

# Inhalt

<b>Geleitwort</b> .....	<b>9</b>
<b>Vorwort</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Grundlagen</b> .....	<b>15</b>
1.1 Welche Risikofaktoren gibt es? .....	17
1.2 Was will die Betroffene? .....	18
<b>2 Somatische Grundlagen</b> .....	<b>21</b>
2.1 Die Muskulatur .....	21
2.2 Die Nieren .....	21
2.3 Die Harnleiter .....	22
2.4 Die Harnblase .....	22
2.5 Die Harnröhre .....	23
2.6 Die Prostata .....	23
2.7 Physiologie der Blasenentleerung .....	24
<b>3 Grundformen der Harninkontinenz</b> .....	<b>27</b>
3.1 Belastungsinkontinenz .....	30
3.1.1 Belastungsinkontinenz bei der Frau .....	30
3.1.2 Belastungsinkontinenz beim Mann .....	50
3.1.3 Pflegeablauf bei der Belastungsinkontinenz .....	56
3.2 Dranginkontinenz (Detrusorüberaktivität) .....	57
3.2.1 Dranginkontinenz aufgrund einer neurologischen Erkrankung (Detrusorüberaktivität neurogen) .....	58
3.2.2 Dranginkontinenz aufgrund einer Erkrankung oder Überempfindlichkeit der Blase (Detrusor symptomatisch) .....	60
3.2.3 Dranginkontinenz aufgrund unbekannter Ursachen (Detrusorüberaktivität idiopatisch) .....	62

3.2.4	Therapiemaßnahmen .....	64
3.2.5	Pflegeablauf bei einer Dranginkontinenz .....	66
3.3	Mischinkontinenz.....	67
3.3.1	Therapiemaßnahmen .....	68
3.4	Überlaufinkontinenz/chronische Harnretention mit Harnverlust.....	69
3.4.1	Mögliche Ursachen einer Überlaufinkontinenz .....	70
3.4.2	Konservative Therapiemaßnahmen .....	73
3.4.3	Operative Therapiemaßnahmen.....	74
3.4.4	Pflegeablauf bei der Überlaufinkontinenz.....	77
3.5	Reflexinkontinenz/neurogene Detrusorüberaktivität ohne Harndrang .....	79
3.5.1	Konservative Therapiemaßnahmen .....	80
3.5.2	Operative Therapiemaßnahmen.....	81
3.5.3	Pflegeablauf bei Reflexinkontinenz.....	82
3.6	Extraurethrale Inkontinenz .....	84
3.6.1	Therapiemaßnahmen .....	84
3.6.2	Pflegeablauf bei der extraurethalen Inkontinenz.....	84
<b>4</b>	<b>Pflegemaßnahmen zur Kontinenzförderung .....</b>	<b>85</b>
4.1	Sicherstellung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr....	85
4.2	Führen eines Miktionsprotokolls .....	87
4.3	Der 24-Stunden-Vorlagengewichtstest.....	94
4.4	Darmmanagement .....	95
4.5	Doppel- oder Dreifachmiktion (bei Überlauf- inkontinenz) .....	96
4.6	Trink- und Blasentraining (bei Dranginkontinenz).....	96
4.7	Toilettentraining (bei Dranginkontinenz).....	98
4.7.1	Der angebotene Toilettengang .....	99
4.7.2	Toilettengang zu individuellen Entleerungs- zeiten .....	100
4.7.3	Toilettengang zu festen Zeiten.....	101

4.8	Der intermittierende Selbstkatheterismus (ISK) .....	101
4.8.1	Steriler Katheterismus.....	102
4.8.2	Aseptischer Katheterismus .....	103
4.8.3	Hygienischer Katheterismus .....	103
4.8.4	Lernhilfsmittel.....	104
4.8.5	Ablauf der Unterweisung .....	104
4.8.6	Integration in den Alltag.....	107
4.8.7	Richtwerte.....	107
<b>5</b>	<b>Hilfsmittel.....</b>	<b>109</b>
5.1	Grundlagen.....	110
5.2	Aufsaugende Hilfsmittel .....	111
5.2.1	Aufbau professioneller aufsaugender Hilfsmittel.....	111
5.2.2	Ausführungen.....	112
5.2.3	Anlegetechnik .....	114
5.2.4	Körperferne aufsaugende Hilfsmittel.....	115
5.3	Ableitende Inkontinenzhilfsmittel .....	115
5.3.1	Kondom-Urinalen .....	115
5.3.2	Externe Urinableiter .....	116
5.3.3	Katheter .....	116
5.4	Sonstige Hilfsmittel .....	123
5.4.1	Harnflaschen .....	123
5.4.2	Analtampons.....	124
	<b>Literatur.....</b>	<b>125</b>

# Vorwort

Geschätzte Leserinnen und Leser!

Als Marco Seltenreich und ich im Jahr 2011 erstmals ein „Fachbuch für Laien“ zum Thema Kontinenz auf den Markt brachten, betraten wir absolutes Neuland. Noch nie zuvor hatte es im deutschsprachigen Raum ein Buch zu diesem Tabuthema gegeben. Und dieses vermittelte nicht nur völlig ohne Fachlatein Orientierung für Betroffene und deren Angehörige, es gab erstmals auch den Betroffenen selbst ein Gesicht und eine Stimme.

Die vielen (wahren) Geschichten aus dem Alltag zeigten erstmals, das hinter dem medizinischen Problem in den meisten Fällen ein viel größeres menschliches Problem steckt. Es war uns ein großes Anliegen, dass sich Betroffene nicht hilflos und alleine fühlten, sondern aufgezeigt bekamen, dass dieses Leiden kein unabwendbares Schicksal ist und dass eine Vielzahl an pflegerischen Maßnahmen zur Verfügung steht, die die Situation nicht nur verbessert, sondern oft auch so verbessert, dass ein nahezu normales Leben möglich ist.

Zu unserer großen Überraschungen erhielten wir jedoch auch sehr viele Rückmeldungen aus der Pflegebranche und auch von Pflegepersonen in Ausbildung, die besonders zu schätzen wussten, dass hier endlich die menschliche Seite einer Pflegesituation beleuchtet wurde, die für beide Seiten nicht einfach ist.

Ich habe mein komplettes Berufsleben in unmittelbarer Nähe von Menschen verbracht, denen die menschliche Problematik der Inkontinenz weitaus mehr zusetzte als die medizinische. Ich erlebte Scham, Ekel, Schuldgefühle, Verzweiflung, aber auch Hoffnung, Freude, Vertrauen und Erleichterung, wenn die pflegerischen Maßnahmen Wirkung zeigten.

Verstehen Sie mich richtig: Es ist von enormer Wichtigkeit für Pflegepersonen, über die medizinischen Fakten, Abläufe und Zusammenhänge Bescheid zu wissen. Doch es ist von ebenso großer

Wichtigkeit, Menschen zuzuhören, auch Ungesagtes zu verstehen und umgekehrt Wissen mit Fingerspitzengefühl und Sensibilität zu vermitteln. Ohne soziale Kompetenzen, ohne Einfühlungsvermögen und ohne Bereitschaft, den Menschen im Patienten zu begegnen, bleibt die Pflege von Inkontinenzbetroffenen hinter ihren Möglichkeiten zurück und kann im Extremfall sogar die Situation der Betroffenen verschlechtern.

Vor diesem Hintergrund reifte der Entschluss, dass wir unsere Botschaft an jene weitergeben wollten, die eine zentrale Rolle im Alltag von Pflegebedürftigen spielen. Dieses Buch soll Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegefachassistenten, Pflegeassistenten, aber auch Pflegenden in Ausbildung motivieren, sich ganzheitlich mit dem Thema Kontinenzförderung auseinanderzusetzen. Egal, ob Sie sich gerade in Ausbildung befinden oder bereits seit längerem in der Pflege tätig sind – ich hoffe, dass wir Ihnen mit diesem Buch sowohl medizinisches als auch menschliches Rüstzeug mit auf den Weg geben können, das Ihnen und den von Ihnen betreuten Menschen dabei hilft, den Alltag leichter zu bewältigen und gemeinsam bessere Erfolge zu erzielen.

Marco Seltenreich und ich bedanken uns beim Team des facultas Verlages, das es uns ermöglicht, unsere Pionierarbeit auf diesem Gebiet an eine weitere Zielgruppe zu vermitteln. Und wir bedanken uns bei jenen, die helfen, dass unsere Bücher, Geschichten und Zeichnungen dorthin gelangen, wo sie gebraucht werden und Hilfestellung bieten. Was uns aber am meisten hilft: Schreiben Sie uns, ob und wie Ihnen das auf den folgenden Seiten bereitgestellte Praxiswissen in Ihrer persönlichen Praxis hilft.

Bedanken möchte ich mich besonders bei Herrn Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Professor der Pflegewissenschaft, für sein Geleitwort. Weiters gilt mein Dank den Kolleginnen und Kollegen des Vereins der Kontinenz-Stoma-Beratung Österreich (KSB) und der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreichs (MKÖ), die mich stets in meiner Arbeit bestärken und wertschätzen.

Natürlich geht ein sehr großes persönliches Danke an meine Kinder Angela, Christoph und meinen Mann Walter, die mich aufgrund meiner Arbeit sehr oft entbehren müssen. Und last but not least: Danke an meinen Freund und Co-Autor Marco Seltenreich. Ohne dich wäre das alles nicht möglich!

Wien, im Januar 2018

*Gisele Schön*

### 3 Grundformen der Harninkontinenz

Auch wenn das Ergebnis immer das gleiche ist, die Ursachen für Inkontinenz sind vielfältig. In der Fachmedizin unterscheidet man folgende Inkontinenzformen:

- Belastungsinkontinenz bei der Frau
- Belastungsinkontinenz beim Mann
- Dranginkontinenz
- Mischinkontinenz
- Überlaufinkontinenz
- Reflexinkontinenz
- Extraurethrale Inkontinenz

#### **Die Kernfrage: Welche Inkontinenzform liegt vor?**

Jede Behandlung von Inkontinenz steht und fällt mit der Identifizierung der vorliegenden Inkontinenzform. Denn: Jede davon erfordert einen ganz anderen Therapieansatz. Auf den folgenden Seiten werden alle existierenden Formen ausführlich vorgestellt.

Die folgende Tabelle soll Pflegepersonen zunächst Orientierung und eine „Abkürzung“ ermöglichen, indem sie von den beobachtbaren Symptomen direkt auf die Beschreibung der jeweils vorliegenden inkontinenzform verweist.

<b>Auftretende Symptome</b>	<b>Störung</b>	<b>Harninkontinenzform</b> (im Buch verwendeter Begriff)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harnverlust bei Husten, Niesen, Lachen</li> </ul>	Speicherproblem (Harnverlust)	<b>Belastungsinkontinenz</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harnverlust mit einem Drang einhergehend</li> <li>• Häufiges Urinieren von kleinen Mengen tagsüber und auch nachts</li> </ul>	Speicherproblem (Harnverlust)	<b>Dranginkontinenz</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harnverlust bei Husten, Niesen</li> <li>• Harnverlust mit Drang</li> </ul>	Speicherproblem (Harnverlust)	<b>Mischinkontinenz</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhter Restharn</li> <li>• Gefüllte Blase vom Arzt tastbar</li> <li>• Unfreiwilliger Harnverlust</li> </ul>	Entleerungsproblem (Harnverhalten)	Überlaufinkontinenz
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unfreiwilliger Harnverlust in regelmäßigen Intervallen</li> <li>• Fehlende/eingeschränkte Wahrnehmung der Blasenfüllung</li> </ul>	Speicherproblem und Entleerungsproblem	<b>Reflexinkontinenz</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beobachtbarer ständiger Harnverlust über andere Kanäle als die Harnröhre</li> </ul>	Speicherproblem und Entleerungsproblem	<b>Extraurethrale Inkontinenz</b>

Die fachmedizinischen Bezeichnungen finden Sie in nachfolgender Tabelle:



<b>Harninkontinenzform</b> (im Buch verwendeter Begriff)	<b>Medizinisch korrekte Bezeichnung</b> (seit 2002)*	<b>Medizinisch korrekte Bezeichnung</b> (bis 2002)*
Belastungsinkontinenz	Belastungsinkontinenz	Stressinkontinenz
Dranginkontinenz <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch das Vorliegen einer neurologischen Erkrankung</li> <li>• durch eine Erkrankung oder Überempfindlichkeit der Blase</li> <li>• aus unbekannter/ unbekanntem Ursache/-n</li> </ul>	Detrusorüberaktivität <ul style="list-style-type: none"> <li>• neurogen</li> <li>• symptomatisch</li> <li>• idiopathisch</li> </ul>	Dranginkontinenz <ul style="list-style-type: none"> <li>• motorisch</li> <li>• sensorisch</li> </ul>
Mischinkontinenz	Mischinkontinenz	Kombinierte Stress-/ Dranginkontinenz
Überlaufinkontinenz	Chronische Harnretention mit Harnverlust	Überlaufinkontinenz
Reflexinkontinenz	Neurogene Detrusorüberaktivität ohne Harndrang	Reflexinkontinenz
Extrarethrale Inkontinenz	Extrarethrale Harninkontinenz	Extrarethrale Inkontinenz

\* Diese Bezeichnungen der verschiedenen Harninkontinenzformen wurden von der International Continence Society (ICS) festgelegt und gelten in medizinischen Fachkreisen als internationaler Standard. Die ICS ist eine internationale Vereinigung von Fachärzten und Experten, die sich mit der Erforschung und Enttabuisierung des Themas „Inkontinenz“ beschäftigen sowie die Weiterbildung in diesem Bereich vorantreiben.

## 3.1 Belastungsinkontinenz

### 3.1.1 Belastungsinkontinenz bei der Frau

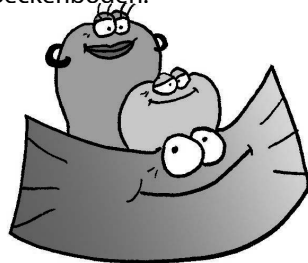
Belastungsinkontinenz – auch unter der Bezeichnung „Stressinkontinenz“ bekannt – ist die **häufigste Inkontinenzform** und zählt zu den sogenannten „Speicherproblemen“. Aufgrund der verschiedenen anatomischen Gegebenheiten gibt es im Verlauf der Erkrankung große Unterschiede zwischen Männern und Frauen, daher werden die männliche und die weibliche Ausprägung dieser Inkontinenzform in jeweils eigenen Kapiteln behandelt.

Belastungsinkontinenz betrifft aufgrund des speziellen anatomischen Körperbaus besonders Frauen im mittleren und höheren Lebensalter. Sie tritt in drei verschiedenen Schweregraden auf:

- **Grad 1 – leicht:**  
Harnverlust beim Lachen, Husten, Niesen
- **Grad 2 – mittel:**  
Harnverlust beim Gehen, Treppensteigen, Laufen, Springen
- **Grad 3 – schwer:**  
Harnverlust beim Aufstehen und als ständige Begleiterscheinung im Alltag

Bei jedem Lachen, Husten, Niesen, beim Heben schwerer Lasten oder bei sportlicher Betätigung entsteht Druck im Bauch. Dieser belastet wiederum den **Beckenbodenmuskel**. Ist die Harnblase gefüllt, drückt auch sie zusätzlich auf den Beckenboden.

Solange der Beckenbodenmuskel noch fest oder gut trainiert ist, ist das alles kein Problem, da sich Beckenbodenmuskel und äußerer Schließmuskel gleichzeitig zusammenziehen und auf diese Weise den Druck ausgleichen.



## 4 Pflegemaßnahmen zur Kontinenzförderung

Um die Lebensqualität von Personen mit körperlich und/oder geistig eingeschränkten Fähigkeiten, die an Inkontinenz leiden, zu verbessern, bedarf es nicht nur der menschlich und fachlich korrekten Pflege einer Fachkraft – man muss auch einen **neuen Tagesablauf** etablieren, um kontinenzfördernde Maßnahmen im Leben der Betroffenen dauerhaft zu verankern. Dies erfordert Planung und Anleitung, aber auch das Vermögen und den Willen der Person selbst. Das ist jedoch nicht allen Personen möglich.

Ziel dieser Maßnahme ist, die Fähigkeit zur Blasenkontrolle durch Aufforderung und positive Verstärkung zu trainieren. Das bedeutet, dass die **Aufmerksamkeit** der pflegebedürftigen Person **auf die Blasenentleerung** gelenkt wird. Vielen gelingt das nur durch die aktive Anleitung und Hilfe anderer Personen, die ihnen bei der Verrichtung der Ausscheidung helfen.

Auch hier gilt: Kontinenzförderung orientiert sich immer an den Fähigkeiten eines inkontinenten Menschen und an den Zielen, die er erreichen möchte.

### 4.1 Sicherstellung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr

Kein Durst! Was tun?

Zwischen **mangelnder Flüssigkeitsaufnahme** und Inkontinenz besteht ein **Zusammenhang**, weil beispielsweise konzentrierter Urin eine Drangsymptomatik verstärken kann, aber auch weil die Risiken von Harnwegsinfekten oder einer Obstipation dadurch ansteigen.

Empfohlen wird eine angemessene Flüssigkeitszufuhr (30 ml/kg bzw. 1,5 bis 2,0 l in 24 Stunden) durch Tee, Wasser oder Fruchtsäfte, soweit aus medizinischer Sicht keine Beschränkung erforderlich ist (Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, S. 66).

Man geht davon aus, dass Kaffee, Alkohol oder auch Zitrusgetränke bzw. -früchte beim Auftreten von Inkontinenz eine gewisse Rolle spielen. In den Untersuchungen, die bisher vorliegen, wurden vor allem der Kaffeegenuss und seine Einschränkung untersucht. Die Ergebnisse widersprechen einander jedoch (Expertenstandard, S. 66). Durch die Nutzung eines Miktionsprotokolls, in dem Art und Menge der Flüssigkeitsaufnahme erhoben werden, kann man eine **individuelle Disposition für bestimmte Getränke** erkennen (Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege 2007).

Manchen Menschen **fehlt das Durstempfinden** völlig. Selbst ohne Flüssigkeitsaufnahme haben sie kein merkliches Verlangen, etwas zu trinken, und entsprechend wenig natürlichen Antrieb, die tägliche Trinkmenge zu erhöhen. In diesen Fällen hilft oft nur, sogenannte „Dursterzeuger“ als Nahrungsergänzungsmittel zu sich zu nehmen.

Hier hat sich der **Knoblauch** besonders bewährt. Wer ihn verträgt und sich nicht an den bekannten Begleiterscheinungen stört, kann mit Knoblauch billig und einfach „Durst erzeugen“. Ein Butterbrot mit frischem Knoblauch am Vormittag sorgt den ganzen Tag für ein „gesundes“ Durstgefühl. Ebenfalls geeignet sind Fisch („Fisch will immer schwimmen“), Chili oder etwas schärfer gewürzte Speisen.

Pro Tag sollte man ungefähr **2 l Flüssigkeit** trinken, wobei auch Kaffee, Suppe und schwarzer Tee in der Flüssigkeitsbilanz berücksichtigt werden können. Es sollte sich jedoch um nicht zu große Mengen handeln.

Auch wenn es nicht nach viel klingt: Vielen Menschen fällt es extrem schwer, 2 l zu trinken. Viele haben zeit ihres Lebens nicht mehr als ½ l pro Tag zu sich genommen und stehen nach der lapidaren Empfehlung „Ab morgen trinken Sie bitte 2 l täglich“ vor einer na-

hezu unüberwindlichen Aufgabe. Eine Umstellung auf die vierfache Trinkmenge von einem Tag auf den anderen ist tatsächlich höchst unrealistisch.

Durch das Führen eines Protokolls kann man die **Trinkmenge langsam steigern**. Dabei genügt es, anfangs zusätzlich 1/8 l pro Tag zu sich zu nehmen und die Menge alle zwei oder drei Wochen weiter zu erhöhen. So kommt man schon nach relativ kurzer Zeit auf eine höhere Trinkmenge, ohne dass einem dies unnatürlich erscheint.

Auch psychologisch gibt es einen einfachen, bewährten Trick, um die Flüssigkeitsaufnahme attraktiver zu machen: Allein die Verwendung des Wortes „Prost!“ motiviert Menschen, mehr zu trinken – auch wenn sich in den Gläsern nur Wasser befindet.

Wie auch immer man sich oder andere dazu motiviert, mehr zu trinken: Wichtig ist es, die neu erlernten Trink- und Ausscheidungsgewohnheiten langfristig beizubehalten. Bis sie in Fleisch und Blut übergehen, bleibt das Protokoll ein nützliches und motivierendes Hilfsmittel.

## 4.2 Führen eines Miktionsprotokolls

Das Miktionsprotokoll ist ein unverzichtbares Instrument, um professionelle, kontinenzfördernde Maßnahmen durchzuführen. Vermerkt werden die Uhrzeit der Flüssigkeitsaufnahme, die Flüssigkeitsmenge und Art der Flüssigkeit (Kaffee/Tee bzw. Wasser) – weiters die Uhrzeit der Ausscheidung, die Harnmenge, die spontan ausgeschieden werden kann, sowie das Auftreten des Harndrangs. Auch die Flüssigkeitsmenge, die über ein Hilfsmittel aufgefangen wurde (Vorlagengewichtstest), ist eine wichtige Information für den behandelnden Arzt.