

# Konzept „Inkontinenz“

DGKP Martha Kierner | Akademische Community Health/Family Health Nurse

<b>Definitionen</b>	<p>Das Wort <b>Inkontinenz</b> leitet sich aus der lateinischen Sprache ab, „continere“ bedeutet zurückhalten oder zusammenhalten. Das Unvermögen, Harn oder Stuhlgang willkürlich zurückzuhalten, unfreiwilliger Abgang von Harn und Stuhl (Psyrembel, 1990)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Der Begriff Inkontinenz bedeutet grundsätzlich eine Schwäche etwas zurückzuhalten. Im medizinisch-pflegerischen Kontext, die fehlende oder mangelnde Fähigkeit des Körpers, den Blasen- und/oder Darminhalt sicher zu speichern und selbst zu bestimmen, wann und wo er entleert wird. (<a href="http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Harn-Inkontinenz.28.0.html">www.kontinenz-gesellschaft.de/Harn-Inkontinenz.28.0.html</a>)</li></ul> <p>Um der Konzeptbeschreibung gerecht zu werden, ist aber auch die Definition von <b>"Kontinenz"</b> erforderlich: Das Wort Kontinenz leitet sich vom Lateinischen ab und meint die Selbstbeherrschung, das Zurückhalten.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ... die Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort die Blase zu entleeren. Kontinenz beinhaltet jedoch auch die Fähigkeit, Bedürfnisse zu kommunizieren, um Hilfestellung zu erhalten, wenn Einschränkungen beim selbstständigen Toilettengang bestehen. (Expertenstandard in der Pflege 2020)</li><li>- <b>Harninkontinenz</b> umfasst im Expertenstandard des DQNP 2014 „jeglichen unwillkürlichen Harnverlust“</li></ul> <p>Inkontinenz ist als Krankheit definiert und mit erheblichen Begleiterscheinungen verknüpft. Situationsbedingt geringes Selbstwertgefühl 00120, soziale Isolation 00053, Gefährdendes familiäres Coping 00074, Machtlosigkeit 00125, Selbstpflegedefizit Toilettenbenutzung 0011.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Harninkontinenz bedeutet in Anlehnung an die „International Continence Society“ jeglicher unwillkürliche Harnverlust, ein weitverbreitetes Problem, das in allen Altersstufen mit steigendem Risiko im Alter auftreten kann.</li><li>- Laut S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie – kein isoliert zu betrachtendes Phänomen: „Bei älteren, vor allem multimorbiden gebrechlichen Älteren ist Harninkontinenz nicht so sehr als ein Symptom einer Erkrankung zu sehen, sondern als ein geriatrisches Syndrom. Viele Risikofaktoren, wie etwa Polypharmazie, Einschränkung der Kognition und Mobilität und vieles mehr, betreffen nicht direkt den Urogenitaltrakt, können aber die Blasenfunktion</li></ul>
---------------------	--

## NANDA I

verschlechtern und eine Inkontinenz auslösen bzw. verschlimmern.

Diagnose Domäne 3, Ausscheidung und Austausch, Sekretion und Exkretion von Ausscheidungsprodukten des Körpers

### **Klasse 1. Harntraktfunktion**

Der Prozess der Sekretion, Resorption und Ausscheidung von Urin:

00297 Behinderungsassoziierte Harninkontinenz

00016 Beeinträchtigte Harnausscheidung

00310 Mischharninkontinenz

00017 Stressharninkontinenz

00019 Drangharninkontinenz

00022 Risiko einer Drangharninkontinenz

00023 Harnretention

00322 Risiko einer Harnretention

### **Klasse 2. Magen-Darm-Funktion**

Der Prozess der Absorption und Ausscheidung von Endprodukten der Verdauung:

00319 Beeinträchtigte Stuhlkontinenz

Weiters dienen die Kontinenzprofile gemäß dem Expertenstandard Kontinenzförderung des Deutschen Netzwerks Qualitätsförderung in der Pflege (DNQP, (9)) zur Erfassung der Selbständigkeit bzw. pflegerischen Abhängigkeit beim Toilettengang:

#### - *Kontinenz*

Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit an einem passenden Ort die Blase entleeren zu können

#### - *unabhängig erreichte Kontinenz (Maßnahmen werden selbst durchgeführt)*

z.B. Selbständiges Toilettentraining bei Dranginkontinenz bevor der Harndrang einsetzt

#### - *abhängig erreichte Kontinenz (Maßnahmen werden mit Hilfsmitteln durchgeführt)*

Toilettentraining speziell bei motorischer Dranginkontinenz, wobei die individuelle Blasenfüllmenge durch ein Miktionsprotokoll vor Eintreten des Drangs ermittelt wurde oder durch zeitnahe Intervention durch Anlegen von Auffanggefäßen bei vornehmlich bewegungs- eingeschränkten Menschen

#### - *unabhängig kompensierte Inkontinenz (keine Unterstützung im Umgang mit Hilfsmitteln notwendig)*

Person kann ohne personelle Unterstützung passgenau eine Inkontinenzversorgung anwenden, z.B. selber die Vorlage wechseln, was bei Menschen mit Demenz oder stark bewegungseingeschränkten Klient\*innen eher nicht klappen wird (funktionelle Inkontinenz).

	<p>- <i>abhängig kompensierte Inkontinenz (Unterstützung im Umgang mit Hilfsmitteln)</i> Pflegerische Mindest-Regel-Versorgung in Form von Vorlagenwechseln oder Katheterisierung</p> <p>- <i>nichtkompensierte Inkontinenz.</i> Irrelevant</p> <p>Sollte das Ziel der Erhaltung der Kontinenz nicht erreicht werden, wird jeweils das für die Person nächstbessere Kontinenzprofil versucht. (Vgl. Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz, <a href="https://relias.de/blog/Expertenstandard-förder.de">relias.de/blog/Expertenstandard-förder.de</a>, M. Thomson 2017)</p> <p><b>Stuhlinkontinenz</b> bedeutet gemäß Definition der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. „dass die frühkindlich erworbene Fähigkeit, den Stuhl ort- und zeitgerecht abzusetzen, verloren gegangen ist. Unwillkürlicher Verlust von Darminhalt, das kann Luft, Darmschleim oder Stuhl sein, ist die Folge.“</p>
	<p><b>Voraussetzungen für Harnkontinenz:</b> <i>Intaktheit von Nerven und Organen des Urogenitalsystems.</i> In der Phase der zunehmenden Urinspeicherung folgt zunehmende Anspannung der Verschlussmechanismen der Harnröhre und des Beckenbodens bei gleichzeitiger Entspannung der Blase. Sensible Nerven leiten von der Blase über das Rückenmark an das pontine Miktionszentrum die Informationen der gefüllten Harnblase.</p> <p><i>Kognitive Fähigkeit</i>, den Toilettengang zu planen (passender Ort, passende Zeit)</p> <p><i>Motivation</i>, die Blasenentleerung erfolgreich zu regeln</p> <p><i>Mobilität</i>, um den Toilettengang bei „voller Blase“ durchzuführen</p> <p><i>Manuelle Geschicklichkeit</i> zum An- und Auskleiden</p> <p><i>Wahrnehmung</i> des Stimulus „volle Blase“. Die willentliche Auslösung der Miktion erfolgt durch Umkehrung der Mechanismen mit Kontraktion der Harnblase sowie Entspannung der Harnröhrenverschlussmechanismen und des Beckenbodens, um somit eine vollständige Entleerung der Harnblase zu ermöglichen.</p>

<b>Symptome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unfreiwilliger Urinverlust (mit und ohne begleitendem Harndrang) - Einnässen der Unterwäsche/Bettwäsche etc.</li> <li>• Unfreiwilliger Urinverlust bei körperlicher Anstrengung (Husten, Heben, Niesen, ...)</li> <li>• Ständiger Urinabgang</li> <li>• Zwingender Harndrang (Gefühl für Blasenfüllung ist eingeschränkt), auch mit unfreiwilligem Urinverlust</li> <li>• Tröpfeln nach dem Wasserlassen</li> </ul>
<b>Ätiologie</b>  <b>Mögliche Ursachen/ Entstehungs-Faktoren</b>	<p>„Die Inkontinenz kann körperlich, ökologisch, psychisch und sozial bedingt sein“ (Füsgen, 1992, S 45)</p> <p><b>Neurogene Ursachen (Neurogene Blase):</b>  Diese hängen mit einer Störung der Impulsüberleitung vom Gehirn über das Rückenmark zur Blase zusammen, daher ausschlaggebend bei der Drang- und Reflexinkontinenz.</p> <p><b>Motorische Dranginkontinenz:</b> Bei Erkrankungen des Großhirns (Apoplexie, Alzheimer, Morbus Parkinson, Arteriosklerose) kann grundsätzlich eine Inkontinenz hervorgerufen werden. Die Betroffenen spüren den Harndrang, können aber die Entleerung nicht unterdrücken, es kommt zur unfreiwilligen Entleerung, bevor die Toilette erreicht werden kann.</p> <p><b>Sensorische Dranginkontinenz:</b> Der Blasenmuskel selbst oder die Blasenschleimhaut sind geschädigt. Auslöser können Blasensteine, Blasenentzündungen oder Tumore sein.</p> <p><b>Reflexblase:</b> Störung in der Überleitung vom Gehirn zur Blase, z.B. bei Querschnittslähmung, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus. Der Betroffene spürt keinen Harndrang.</p> <p><b>Störungen am Verschlusssystem der Blase</b></p> <p><b>Stressinkontinenz:</b> Häufigste Inkontinenzform der Frau. Eine Erschlaffung des Beckenbodens tritt immer dann auf, wenn er unter hoher Druckbelastung (Schwangerschaft, Geburt, Übergewicht, schwere körperliche Arbeit) steht. Ebenso verliert der Beckenboden im zunehmenden Alter an Stabilität.  Beim Mann ist die Stressinkontinenz viel seltener als bei der Frau. Sie beruht auf der Schädigung des Schließmuskels, meist als Folge einer Operation an der Harnröhre z.B. eine radikale Prostatektomie.</p> <p><b>Überlaufinkontinenz:</b> Blasenentleerungsstörung, infolge der ständigen Überdehnung, z.B. Vergrößerung der Prostata, haben die Muskelfasern die Fähigkeit der Kontraktion verloren. Urin geht ständig ab, tröpfchenweise und ungewollt.</p>

### ***Inkontinenz durch Medikamenteneinnahme***

Inkontinenz kann durch viele Medikamente verursacht oder verstärkt werden. Bestimmte Schmerzmittel oder Barbiturate führen zu einer Erschlaffung des Blasenmuskels. Auch Diuretika können durch die Steigerung der Urinmenge eine Inkontinenz auslösen. Asthmamittel können durch Verstärkung des sympathischen Nervensystems eine massive Erschlaffung der Blasenmuskulatur bewirken.

### **Psychische Faktoren einer Inkontinenz**

Psychische Belastungen oder Angst können die Kontrolle über die Blase erschweren.

Mögliche Faktoren (in Füsgen, 1992)

- kritische Lebensereignisse wie Trennung durch Eintritt in eine Institution oder durch den Tod
- Depression
- Wahrnehmungsstörungen lassen den Betroffenen keine Toilette finden
- Angst, Schmerz, Einsamkeit
- erlernte Inkontinenz durch Fehl- oder Überbetreuung,
- Reizblase der Frau mit psychosomatischem Ursprung,
- tiefenpsychologisch: jeder Liebesverlust fördert die Regression und damit möglicherweise die Inkontinenz
- Aggression: Möglichkeit, sich durch empfundene Benachteiligung oder Vernachlässigung an den Betreuungspersonen zu rächen,
- Krankheitsgewinn: vermehrte Zuwendung durch Inkontinenz
- Reaktion auf Sinnverlust, Hoffnungslosigkeit, Nutzlosigkeit

Laut Füsgen (1992) werden organische und psychische Ursachen oft kombiniert. Ohne eine ausführliche Diagnostik darf nicht von vornherein ausschließlich von nur psychischen Faktoren ausgegangen werden.

### **Soziale und psychosoziale Faktoren der Inkontinenz**

Grund (in Füsgen, 1992)

- Ungünstige Wohnungen für ältere Menschen mit schlecht erreichbaren Toiletten
- Mangelnde Informationsbeschaffung
- Institutionalisierung
- Pflegenotstand
- Beziehungsstörungen zu den Angehörigen
- Beziehungsstörungen zu den Mitbewohnern
- Beziehungsstörungen zu den Pflegenden
- Beziehungsstörungen zwischen den Pflegenden

(Vgl. S Käppeli, Pflegekonzepte, Band 2, Verlag Hans Huber 2015)

**Lt. International Continence Society (ICS):**

	<p><i>Belastungs- und Stressinkontinenz</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schließmuskelschwäche</li> </ul> <p><i>Drang- oder Urgeinkontinenz</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motorische Urgeinkontinenz: Blasenmuskelinstabilität (Detrusorschwäche)</li> <li>- Sensorische Urgeinkontinenz: Blasenerkrankungen, Blasenhalinstabilität</li> </ul> <p><i>Reflexinkontinenz</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spinale Reflexinkontinenz: Rückenmarkserkrankungen, Rückenmarkverletzungen</li> <li>- Supraspinale Reflexinkontinenz: Hirnleistungsstörungen</li> </ul> <p><i>Überlaufinkontinenz</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstruktive Überlaufinkontinenz: Blasenauslassobstruktion</li> <li>- Funktionelle Überlaufinkontinenz: Funktionsverlust der Blasenmuskulatur</li> <li>-</li> </ul> <p><i>Extraurethrale Inkontinenz:</i> Harnfistel, Ureterdystropie, Blasenanomalien</p>
<p><b>Risikofaktoren</b></p>	<p><b>Harninkontinenz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangerschaft</li> <li>- Geburten, Geburtsverletzungen</li> <li>- Menopause, Östrogenmangel</li> <li>- Alter</li> <li>- chronischer Husten</li> <li>- Harnwegsinfekte,</li> <li>- schwere körperliche Tätigkeit</li> <li>- Verstopfung und Pressen beim Stuhlgang</li> <li>- Erkrankungen und Operationen der Prostata</li> <li>- Übergewicht</li> <li>- Bindegewebsschwäche</li> <li>- Medikamente</li> <li>- Erkrankungen und Einschränkungen in der Mobilität</li> <li>- Visuelle, kognitive oder physische Einschränkungen</li> <li>- Neurodegenerative Erkrankungen</li> <li>- Chronische Schmerzzustände</li> </ul>

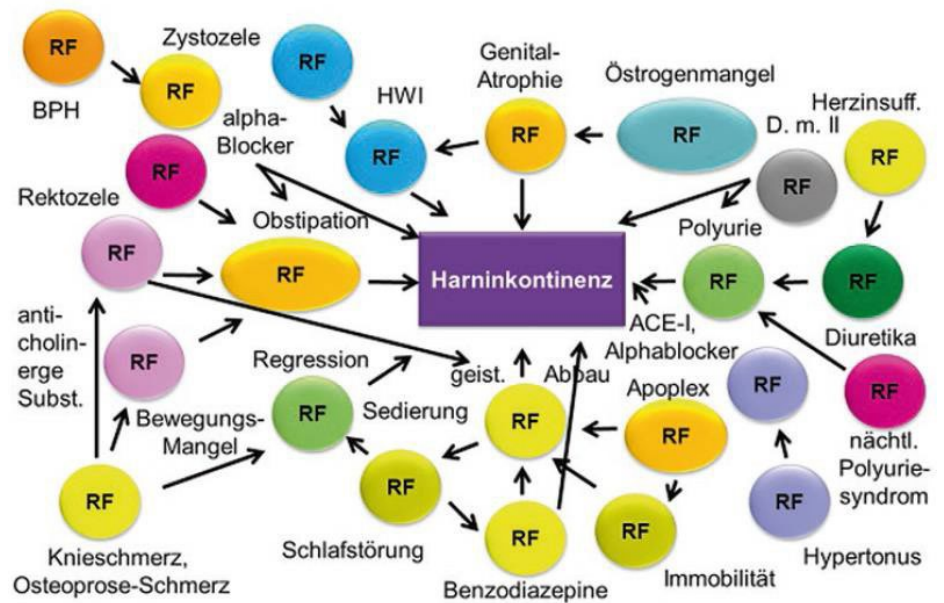


Abb 1: Das „geriatrische Denken“ – multidirektional, viele Risikofaktoren (RF) beeinflussen ein Leitsymptom. (© Wiedemann 2020, All Rights Reserved)

**Stuhlinkontinenz:**

*Sensorisch:* Verlust analer Empfindung, meist Operationsfolge (z.B. nach Hämorrhoiden-OP)

*Muskulär:* Sphinkterdefekte, Beckenbodeninsuffizienz

*Neurogen:* zentrale oder periphere Ursachen

*Kognitiv:* Demenz

*Emotional:* Konflikte, Regression bei Psychosen, Depression

*Gestörte Reservoir-Funktion:* z.B. Tumoroperationen, bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen,

*Funktionell:* Laxanzienabusus, Überlaufinkontinenz

(Vgl. Handlungsleitfaden Kontinenzförderung 07/2018)

**Formen der Inkontinenz**

Es gibt verschiedene Harninkontinenzformen:

1. Funktionelle Inkontinenz: unfreiwilliger Harnverlust ohne pathologischen Befund des Urogenitaltraktes, durch eine Beeinträchtigung der Mobilität oder durch kognitive Defizite.
2. Harninkontinenz aufgrund veränderter Speicher- oder Entleerungsfunktion:
  - *Stressinkontinenz oder Belastungsinkontinenz*

Im Zusammenhang mit körperlicher Belastung kommt es zum unfreiwilligen Harnverlust, etwa beim Husten, Niesen oder Lachen. Die Speicherfunktion der Harnblase ist beeinträchtigt.

- *Dranginkontinenz*: ein plötzlicher und kaum zu unterdrückender Harndrang führt zum unfreiwilligen Harnverlust. Auch hier ist die Speicherfunktion der Harnblase beeinträchtigt.
- *Mischinkontinenz*: Störung der Blasenspeicherfunktion tritt sowohl im Zusammenhang mit Harndrang als auch bei körperlicher Belastung auf.

3. Extraurethrale Inkontinenz:

Sowohl die Speicherfunktion als auch die Entleerungsfunktion sind beeinträchtigt. Urinverlust über andere Kanäle, beispielsweise eine Blasen-Scheidenfistel liegt vor.

4. Inkontinenz bei chronischer Harnretention (früher auch Überlaufblase bezeichnet): Die Entleerungsfunktion ist beeinträchtigt, die Harnblase ev. nach Toilettengang tastbar. Es kommt zur Restharnbildung.

5. Unkategorisierbare Inkontinenz: unfreiwilliger Urinverlust, der nicht eindeutig zuzuordnen ist. Die Ursachen für diese Funktionsstörungen liegen in der Blase selbst, in der Funktion der zentralen oder peripheren Innervation der Harnwege, etwa bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems, in einer Funktionsstörung des Beckenbodens, in einer hormonellen Veränderung, wie Östrogenmangel oder in einer Veränderung der Prostata. Eine Medikamentennebenwirkung, z.B bei Benzodiazepinen oder anderen zentral wirksamen Substanzen, aber auch Diuretika können einen unwillkürlichen Harnverlust verursachen. (Expertenstandard 2020)

**Formen der Stuhlinkontinenz:**

1. Funktionale Inkontinenz:

Inkontinenz aufgrund eingeschränkter Mobilität, ungünstiges Umfeld (keine Toilette erreichbar)

2. Passive Inkontinenz;

Ungewollter Verlust von Stuhl oder Winden

3. Dranginkontinenz

Verlust von Stuhl trotz Versuch des Haltens

4. Stuhlschmierer

Kontinenz für geformten Stuhl, aber oft Schmierer nach erfolgter Entleerung

**Schweregrad der Stuhlinkontinenz:**

Grad 1

gelegentlich geringe Verschmutzung der Unterwäsche und unkontrollierter Abgang von Darmgasen

Grad 2

Häufige Verschmutzung der Wäsche oder unkontrollierter Abgang von



Darmgasen, gelegentlich Abgang von flüssigem Stuhl  
 Grad 3  
 Vollständig unkontrollierter Abgang von Stuhl und Gasen

**Besondere Risikofaktoren für Stuhlinkontinenz:**

*Sensorisch:* Verlust analer Empfindung, meist Operationsfolge

*Muskulär:* Sphinkterdefekte, Beckenbodeninsuffizienz

*Neurogen:* zentrale oder periphere Ursachen,

*Kognitive:* Demenz

*Emotional:* Depression

*Gestörte Reservoir-Funktion:* z.B. nach Tumoroperationen, bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

*Funktionell:* Laxanzienabusus, Überlaufinkontinenz

(Vgl. Handlungsleitfaden Kontinenzförderung, 2. Auflage, Juli 2018)

Zur Identifizierung der Harninkontinenz können die Initialfragen eine gute Orientierung geben:

**Harninkontinenz  
-Assessment**

<b>Frage</b>	<b>Hinweis auf</b>
Verlieren sie ungewollt Urin?	Kontinenzprofil 2+3, bei Belastungs-, Überlauf- und Dranginkontinenz
Verlieren Sie Urin, wenn Sie husten, lachen oder sich körperlich betätigen?	Belastungsinkontinenz
Verlieren Sie Urin auf dem Weg zur Toilette?	Drang- und/oder Belastungsinkontinenz
Tragen Sie Vorlagen/Einlagen, um den Urin aufzufangen?	Meist Belastungsinkontinenz Hilfsmittel = Kontinenzprofil 3
Verspüren Sie häufig (starken) Harndrang?	Sensorische (Infekt?) od. motorische Dranginkontinenz
Müssen Sie pressen, um Wasser zu lassen?	Überlauf oder sensorische Dranginkontinenz

	<p>Die Berücksichtigung multipler auslösender Faktoren einer Harninkontinenz kann nur gelingen, wenn diese durch ein umfassendes Harninkontinenz-Assessment systematisch ermittelt und an die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Patient*innen angepasst werden. Ein Gelingen des Kontinenzmanagements setzt ein interdisziplinäres Team, das verlässlich den diagnostischen Prozess und die therapeutischen Interventionen begleitet, voraus. (Pro care 24, S14-20 2019)</p> <p>Weil eine weiterführende Diagnostik bei geriatrischen Patient*innen häufig nicht vollumfänglich gewünscht, medizinisch-prognostisch sinnvoll und überhaupt durchführbar ist (kognitive Defizite, Mobilitätsprobleme, hohe Vulnerabilität und damit Anfälligkeit für Komplikationen), haben Assessmentinstrumente in der Geriatrie einen besonders hohen Stellenwert (S2e-Leitlinie 084-001, Harninkontinenz, 2.01.19)</p>
	<p>Hier bietet sich z. B. der International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UISF) Fragebogen an. Dieser Fragebogen erfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Miktionsfrequenz, Tag und Nacht getrennt,</li> <li>• Fragen zum Ausmaß der Harninkontinenz: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie häufig verlieren Sie Harn?</li> <li>- Wie viel Harn verlieren Sie?</li> </ul> </li> <li>• Abfrage über die Harninkontinenzform <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wann tritt der ungewollte Harnverlust auf? <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Zu gar keiner Zeit,</li> <li>+ bevor Sie die Toilette erreichen können,</li> <li>+ beim Husten, Niesen, Laufen usw.</li> <li>+ im Schlaf</li> <li>+ bei körperlicher Anstrengung und Sport,</li> <li>+ nach dem Wasserlassen,</li> <li>+ aus keinem ersichtlichen Grund,</li> <li>+ Urinverlust tritt ständig auf.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Ebenso wird der Leidensdruck der Patient*innen eruiert mit der Frage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie sehr wird der Alltag durch den ungewollten Harnverlust beeinträchtigt? (Skala 1 – 10)</li> </ul> <p>Systematische Abfrage über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Dauer der Harninkontinenz,</li> <li>- der Kontakt zu Allgemein- oder Fachärzt*innen,</li> <li>- Operationen oder Traumen im Urogenitaltrakt.</li> </ul> <p>Das Berücksichtigen der Risikofaktoren, wie die Einnahme von Harninkontinenz auslösenden Medikamenten, z.B. Diuretika, Obstipation oder eingeschränkte Mobilität können eine Harninkontinenz erheblich</p>

<p><b>Therapeutische Hilfsmittel</b></p>	<p>verbessern.  Basisuntersuchung: Ausschluss von Harnwegsinfektionen oder anderen Blasen- oder Nierenerkrankungen, Restharnbestimmung, Miktionsprotokoll, Trinkmenge und Urinvolumina geben Hinweise auf die Inkontinenzform. (S. Ege, Artikel, Management der Harninkontinenz, 2019)</p> <p>Eine Urotherapie ist ein interdisziplinäres Therapiekonzept, das alle nicht-pharmakologischen und nicht-chirurgischen Verfahren zur Behandlung von Patient*innen mit funktionellen, neurogenen oder organischen Ausscheidungsstörungen umfasst.</p> <p>Dabei wird in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Psycholog*innen, Sozialdienst u. a. auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen eingegangen  Beratungen und Anleitungen zu Physiologie, Anatomie, Trink- und Essverhalten, Ausscheidungsverhalten sowie der Umgang mit Hilfsmitteln stehen im Vordergrund.</p> <p>Die wichtigsten therapeutischen Hilfsmittel:</p> <p><u>Beckenbodentraining mit Biofeedback- und Elektrostimulationsgeräten:</u>  Durch Anleitung ausgebildeter Beckenbodentrainer*innen kann eine Heimtherapie mit einem Kombi-Gerät weitergeführt werden.  Die Geräte zeigen die Muskelaktivität und zeigen somit den Anwender*innen, ob ihre Beckenbodenmuskulatur richtig trainiert wird.  Mittels Elektrostimulation wird zusätzlich der Muskelaufbau gefördert.</p> <p><u>Pessar-Therapie</u>  Bei Belastungsincontinenz und Senkungen der Blase, Darm und Uterus. Es gibt Pessare in Form von Schale, Ring oder Würfel. Würfelpessare können mit einem Rückholbändchen selbständig gewechselt werden. Andere Pessare werden in sechs- bis achtwöchigem Rhythmus von Gynäkolog*innen ausgetauscht.</p> <p><u>Vaginal-Tampons:</u>  Bei leichten Formen der Belastungsincontinenz. Sie dienen zur mechanischen Kompression der Harnröhre. Je nach Hersteller liegt die Tragedauer bei 12 bis 24 Stunden.</p> <p><u>Anal-Tampon:</u>  Verwendung bei unkontrolliertem Verlust von Stuhl. Er ist in verschiedenen Größen für Erwachsene und für Kinder erhältlich und kann bis zu zwölf Stunden im Darm verbleiben.  (Vgl. PflegeKolleg- Pro Care 05/2020, S.39)</p> <p>Zu den körpernahen aufsaugenden Hilfsmitteln zählen Slipeinlagen, Vorlagen, Inkontinenzslips unter Berücksichtigung von Auslaufschutz und Hautfreundlichkeit.</p>
--	--

## Aufsaugende Hilfsmittel

Es gibt Vorlagen in verschiedenen Größen, mit unterschiedlicher Saugfähigkeit, selbstklebend und mit normaler Unterwäsche kombinierbar, sowie größere Ausführungen in Kombination mit elastischen Netzhosen.

### a. Offene/zweiteilige Hilfsmittel

Dieses System besteht aus einer Einlage (anatomisch geformt oder in rechteckiger Form und in verschiedenen Größen und Saugstärken). Speziell für Männer gibt es für geringen Harnverlust säckchenförmige aufsaugende Hilfsmittel. Bei mittelschwerer Inkontinenz werden dreieckige Formen angeboten. (ermöglichen größere Bewegungsfreiheit). Diese können mit einem Netzhöschen (elastische, weitmaschige Materialstruktur oder in engmaschiger, weicher Qualität erhältlich).

Fixierhöschen bestehen aus hochelastischen Garnen, stark dehnbar und passen sich allen Körperformen an.

### b. Geschlossene/einteilige Hilfsmittel

Pull-ons und Pants werden wie Unterhosen verwendet und stehen ebenfalls in unterschiedlicher Saugstärke und Größe zur Auswahl. Sie werden bei leichter bis mittlerer Inkontinenz eingesetzt.

Ein passendes Produkt lässt sich nach der Einteilung der Gesellschaft für Inkontinenzhilfe folgendermaßen herausfinden:

Einteilung	Menge	Notwendige	Saugvolumen/
Schweregrad	Urinverlust	Produktkapazität	4 Stunden
Tröpfelinkont.	Unter 50 ml	Unter 150 ml	50 ml
Grad 1	50-100 ml	150-300 ml	300 ml
Grad 2	100-150 ml	300-750 ml	750 ml
Grad 3	über 250 ml		über 750 ml

### **Der Ablauf einer optimalen Hilfsmittelversorgung beinhaltet:**

- ✓ Diagnosestellung, Verordnung durch Fachärztin/Facharzt
- ✓ Persönliche Beratung durch Fachhändler\*in, Sanitätshaus oder Apotheke
- ✓ fachliche Beratung und individuelle Versorgungsplanung durch eine pflegerische Fachkraft. (Kontinenzberater\*innen)
- ✓ Ausprobieren von Musterprodukten
- ✓ Nachhaltige Betreuung der Betroffenen und regelmäßige Evaluation bzw. Anpassung der Hilfsmittelversorgung durch das Fachpersonal.

<p><b>Ableitende Inkontinenzhilfsmittel</b></p>	<p><b>Kondom-Urinale</b>  Kondome, die an der Spitze offen sind und über einen Schlauch mit einem Auffangbeutel verbunden sind. Dieser Auffangbeutel wird am Oberschenkel unter der Hose befestigt. Bei richtiger Anwendung wird die Lebensqualität enorm verbessert.</p> <p>Kondom-Urinale dürfen nur nach ärztlicher Abklärung und Anordnung angelegt werden.</p> <p><b>Externe Urinableitung</b>  Diese werden mit einer selbsthaftenden Hautschutzplatte (Hydrokolloid) im Genitalbereich angebracht. Der Harn/Stuhl wird in einen dafür vorgesehenen Beutel mittels Schlauch abgeleitet.  Dieses Hilfsmittel ist nur für liegende Patient*innen geeignet und verhindert den direkten Hautkontakt mit Fäkalien. Nur nach ärztlicher Abklärung und Anordnung.</p> <p><b>Katheter</b>  Das Infektionsrisiko ist besonders hoch. Das ordnungsgemäße, sterile Legen eines Katheters ist einem chirurgischen Eingriff gleichzusetzen und wird nur nach ärztlicher Anordnung gesetzt.</p> <p><i>Einmalkatheter</i> kommen bei Laboruntersuchungen bzw. bei mehrmals täglich durchgeführtem Katheterismus (Blasenentleerungsstörung) zum Einsatz.</p> <p><i>Transurethraler Dauerkatheter / in der Harnröhre liegender DK</i>  Anwendung bei Bilanzierung, intra- und postoperativer Harndrainage und bei Blasenentleerungsstörung.  Der transurethrale Dauerkatheter ist mit einem aufblasbaren Ballon versehen, der in der Blase fixiert ist und ein Herausrutschen verhindert. Ein Schlauch mit Harnbeutel (Harnableitungssystem) wird an den Katheter angeschlossen.</p> <p><i>Suprapubischer Blasenkathe-ter</i> (suprapubische Harnableitung, Bauchkatheter) wird mittels Punktion durch die Bauchdecke durchgeführt.  Entscheidender Vorteil eines suprapubischen Blasenkatheters gegenüber dem Harnröhrenkatheter bei einer Harnableitung über längere Zeit ist die Vorbeugung von Infektionen. Weiters sind bei einer Umgehung der Harnröhre Harnröhrenstenosen, Urethritis, Prostatitis, sowie eine Nebenhodenentzündung/Epididymitis ausgeschlossen. Weitere Vorteile sind die Möglichkeit der Spontanmiktion sowie die Möglichkeit, ein normales Sexualleben zu führen.  Der pflegerische Aufwand ist relativ gering, vor allem in Verbindung mit Beinbeutel und Einwegventilen.  (Vgl. G. Schön; M. Seltenreich; Praxiswissen Kontinenz, 2018)</p>
---	--

<b>Subjektives Belastungs- erleben</b>	(A. Ahnis; N. Knoll; 2008):	
	<b><u>Körperliche Ebene:</u></b>	
	Unwohlsein/ Erschöpfung	Reduktion der Trinkmenge/Nahrungsmenge vor dem Ausgehen Verzicht auf bestimmte Getränke (z.B. Kaffee) Tragen von Vorlagen Harndrang nasse Vorlagen/Hosen Unterbrechen des Nacht-/Mittagschlafes Unruhe, Unterbrechungen
	Entzündungen/ Schmerzen	häufiges Waschen Vorlagen, Inkontinenzhosen starker Harndrang Hautirritationen
	Geruch	eigener Geruch (Urin, Stuhl)
	<b><u>Verhaltensebene:</u></b>	
	Verstärkte Hygiene	Versorgung mit Hilfsmitteln Beseitigung der Vorlagen Überprüfen der Kleidung/Vorlagen Körperpflege (waschen, cremen, Vorlagen/ Unterwäsche wechseln, umziehen) Schutz von Polstermöbeln Wäsche waschen
	Veränderte Kleidung	weite Röcke, Hosen statt Röcken, lange Jacken oder Blusen, große Anzahl von Hosen
	Aufbewahrungs- u. Transportprobleme	Taschen/Beutel mit Vorlagen (auf Reisen, Koffer) Lagern/Unterbringungen/Entsorgen der Vorlagen zu Hause
	Toilettensuche	„Toilettenplan“
<b><u>Ökonomische Ebene</u></b>		
Finanzielle Belastung	Kauf von Inkontinenzhilfsmitteln hoher Verbrauch von Feuchttüchern hoher Waschmittelverbrauch	

	<p><b><u>Psychische Ebene</u></b></p> <p>Angst/Unsicherheit      Urin- und/oder Stuhlverlust in der Öffentlichkeit/andere bemerken Erkrankung Nicht sauber zu sein Keine Vorlagen dabei zu haben Geruch vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen zu werden nichts mehr zu schaffen Verschlimmerung des Zustands</p> <p>Kontrollverlust/ Wut/Ärger                      Unbeherrschbarkeit der Ausscheidungsfunktion nicht bemerken, dass Urin und /oder Stuhl verloren geht Unvorhersehbarkeit, Nichtplanbarkeit, Unterbrechung des Tagesablaufs/Tagesablauf nach Inkontinenz richten Zustand nicht veränderbar</p> <p>Scham                              Situation ist unangenehm, peinlich Geruch Vorlagen zeichnen sich unter Kleidung ab fremdausgelöste Scham (Partner*in ekelt sich; sich beobachtet fühlen; Pflegepersonal wechselt Vorlagen)</p> <p>Ekel                                nasse Vorlagen, Geruch Wasser/Stuhl läuft Bein hinunter Ekel vor sich selbst</p> <p><b><u>Soziale Ebene</u></b></p> <p>Eingeschränkte soz.      Verzicht auf Reisen, Bus-, Bahnfahrten Aktivität                      Verzicht auf sportliche Aktivitäten (z.B. schwimmen, joggen, wandern) Verzicht auf kulturelle Aktivitäten (z.B. Theater, Oper) Bevorzugen von Haus und Garten</p> <p>Eingeschränkte soz.      Rückzug von Freunden, Familie, Partner Beziehungen                      keine neuen Bekanntschaften</p> <p>Probleme in Partner-      Urin- und/oder Stuhlverlust beim schaft und Sexualität      Geschlechtsverkehr Vermeiden von Geschlechtsverkehr nicht mit Partner über Inkontinenz reden Trennung vom Partner/Vermeidung neuer Partnersuche</p>
--	---

<p><b>Empfohlene Maßnahmen</b></p>	<p>Therapiemaßnahmen im ganzheitlichen Behandlungskonzept:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toilettentraining/Miktionstraining</li> <li>• Physiotherapie/physikalische Therapie</li> <li>• Hilfsmittel</li> <li>• instrumentelle Harnblasendrainage</li> <li>• qualifizierte Pflegekräfte</li> <li>• Patient*innen- bzw. Angehörigenschulung</li> <li>• Allgemeinmaßnahmen (z. B. Diät, Umfeld, geistiges und körperliches Training (Vgl. Harninkontinenz im Alter, I. Füsgen, Steinkopff Verlag 2005)</li> </ul>
<p><b>Pflegemaßnahmen zur Kontinenzförderung</b></p>	<p><b>Sicherstellung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr</b> Empfohlen wird eine Flüssigkeitszufuhr (30 ml/kg bzw. 1,5 bis 2,0 l in 24 Stunden) durch Tee, Wasser und Fruchtsäfte soweit keine medizinischen Einschränkungen erforderlich sind (Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz in der Pflege, S. 66)</p> <p><b>Führen eines Miktionsprotokolls</b> Es werden die Uhrzeit der Flüssigkeitsaufnahme, die Flüssigkeitsmenge und Art der Flüssigkeit, weiters die Uhrzeit der Ausscheidung, die Harnmenge, die spontan ausgeschieden werden kann, sowie das Auftreten des Harndrangs festgehalten.</p> <p><b>Der 24-Stunden Vorlagengewichtstest</b> Wichtige Methode, um Ausmaß der Harninkontinenz festzustellen und optimales aufsaugendes Hilfsmittel zu finden. Das Trockengewicht (Nettogewicht) wird vom Gewicht der nassen Einlage (Bruttogewicht) abgezogen und auf einer Liste vermerkt. Das Protokoll wird über einen Zeitraum von 2 x 24 Stunden geführt. Dividiert man die Summe der errechneten Harnmenge durch 2, erhält man die tägliche Menge des ungewollten Harnverlustes.</p> <p><b>Darmmanagement</b> Obstipation hat oft einen großen Einfluss auf die Harninkontinenz. Eine Beratung zur Obstipationsprophylaxe und eine Ernährungsberatung sollten unbedingt erfolgen.</p> <p><b>Doppel- oder Dreifachmiktion (bei Überlaufinkontinenz)</b> Die Betroffenen gehen in einem kürzeren Zeitabstand (ca. 15 Minuten) zwei- oder dreimal zur Toilette mit dem Ziel der vollständigen Blasenentleerung und Senkung der Restharnmenge (Minderung des Harnwegsinfektionsrisikos)</p> <p><b>Trink- und Blasentraining (bei Dranginkontinenz)</b> Ziel ist die Korrektur falscher Ausscheidungsgewohnheiten (häufiges Aufsuchen der Toilette), Erhöhung der Blasenkapazität und Fähigkeit, den Harndrang zu unterdrücken. Die Ausscheidungsintervalle der Betroffenen sollen auf 3 bis 4 Stunden erhöht werden. Das Trink- und Blasentraining ist nur für Personen geeignet, die ihre Ausscheidung ohne fremde Hilfe kontrollieren können und eigenständig ein Protokoll über ihr Trink- und Ausscheidungsverhalten führen können.</p>



<p><b>NIC</b></p>	<p><b>Toilettentraining (bei Dranginkontinenz)</b>  Dieses Training wird bei Personen angewendet, die körperlich und/oder geistig eingeschränkt sind und <i>daher</i> eine Person zur Unterstützung brauchen.  Es unterteilt sich in <b>angebotenen Toilettengang</b> (regelmäßiges Nachfragen bei der inkontinenten Person zu festgelegten Zeiten), <b>Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten</b> durch ein mehrtägiges Ausscheidungsprotokoll (indem Ausscheidungen und Trinkmengen im normalen Tagesverlauf genau dokumentiert werden, wird der individuelle Toilettenplan erstellt und dadurch die Inkontinenzepisoden verringert), <b>Toilettengang zu festgelegten Zeiten</b>, (bei dieser passiven Form des Toilettentrainings initiiert eine Pflegeperson den Toilettengang zu festgelegten Zeiten, z.B. alle zwei oder drei Stunden).  Diese Form des Toilettentrainings ist die am häufigsten angewandte in institutionellen Betreuungen von Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf.  <b>Der intermittierende Selbstkatheterismus (ISK)</b>  Die restharnfreie Blasenentleerung durch den ISK durch die Harnröhre senkt das Risiko von Infektionen des Harntraktes. Eine verbesserte Kontinenz, mehr Lebensqualität, mehr Unabhängigkeit und ein verbessertes Sexualleben sind die Folgen.  (Vgl. G. Schön, M. Seltenreich; Praxiswissen Kontinenz, facultas 2018)</p> <p>Empfohlene Interventionen siehe Seite 1020 und 1031</p>
<p><b>Erleben und Bedeutung für Patient*innen</b></p>	<p>Inkontinenz ist für die betroffenen Klient*innen eine äußerst unangenehme Angelegenheit. Scham und Verheimlichung, Angst vor dem Riechen führen häufig in die soziale Isolation.  (Vgl. Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V., 2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Nichtkontrollieren der Ausscheidungen als Erwachsener führt zu Schuldgefühlen</li> <li>- Angst vor Ausgrenzung, Demütigung, Zurückweisung</li> <li>- Massive Kraftanstrengung beim bewussten Verheimlichen des Problems vor Angehörigen, Freunden und Bekannten</li> <li>- Inkontinenz verursacht auch Trauer über den Kontrollverlust</li> <li>- Gefühl der Hilflosigkeit, Wertlosigkeit durch das nicht mehr erfüllen können einer körperlichen Grundfunktion</li> <li>- Verlust von Autonomie, Selbstbewusstsein, Selbstbild</li> <li>- Selbstvertrauen und Selbstachtung sinken</li> <li>- Massive Einschränkung der Lebensqualität, im Beruf, im Alltag, bei Freizeitaktivitäten, Partnerschaft und im Sozialleben.</li> <li>- Betroffene fühlen sich mit dem Problem allein gelassen</li> <li>- Einschränkung der Selbstbestimmung</li> <li>- Physischer und psychischer Leidensdruck</li> <li>- Verdrängung der Inkontinenz, das unbewusste „Totalausblenden des Problems“ führt zu einer noch größeren Tabuisierung der Inkontinenz, nicht nur für den Betroffenen, auch in der Gesellschaft.</li> </ul>

<p><b>Mögliche Ziele und Ergebniskriterien</b></p>	<p>Pflegeergebnisklassifikationen NOC Klasse F - Ausscheidungen:  0500 Stuhlkontinenz  0501 Stuhlausscheidung  0502 Urinkontinenz  0503 Urinausscheidung  0504 Nierenfunktion</p> <p><b>0502 Urinkontinenz</b>  <u>Definition:</u> Die Kontrolle über die Ausscheidung von Urin aus der Blase  <i>Indikatoren:</i>  050201 Erkennt den Drang, Wasser zu lassen  050202 Bewahrt einen vorhersagbaren Miktionsrhythmus  050203 Reagiert rechtzeitig auf den Drang  050205 Erreicht die Toilette zwischen Drang und Ausscheidung</p> <p><i>Skala:</i>  Nie demonstriert, Selten demonstriert, Manchmal demonstriert, Oft demonstriert, Ständig demonstriert, Nicht zutreffend</p> <p><b>Ziel jeder pflegerischen und therapeutischen Maßnahme sollte eine absolute, unabhängige Kontinenz sein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermeidung weiterer Beeinträchtigungen oder ungünstiger Folgen</li> <li>- Ursachen der Inkontinenz wenn möglich beseitigen</li> <li>- Förderung der Anpassung an die veränderte Situation</li> <li>- Bewahren der größtmöglichen Unabhängigkeit und Selbstfürsorge</li> <li>- Lebensqualität trotz Inkontinenz erreichen</li> <li>- Soziale Kontinenz, durch geeignete Hilfsmittel ist ein gesellschaftliches Leben möglich</li> <li>- Durch Toilettentraining eine regelmäßige Blasenentleerung zu erreichen</li> <li>- Wahrung der Intimsphäre</li> </ul>
<p><b>Maßnahmen für die Pflegenden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie weit lassen Pflegepersonen Reaktionen auf Verluste, Trauer, Hilflosigkeit im Zusammenhang mit Inkontinenz im Alltag zu?</li> <li>- Erkennen von Signalen von Inkontinenzbetroffenen, die sich schämen.</li> <li>- Sensibilisierung für die Tabu-Thematik</li> <li>- Professioneller Umgang mit eigenen Ekelgefühlen und den Schamgefühlen</li> <li>- Durch Fachkompetenz ein tieferes Verständnis für die Situation der betroffenen Menschen gewinnen</li> <li>- Individuelle Pflege und Beratung durch Information und wertschätzende Kommunikation</li> <li>- Empathie, um Betroffene zu unterstützen und Vertrauen aufzubauen</li> <li>- Unangenehme Gefühle offen und direkt ansprechen</li> <li>- Richtiger Sprachgebrauch im Umgang mit Inkontinenzbetroffenen</li> <li>- Vertrauen der Pflegenden in eigenen Fähigkeiten im Umgang mit komplexen Situationen der Inkontinenz</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigener Umgang mit Verlust der Selbständigkeit bei Harn- und Stuhlverlust</li> </ul>
<b>Verwandte Konzepte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst,</li> <li>- Verlust</li> <li>- Krise</li> <li>- Hilflosigkeit</li> <li>- Selbstkonzept</li> <li>- Selbstpflagedefizit</li> </ul>
<b>Verwendete Literatur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kälble, T., Lümmer, G.; Inkontinenz. Urologe 56, 1531 (2017). <a href="https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1007/s00120-017-0532-z">https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1007/s00120-017-0532-z</a>, Abgerufen am 21.03.2021</li> <li>- Doenges, Marilyn E., Moorhouse; Mary Frances, Murr, Alice C.; Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen, 2018 Hogrefe Verlag, Bern</li> <li>- <a href="https://www.pflege.de/krankheiten/inkontinenz/">https://www.pflege.de/krankheiten/inkontinenz/</a>. (kein Datum). Abgerufen am 18.03.2021</li> <li>- Ege, S. Management der Harninkontinenz. ProCare 24, 14–20 (2019). <a href="https://doi.org/10.1007/s00735-019-1118-3">https://doi.org/10.1007/s00735-019-1118-3</a></li> <li>- <a href="http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Harn-Inkontinenz.28.0.html">www.kontinenz-gesellschaft.de/Harn-Inkontinenz.28.0.html</a>; abgerufen, 2.04.2021</li> <li>- S2e-Leitlinie 084-001, Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapieaktueller Stand: 02.01.2019</li> <li>- Handlungsleitfaden Kontinenzförderung, Pflege und Betreuung, 2. Auflage, Juli 2018</li> <li>- Subjektives Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz -- eine qualitative Analyse, Ahnis Anne; Knoll Nina; Springer 2008</li> <li>- Beckenboden und anale Inkontinenz: Konservative Therapie</li> <li>- Kroesen, A.J Chirurg, 2013, Vol.84 (1), p.15-20</li> <li>- Schön, G., Seltenreich, M.; Praxiswissen Kontinenz, Leitfaden für eine unterstützende Pflege; facultas 2018</li> <li>- Schön, G., Seltenreich, M.; Wenn Blase und Darm nicht mehr halten, was sie versprechen; 2. Auflage, maudrich 2017,</li> <li>- Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz, <a href="http://relias.de/blog/Expertenstandard-förder.de">relias.de/blog/Expertenstandard-förder.de</a>, M. Thomson 2017, abgerufen am 25.10.2021</li> <li>- Moorhead, S., Johnson M., Maas, M., Swanson, E., Pflegeergebnisklassifikation (NOC), Verlag Hans Huber, 2020</li> <li>- Bulechek G. M., Butcher H.K., Dochterman, J. M., Wagner Ch. M., Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)</li> <li>- Kamitsuru, S. (Hrsg.), Herdman, T. H. (Hrsg.), Lopes, C. (Hrsg.) (2022): NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021, 3. Edition, Recom</li> </ul> <p>Abbildung 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiedemann, A., Geriatrische Urologie für die Praxis, Springer Verlag 2020, S 17</li> </ul>