Schlafen/Aufwachen, Stillen/Flasche, Wickeln, unterwegs, anderes. **Beobachtung:** Gesicht, Körperbewegung, Laut, Unruhe, kein erkennbares Signal. **Nicht verwenden als:** Erfolgsquote, Begründung für weniger Flüssigkeit oder Ersatz für medizinische Dokumentation.



Was ist normal? Urin und Stuhl im Säuglingsalter

Populationsdaten geben Orientierung, aber keine individuellen Sollwerte.

URIN

- Junge Säuglinge urinieren typischerweise häufig und in kleinen Mengen.
- Mit zunehmendem Alter nehmen Miktionsfrequenz und Restharn im Mittel ab; Blasenkapazität und Miktionsvolumen steigen.
- Unterbrochene Miktionen können im frühen Säuglingsalter vorkommen.
- Geruch oder Farbe allein beweisen keinen Harnwegsinfekt.

STUHL

- In den ersten Lebenswochen ist Stuhl im Mittel häufiger als später.
- Gestillte Säuglinge haben durchschnittlich häufigeren und weicheren Stuhl als Formula-ernährte Säuglinge.
- Sehr seltener Stuhl kann bei einem ausschließlich gestillten, gut gedeihenden, klinisch unauffälligen Baby normal sein.
- Frequenz allein diagnostiziert keine Obstipation - Konsistenz, Schmerzen, Gedeihen und Begleitsymptome zählen.

FARBE

- Gelb, hellbraun und grün können zum normalen Spektrum gehören.
- Grüner Stuhl allein ist kein Krankheitsbeweis.
- Sichtbares Blut, sehr heller/acholischer Stuhl oder schwarzer Stuhl außerhalb der Mekoniumphase gehören medizinisch eingeordnet.

PRESSEN UND WEINEN

Wiederholtes langes Pressen mit sichtbarer Anstrengung vor erfolgreicher oder erfolgloser Passage von **weichem** Stuhl kann bei Säuglingen unter 9 Monaten zu infantiler Dyschezie passen, sofern keine bessere Erklärung oder Warnzeichen vorliegen. Rome V ist eine klinische Einordnung, keine Selbstdiagnose.

Nicht nur beobachten bei: Fieber, deutlich weniger Urin, Blut in Urin oder Stuhl, galligem Erbrechen, ausgeprägter Bauchdistension, schlechtem Gedeihen oder krank wirkendem Kind.

Quellen: Van der Cruyssen et al. 2015; Baaleman et al. 2023; Solasaari et al. 2024; Rome V 2026; NICE.
Aktuelle Online-Fassung per QR-Code.



Ausscheidungskommunikation: 10 häufige Behauptungen

Für Fachpersonen. Keine Produkt- oder Methodenwertung, sondern eine vorsichtige Einordnung der Evidenz.

Behauptung	Evidenznähere Einordnung
„Windelfrei heißt ohne Windel.“	Nein. Teilzeitpraxis und Windel als Backup sind häufig dokumentiert.
„Babys müssen ihre Blase bewusst kontrollieren können.“	Nein. AITT ist von späterer willentlicher Kontinenz zu unterscheiden.
„Man muss die Signale erkennen.“	Nein. Timing und Alltagssituationen können ebenfalls genutzt werden.
„Psssss löst den Reflex aus.“	So nicht belegt. Cues sind dokumentiert, ein spezifischer Wirkmechanismus nicht.
„Je früher, desto besser.“	Ein optimales oder kritisches Startalter ist nicht belegt.
„Man muss auch nachts abhalten.“	Nein. Eine nächtliche Pflicht oder ein Mindestpensum ist nicht evidenzbasiert.
„Abhalten behandelt Verstopfung oder Dyschezie.“	Keine robuste Evidenz für eine therapeutische Wirkung bei etablierter Obstipation/Dyschezie.
„Grüner Stuhl ist krankhaft.“	Nein. Grüner Stuhl kommt bei gesunden Säuglingen häufig vor.
„Stoffwindeln sind immer ökologischer.“	Zu pauschal. Mehrweg hängt stark von Waschen, Trocknen und Wiederverwendung ab.
„Andere Kulturen machen das alle so.“	Nein. Frühe Praxis ist kulturell dokumentiert, aber weder länder- noch weltweit einheitlich.

Bessere Grundhaltung: AITT als optionale Pflegepraxis erklären, Nutzen und Grenzen trennen, keine Gesundheitsversprechen machen und Familien weder zum Start noch zum Durchhalten drängen.



Wochenbett: Ausscheidungen beim Neugeborenen

Für Hebammen. Ergänzt, aber ersetzt kein lokales Wochenbett- oder Stillprotokoll.

Grundsatz: Ausscheidungsbeobachtung bleibt Teil der Gesamtbeurteilung von Ernährung und Neugeborenenverlauf - egal ob Urin/Stuhl in der Windel oder beim Abhalten ausgeschieden wird.

1. Gesamtbild	Allgemeinzustand und Wachheit, effektive Ernährung, Gewichtsverlauf, Temperatur/klinische Auffälligkeiten, nachvollziehbare Gesamtzahl von Miktionen und Stuhlentleerungen.
2. Ausscheidungen vollständig erfassen	Wenn Eltern bereits abhalten, müssen Ausscheidungen außerhalb der Windel mitgezählt werden. Eine trockene Windel bedeutet sonst nicht automatisch, dass kein Urin ausgeschieden wurde.
3. Zwei quellengebundene Schwellen	Kein Mekonium innerhalb von 24 Stunden: nach NICE medizinischen Rat einholen. Gesundes termingeborenes gestilltes Neugeborenes mit <1 Miktion und <1 Stuhl pro Lebenstag: nach ABM sorgfältige Still-/Ernährungsbeurteilung.
4. AITT bleibt nachrangig	Ernährung, Wärme, Nähe, Erholung und medizinische Beobachtung haben Vorrang. Abhalten ist optional und darf diese Prioritäten nicht stören.
5. Bei Warnzeichen	Fieber, deutlich reduzierte Urinausscheidung, schlechtes Trinken, auffälliger Allgemeinzustand, galliges Erbrechen, ausgeprägte Distension oder andere Red Flags klinisch beurteilen.

Die Schwellen sind keine Diagnosen. Sie lösen eine fachliche Beurteilung im Kontext von Ernährung, Gewicht und Allgemeinzustand aus.

Kernquellen: NICE NG194 Postnatal care; Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #2 (2022).
Aktuelle Online-Fassung per QR-Code.



Baby presst und weint

Dyschezie, Obstipation oder Warnzeichen? Kein diagnostischer Algorithmus.

Start: 'Pressen und Weinen' ist ein Symptom, keine Diagnose. Zuerst Warnzeichen ausschließen.

1. WARNZEICHEN?

Blut im Stuhl ohne erkennbare Fissur, galliges/wiederholtes Erbrechen, ausgeprägte Distension, schlechtes Gedeihen, Trinkschwäche, Fieber, auffälliger Anus oder neurologische/lumbosakrale Auffälligkeiten.

Ja → medizinisch abklären.
Nein → weiter zu 2.

2. WIE IST DER STUHL?

Weich: Bei Säuglingen <9 Monate kann wiederkehrendes langes Pressen mit sichtbarer Anstrengung vor weichem Stuhl zu infantiler Dyschezie passen, wenn keine bessere Erklärung vorliegt.

Frequenz allein reicht nicht.

Hart/schmerzhaft/Retention: eher Obstipation oder andere Ursache prüfen.

3. MUSS ETWAS 'GELÖST' WERDEN?

Bei korrekter Dyschezie-Einordnung stehen Aufklärung und Beruhigung im Vordergrund. Routinehafte rektale Stimulation oder eine Behandlung 'gegen Verstopfung' ist nicht sinnvoll. Obstipation wird nach Leitlinie behandelt.

Keine Selbstdiagnose.

4. WELCHE ROLLE HAT AITT?

Eine gut unterstützte hockähnliche Position kann sich angenehm anfühlen. Es ist aber nicht belegt, dass Abhalten infantile Dyschezie oder etablierte Obstipation behandelt.

Optional, keine Therapiebehauptung.

Kurzform: Warnzeichen? → abklären. Weicher Stuhl + typische Anstrengung <9 Monate? → Dyschezie möglich, sorgfältig abgrenzen. Harter/schmerzhafter Stuhl? → Obstipation/andere Ursachen prüfen. AITT? → optional, keine Therapie.

Quellen: Rome V 2026; deutsche S2k-Leitlinie pädiatrische Obstipation; ESPGHAN/NASPGHAN 2026; BABITT 2026.
Aktuelle Online-Fassung per QR-Code.

