

Bakkelaureatsarbeit

Inkontinenz im Alter

**Blasch Larissa
0533517**

Medizinische Universität Graz

Begutachterin: Gries, Anna, Ao.Univ.-Prof. Dr.phil, 8010 Graz, Harrachgasse 21/V

Lehrveranstaltung: Physiologie

Abgabedatum: 12.01.2010

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkelaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 17.01.2010

Unterschrift



Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
2.	Der Harnweg	6
2.1.	Die Niere	6
2.1.1.	Anatomie der Niere	6
2.1.2.	Funktion der Niere	7
2.2.	Die Harnleiter	8
2.2.1.	Anatomie der Harnleiter	8
2.2.2.	Funktion der Harnleiter	8
2.3.	Die Harnblase	9
2.3.1.	Anatomie	9
2.3.2.	Steuerung der Harnblase	10
2.3.3.	Funktion der Harnblase	10
2.4.	Die Harnröhre	11
2.4.1.	Anatomie der männlichen Harnröhre	11
2.4.2.	Anatomie der weiblichen Harnröhre	12
3.	Verschiedene Formen der Harninkontinenz	13
3.1.	Funktionelle Inkontinenz	13
3.2.	Harninkontinenz aufgrund veränderter Speicher- und Entleerungsfunktionen	13
3.2.1.	Stressinkontinenz	14
3.2.2.	Dranginkontinenz	14
3.2.3.	Mischinkontinenz	15
3.2.4.	Extraurethrale Inkontinenz	16
3.2.5.	Inkontinenz bei chronischer Harnretention	16
3.2.6.	Unkategorisierbare Inkontinenz	17
4.	Risikofaktoren und Risikogruppen für Harninkontinenz	17
4.1.	Geschlechtsunabhängige Risikofaktoren	17
4.2.	Spezielle Risikofaktoren bei Frauen	19
4.3.	Spezielle Risikofaktoren bei Männern	20
5.	Feststellung der Harninkontinenz	20
5.1.	Identifikation der Harninkontinenz	20
5.2.	Systematische Einschätzung der Harninkontinenz	21

5.2.1.	Ausschluss einer Harnwegsinfektion	22
5.2.2.	Körperliche Beobachtung bei Harninkontinenz	22
5.2.3.	Instrumente und Methoden zur Einschätzung der Harninkontinenz	22
5.2.4.	Identifikation von krankheits- und altersbedingten Risikofaktoren	25
6.	Maßnahmen zur Kontinenzförderung	27
6.1.	Allgemeine Maßnahmen zur Kontinenzförderung	27
6.1.1.	Flüssigkeitszufuhr	27
6.1.2.	Gewichtsreduktion	28
6.1.3.	Förderung der Autonomie	28
6.2.	Spezielle Maßnahmen zur Kontinenzförderung	28
6.2.1.	Blasentraining	28
6.2.2.	Beckenbodentraining	29
6.2.3.	Doppel- oder Dreifachmiktion	31
6.2.4.	Toilettentraining	31
6.3.	Einsatz von Hilfsmitteln	33
6.3.1.	Funktionell-anatomische Hilfsmittel	34
6.3.2.	Mobile Toilettenhilfen	35
6.3.3.	Ableitende Hilfsmittel	35
6.3.4.	Aufsaugende Hilfsmittel	38
7.	Schlussfolgerung	39
8.	Literaturverzeichnis	41
8.1.	Allgemeine Quellen	41
8.2.	Internetquellen	41
9.	Abbildungsverzeichnis	43
10.	Anhang	44
10.1.	Anhang 1	44
10.2.	Anhang 2	45

1. Einleitung

Inkontinenz ist ein Problem, das in der heutigen Zeit weit verbreitet ist. Die Bevölkerung wird immer älter, die Menschen leben dank den sich ständig weiterentwickelnden und sich verbessernden medizinischen Erkenntnissen immer länger. 1995 gab es rund 13,4 Millionen Menschen, die über 80 Jahre alt waren und Experten zufolge wird diese Zahl bis 2025 auf 43,8 Millionen ansteigen. Besonders diese Bevölkerungsgruppe ist von der Inkontinenz betroffen, leiden doch 60 bis 70% der über 80-jährigen Menschen daran.¹

Aber nicht nur Menschen in einem höheren Lebensalter sind von der „Tabukrankheit“ Inkontinenz betroffen, Umfragen haben ergeben, dass 8% aller Frauen über 15 Jahre und 13% aller Frauen über 65 Jahre an Inkontinenz leiden. Aber auch Männer sind- wenn auch in geringerem Ausmaß- betroffen. So leiden 2% der über 15-jährigen und 6,8% der über 65-jährigen Männer an Inkontinenz.²

Ich selbst habe in meinem Extramuralen Praktikum, das ich im Alten- und Pflegeheim Garsten absolviert habe festgestellt, dass die meisten Bewohner inkontinent waren. Ich konnte aber auch feststellen, wie ungern die Bewohner über ihr Problem sprachen und wie unangenehm es ihnen war, von den Pflegern Hilfe beim Toilettengang anzunehmen. Es hat mich verblüfft, bei meinen Recherchen herauszufinden, wie viele Menschen tatsächlich von dem Problem des ungewollten Harnlassens betroffen sind, obwohl nur die wenigsten offen darüber reden, da es in unserer Gesellschaft offensichtlich ein Tabuthema ist, über solche Dinge zu reden. Man verschweigt es und verbaut sich somit selbst jede Chance auf Hilfe. Denn es gibt Hilfe, auch das habe ich bei meiner Literatursuche herausgefunden, es gibt Wege, die Kontinenz zu fördern oder wiederzuerlangen, aber es gibt auch Hilfsmittel, die die Lebensqualität der Menschen, die von einer irreversiblen Inkontinenz betroffen sind, massiv verbessert.

In den letzten Jahren hat sich in der Kontinenzförderung langsam ein Umdenken eingestellt, man hat das immer weiter wachsende Problem erkannt und sucht auch immer weiter nach neuen Wegen zur Förderung der Kontinenz.

Die Frage, die ich in meiner Arbeit zu beantworten versuche, ist, ob man durch ein bestimmtes Verhalten die eigene Kontinenz fördern beziehungsweise beeinträchtigen kann.

¹ Vgl. <http://sciencev1.orf.at/science/news/48067>

² Vgl. <http://www.hso.at/medizin/74.html>

2. Der Harnweg

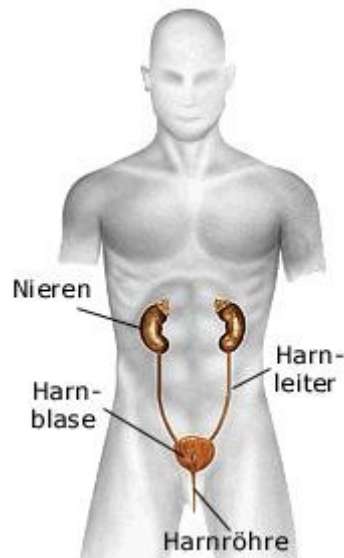


Abb. 1: Der Harnweg³

2.1. Die Niere

2.1.1. Anatomie der Niere

Die Niere liegt unterhalb des Zwerchfells im Retroperitonealraum. Ihr Gewicht variiert zwischen 120 und 200 g, die Größe zwischen 10 und 12 cm.

Die Niere besteht aus vielen kleineren Einheiten, den sogenannten Nephronen, von denen jeder Mensch 1-1,2 Millionen besitzt und in denen der Harn gebildet wird.

Das Nephron selbst besteht aus den Nierenkörperchen, den sogenannten Glomeruli und einem Tubulusapparat, der sich in folgende Abschnitte unterteilen lässt:

- Nierenkörperchen
 - Bowman- Kapsel
 - Glomerulus
- Nierentubulus
 - Proximaler Tubulus
 - Pars convoluta
 - Pars recta
 - Intermediärtubulus

³ <http://www.gesundheit.de/anatomie-lexikon/verdauungssystem/gfx/harnweg.jpg>

- Pars descendens
- Pars ascendens
- Distaler Tubulus
 - Pars recta
 - Pars convoluta
- Sammelrohr

Die geraden Stücke des proximalen und distalen Tubulus werden gemeinsam mit dem Intermediärtubulus als Henle- Schleife bezeichnet.

Das Ende des Tubulussystems bilden die Sammelrohre, die ebenfalls als Teil des Nephrons angesehen werden können.

Die einzelne Niere besteht aus 6 -9 Nierenlappen, die in Mark und Rinde, auch Medulla und Cortex genannt, gegliedert werden. Die Form des Marks der Nierenlappen erinnert an einen Kegel oder eine Pyramide, weshalb man in diesem Zusammenhang auch von Nierenpyramiden bzw. Markpyramiden spricht. Die Spitze jeder dieser „Pyramiden“ mündet als Nierenpapille in die Nierenkelche, die das Nierenbecken formen.

Die Nierenrinde, auch Cortex genannt, liegt den Markpyramiden auf und füllt den Raum zwischen den Pyramiden aus. Vom Mark - oder Medulla – ausgehend, münden die geraden Anteile der Nierentubuli und Sammelrohre in die Rinde und werden in diesem Zusammenhang als Markstrahlen bezeichnet. Das um diese Markstrahlen liegende Rindengewebe wird als Rindenlabyrinth bezeichnet und beinhaltet die gewundenen Tubulusanteile und die Nierenkörperchen.⁴

2.1.2. Funktion der Niere

Die hauptsächliche Funktion der Niere besteht darin, dass im Glomerulus ein großes Flüssigkeitsvolumen (die glomeruläre Filtrationsrate GFR) in den Tubulus abfiltriert wird. Dieses Flüssigkeitsvolumen wird auch als Primärharn bezeichnet. Der Primärharn besteht aus Wasser und den kleinmolekularen Stoffen des Plasmas und wird in den Tubulus abfiltriert. Nach dieser Abfiltrierung werden im Tubulus und im Sammelrohr die Bestandteile des Primärharns je nach Substanz wieder durch die Tubuluswand ins Blut zurücktransportiert; diesen Vorgang nennt man Rückresorption. Der Rest des Filtrats wird mit dem Urin ausgeschieden.

⁴ Vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Niere>

Eine weitere Aufgabe der Niere ist es, die Wasserausscheidung der Niere zu kontrollieren und damit Volumen und Osmolalität des Extrazellulärraums konstant zu halten.⁵

Ob die Niere richtig arbeitet, kann an Hand der Urinmenge, der Urinkonzentration und der Konzentration der harnpflichtigen Substanzen im Blut, dazu zählen Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure und Kalium geschätzt werden.

Die genaue Leistung der Niere wird über die Clearance ermittelt⁶, diese gibt die Eliminierung eines Stoffes aus dem Blutplasma an. Sinkt die Clearance ab, so sinkt auch die Leistung der Niere ab.⁷

2.2. Die Harnleiter

2.2.1. Anatomie der Harnleiter

Die Harnleiter sind die paarig angelegten Hohlgorgane des Urogenitalsystems, die den Sekundärharn vom Nierenbecken zur Harnblase transportieren.⁸

Der Sekundärharn oder auch Endharn besteht aus dem hochkonzentrierten Ultrafiltrat des Plasmas, das an die Harnblase abgegeben wird. Dieses hat ein Volumen von ca. 1,5 Litern pro Tag und wird als Urin ausgeschieden.⁹

Die beiden Harnleiter, auch Ureter genannt sind jeweils 25-30 cm lang und besitzen einen Durchmesser von 4-7 mm. Die Ureteren gehen vom Nierenbecken aus in die Harnblase und werden in 2 ungefähr gleich lange Teilstrecken eingeteilt:

- Pars abdominalis: Der Bauchteil, also jener Abschnitt, der an der hinteren Bauchwand von der Niere bis zur Linea terminalis verläuft.
- Pars pelvina: Der Beckenteil, der von der Linea terminalis bis zur Harnblase verläuft.

2.2.2. Funktion der Harnleiter

Die Harnleiter transportieren- wie schon erwähnt- den Sekundärharn vom Nierenbecken in die Harnblase. Dieser wird allerdings nicht kontinuierlich sondern durch wellenförmige Peristaltikbewegungen fortbewegt. Die periodischen Kontraktionen beginnen am Nierenbecken und laufen ungefähr alle 20 bis 25 Sekunden ab.

Der Harnleiter ist also kein offenes und passives „Abflussrohr“ sondern nimmt den Urin in kleinen Mengen durch Relaxation seiner Wandmuskulatur auf.¹⁰

⁵ Vgl. Silbernagl, Desopoulos, s. 148

⁶ Vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Niere>

⁷ Vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Clearance>

⁸ Vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Harnleiter>

⁹ Vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Sekund%C3%A4rharn>

¹⁰ Vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Harnleiter>

2.3. Die Harnblase

2.3.1. Anatomie

Die Harnblase befindet sich im kleinen Becken und weist nur an ihrer kranialen und dorsokranielen Seite im Bereich der Blasenspitze und einem Teil vom Harnblasenkörper einen Überzug aus Bauchfell- dem Peritoneum- auf. Im Aufbau wird die Blase in 4 verschiedene Bereiche unterteilt:

- Apex vesicae (Blasenspitze): Die vom Peritoneum überzogene kraniale Fläche der Blase
- Corpus vesicae: Der Blasenkörper
- Fundus vesicae: Der Blasengrund, aus dem an der Spitze die Harnröhre austritt. Dieser wird kranial von der Plica interureterica begrenzt, welche eine Schleimhautfalte zwischen den Mündungen der Harnleiter bildet.
- Cervix vesicae: Der trichterförmige Blasenhal

Die beiden Harnleiter münden seitlich in die Harnblase. Über eine Strecke von ca. 2 cm verlaufen diese intramural, also im Inneren einer Organwand, und zeichnen sich Innen als Schleimhautaufwerfungen ab. Die Mündungsstellen bezeichnet man als Ureterostien oder Ostia ureterum. Die beiden Ostien werden durch eine quer verlaufende Schleimhautfalte, die Plica interureterica miteinander verbunden.

Kaudal, also nach unten hin, wird die Harnblase vom Beckenboden gehalten. Zusätzlich ist sie an verschiedenen bandartigen Bauchfellduplikatoren befestigt. Diese sind:

- Ligamentum vesicae laterale
- Ligamentum vesicae medianum
- Ligamentum teres vesicae

Diese 3 Bänder laufen als Teil des Peritoneum parietale zum Bauchnabel, nachdem sie das kleine Becken verlassen haben.

Des weiteren wird die Harnblase durch 3 Muskel- Band- Apparate gehalten:

- Ligamentum pubovesicale und Musculus pubovesicalis bei der Frau bzw. Ligamentum puboprostaticus und Musculus puboprostaticus beim Mann
- Musculus rectourethralis
- Musculus vesicovaginalis bei der Frau bzw. Musculus vesicoprostaticus beim Mann¹¹

¹¹Vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Harnblase?PHPSESSID=65c15357c07555dc58710acd1de5bf20>

2.3.2. Steuerung der Harnblase

Die Harnblase wird vom vegetativen Nervensystem (VNS) gesteuert, das vor allem für die Regelungen der Inneren Organe und des Kreislaufs zuständig ist und das weitgehend unwillkürlich abläuft, weshalb man es auch autonomes Nervensystem nennt.

Das periphere VNS besteht aus 2 Teilen, die weitgehend voneinander getrennt sind:

- Sympathikus
- Parasympathikus

Die dazugehörenden vegetativen Zentren liegen im Falle des Sympathikus im Brust- und Lendenmark, im Fall des Parasympathikus im Hirnstamm und im Sakralmark (für die Blase zuständig).

Von diesen Zentren ziehen präganglionäre Fasern zur Peripherie, wo sie in den Ganglien synaptisch auf postganglionäre Fasern umgeschaltet werden. Die Ganglien des Parasympathikus- der für die Steuerung der Harnblase zuständig ist- liegen in der Nähe oder sogar innerhalb des Erfolgsorgans. Die synaptische Übertragung ist dabei sowohl im Ganglion, als auch am Endorgan cholinerg, das heißt, es enthält Acetylcholin als Neurotransmitter.¹²

2.3.3. Funktion der Harnblase

Die Harnblase dient vor allem dem Sammeln des Sekundärharns, der neben den ausscheidungspflichtigen Substanzen vor allem Elektrolyte enthält. Sie ist in der Lage, etwa 500ml Flüssigkeit zu speichern, aber bereits bei nur halb gefüllter Blase nehmen die Dehnungsrezeptoren in der Blasenwand eine zunehmende Wandspannung wahr und führen somit zum Harndrang. Dieser Harndrang wird vom Nervensystem gesteuert, wobei die schon erwähnten Dehnungsrezeptoren Signale über den Füllstand der Blase an das Gehirn senden. Daraufhin reagiert der Mensch mit der Anspannung des willkürlichen Blasenschließmuskels, um eine Blasenentleerung zu unterdrücken.

Wird dieser Blasenschließmuskel entspannt, so setzt die Miktion ein, wobei sich der Harnblasenmuskel reflektorisch anspannt, um die Blase gänzlich zu entleeren.

Die Kontrolle über den Blasenschließmuskel und somit auch die Kontrolle über die Miktion erlangt man als Kind im Alter von 2 bis 3 Jahren.

¹² Vg., Silbernagl, Despopoulos, s.78

Insgesamt hat die Blase- je nach Körpergröße- ein Fassungsvermögen von 900ml bis 1500 ml.¹³

2.4. Die Harnröhre

Die Harnröhre, auch Urethra genannt, bildet den abschließenden Teil der ableitenden Harnwege. Da sie aufgrund der anatomischen Unterschiede von Mann und Frau bei beiden Geschlechtern sehr unterschiedlich aufgebaut ist, werde ich sie hier separiert beschreiben.

2.4.1. Anatomie der männlichen Harnröhre

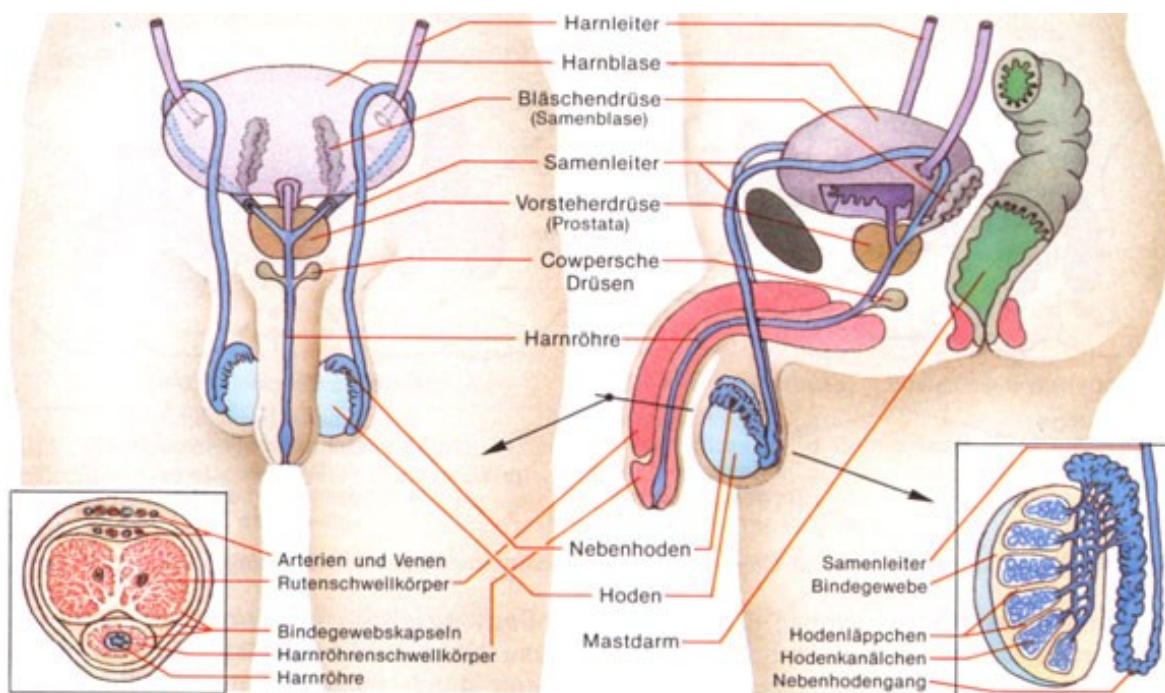


Abb. 2: Die männliche Harnröhre¹⁴

Die männliche Harnröhre reicht von der inneren Harnröhrenmündung, die an der Spitze der Harnblase liegt, bis zur äußeren Harnröhrenmündung am Ende des Penis. Ist dieser entspannt, so verläuft die Harnröhre S- förmig und hat eine Länge von ca. 17 – 20 cm.

Die männliche Urethra wird in 3 Abschnitte eingeteilt:

- Pars prostatica urethrae
- Pars membranacea urethrae
- Pars cavernosa urethrae

¹³ Vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Harnblase>

¹⁴ Vgl. <http://www.bio.vobs.at/sex/s-male-a.jpg>

2.4.1.1 Pars prostatica

Die pars prostatica ist 3 cm lang und der Abschnitt der Urethra mit dem größten Durchmesser. In diesem Teil läuft die Urethra fast senkrecht von ihrer Basis durch die Prostata und etwa in der Mitte ihres Verlaufs liegt der Samenhügel, wo sich auch die Mündung der beiden Spritzkanäle befindet.

2.4.1.2 Pars membranacea

Die pars membranacea ist mit einer Länge von 1-2 cm ein sehr kurzer Abschnitt, der durch den Beckenboden läuft und vom Musculus sphincter urethrae externus umschlossen wird.

2.4.1.3 Pars cavernosa

Die pars cavernosa (auch pars spongiosa genannt) ist ca. 15-16 cm lang und läuft auf der ventralen Seite des Penis entlang der corpora cavernosa penis und wird dabei von einem eigenen Schwellkörper, dem sogenannten corpus spongiosum penis, umgeben. Die pars cavernosa endet mit der äußeren Harnröhrenöffnung. Kurz vor ihrer Mündung in diese weist sie noch eine Erweiterung auf- die sogenannte Fossa navicularis urethrae.

Außerdem münden in diesen Teil der Harnröhre die Ausführungsgänge der kleinen Harnröhrendrüsen.

2.4.2. Anatomie der weiblichen Harnröhre

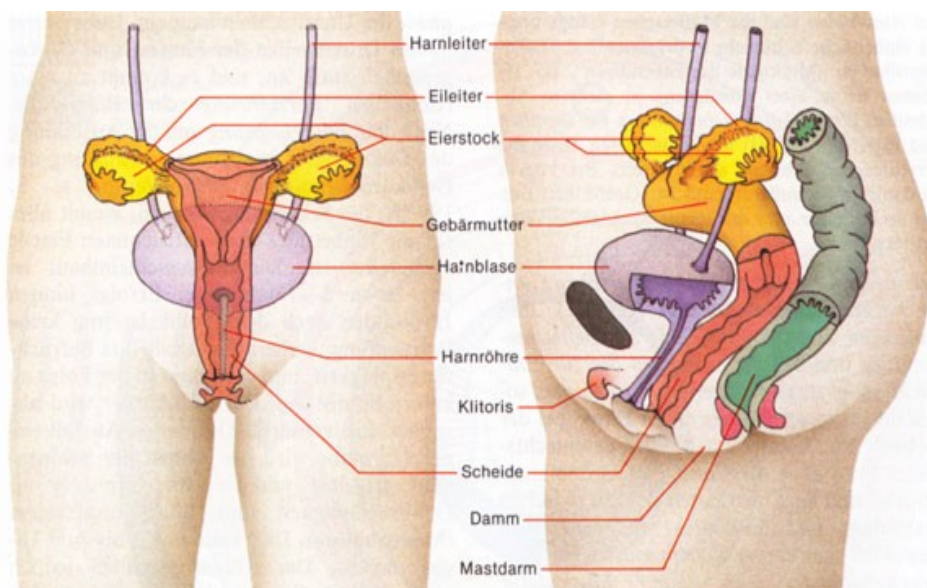


Abb. 3: Die weibliche Harnröhre¹⁵

¹⁵Vgl. <http://images.google.at/imgres?imgurl=http://www.bio.vobs.at/sex/s-male-a.jpg&imgrefurl=http://www.bio.vobs.at/sex/s->

Die urethra feminina, also die weibliche Harnröhre, ist mit einer Länge von 2,5 bis 4 cm deutlich kürzer als die männliche. Sie verläuft unmittelbar vor, beziehungsweise über dem Scheideneingang und mündet mit dem Ostium urethrae externum in den Scheidenvorhof.¹⁶

3. Verschiedene Formen der Harninkontinenz

Harninkontinenz ist die Sammelbezeichnung für Symptome, deren gemeinsamer Nenner der unfreiwillige Urinverlust ist. Die Ursachen hierfür können sehr komplex sein.

Die Einteilung der Formen der Harninkontinenz beruht vor allem auf Veränderungen der Speicher- und Entleerungsfunktionen der Harnblase, zusätzlich können aber funktionelle Einschränkungen unfreiwilligen Harnverlust begünstigen.

3.1. Funktionelle Inkontinenz

Als funktionelle Inkontinenz wird die Unfähigkeit eines normalerweise kontinenten Menschen bezeichnet, die Toilette rechtzeitig zu erreichen, um so einen unwillkürlichen Urinabgang zu vermeiden. Nach Resnik liegt diese vor, wenn die Kognition und/oder die Mobilität eingeschränkt sind, jedoch keine Störung des Urogenitaltrakts vorliegt.¹⁷

3.2. Harninkontinenz aufgrund veränderter Speicher- und Entleerungsfunktionen

Es gibt verschiedene Formen der Harninkontinenz aufgrund veränderter Speicher- und Entleerungsfunktionen, die ich im Folgenden beschreiben möchte. Zuerst will ich aber die häufigsten Symptome aufzählen, da diese für die Pflegenden von großer Bedeutung sind und die Behandlung durch die genaue Beobachtung der Symptome wesentlich erleichtert wird.¹⁸

- Unfreiwilliger Urinverlust bei körperlicher Belastung wie z.B. Husten und Niesen
- Unfreiwilliger Urinverlust mit Harndrang einhergehend
- Unfreiwilliger Urinverlust in Kombination mit Harndrang und bei körperlicher Anstrengung wie z.B. Husten und Niesen.

organ.htm&usg=__umstaZVD3CMT8hue7cnZ_OwGSmw=&h=338&w=580&sz=67&hl=de&start=74&um=1&tbid=vwEHZD5OYgvlIM:&tbnh=78&tbnw=134&prev=/images%3Fq%3Dweibliche%2BHarnr%25C3%25B6hre%26ndsp%3D18%26hl%3Dde%26client%3Dfirefox-a%26rls%3Dorg.mozilla.de:official%26sa%3DN%26start%3D72%26um%3D1

¹⁶ Vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Harnr%C3%B6hre>

¹⁷ Vgl. Schieman, 2006, s.34

¹⁸ Vgl. Schieman, s.35

- Unfreiwilliger Urinverlust mit eingeschränktem/fehlendem Gefühl für Blasenfüllung, eventuell in Verbindung mit vegetativen Symptomen.
- Pollakisurie (Häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen¹⁹)
- Nykturie (Vermehrtes nächtliches Wasserlassen²⁰)
- Verzögerter Beginn der Miktion
- Pressen beim Wasserlassen
- Tröpfeln nach dem Wasserlassen (Nachträufeln)
- Ständiger Urinabgang
- Gefühl der nicht vollständig entleerten Blase
- Syndrom der überaktiven Blase: Harndrangsymptomatik mit oder ohne Inkontinenz, gewöhnlich einhergehend mit Pollakisurie oder Nykturie
- Enuresis (Ungewolltes urinieren, „Einnässen“²¹)
- Enuresis nocturna (Einnässen während des Schlafens)

Nun will ich die verschiedenen Formen der Harninkontinenz aufgrund veränderter Speicher- und Entleerungsfunktionen beschreiben.²²

3.2.1. Stressinkontinenz

Bei der Stressinkontinenz- oder auch Belastungsinkontinenz- geht der unfreiwillige Urinverlust synchron mit körperlicher Belastung einher (z.B. Hustenstoß, Niesen). Bei dieser Form der Inkontinenz liegt eine Störung der Speicherfunktion der Harnblase vor.²³

Ein weiterer Grund hierfür kann eine verminderte Verschlussfunktion der Blase durch die Harnröhre sein. Dies ist häufig eine Folge einer erschlafften, beziehungsweise geschwächten Beckenbodenmuskulatur, die nach der Schwangerschaft oder als altersbedingte Bindegewebsschwäche auftreten kann. Weitere mögliche Auslöser sind Unfälle oder Operationen (z.B. an der Prostata).²⁴

3.2.2. Dranginkontinenz

Hierunter wird der unfreiwillige Urinverlust verstanden, der mit plötzlich auftretendem Harndrang einhergeht, der nur schwer unterdrückbar ist oder diesem unmittelbar vorausgeht.

Es wird allerdings zwischen 2 Formen der Dranginkontinenz unterschieden.

¹⁹ Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Pollakisurie>

²⁰ Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Nykturie>

²¹ Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Enuresis>

²² Vgl. Schiemann, s.35

²³ Vgl. Schiemann, s.36

²⁴ Vgl. <http://www.50plus.at/inkont-elek/stressinkontinenz.htm>

3.2.2.1 Sensorische Dranginkontinenz

Hierbei ist die Wahrnehmung der Blasenfüllung im Sinne eines vorzeitigen Füllungsgefühls, z.B. durch Blasensteine oder durch Obstruktion der ableitenden Harnwege gestört.²⁵

3.2.2.2 Motorische Dranginkontinenz

Bei der motorischen Dranginkontinenz sind die efferenten Nervenimpulse zum Musculus detrusor (dieser Muskel ist für die Entleerung der Harnblase zuständig) enthemmt. Dies führt zu einem vorzeitigen, manchmal krampfartigen Zusammenziehen des Schließmuskels (auch Detrusor- Kontraktion genannt).²⁶

Eine Ursache für die Dranginkontinenz kann eine Störung der Speicherfunktion der Blase sein.²⁷

Sie kann aber auch als Folge von Entzündungen der unteren Harnwege auftreten oder als Folge von obstruktiven Veränderungen, wie z.B. Harnröhrenverengungen (Harnröhrenstrikturen) und gut- oder bösartigen Prostatavergrößerungen oder als Folge von neurologischen Erkrankungen, wie z.B. Multipler Sklerose.²⁸

3.2.3. Mischinkontinenz

Unter Mischinkontinenz versteht man den unfreiwilligen Urinverlust, der nicht nur im Zusammenhang mit Harndrang, sondern auch im Zusammenhang mit körperlicher Belastung auftritt.²⁹

Das heißt, dass die Betroffenen unwillkürlich beim Husten, Niesen und beim schweren Heben Harn verlieren, aber gleichzeitig unter häufigem, kaum zu unterdrückendem Harndrang leiden. Meist ist aber auch im Falle dieser Mischinkontinenz eine der beiden Formen stärker ausgeprägt, wobei in 37% der Fälle die Belastungsinkontinenz dominiert.

Die Ursache hierfür ist eine Störung der Speicherfunktion der Blase

Insgesamt ist die Mischinkontinenz bei Frauen mit 29% die zweithäufigste Form der Harninkontinenz.³⁰

²⁵ Vgl. Schiemann, s.36

²⁶ Vgl. <http://www.inkontinenz-selbsthilfe.com/html/dranginkontinenz.html>

²⁷ Vgl. Schiemann, s.36

²⁸ Vgl. <http://www.inkontinenz-selbsthilfe.com/html/dranginkontinenz.html>

²⁹ Vgl. Schiemann, s.36

³⁰ Vgl. <http://www.kompetenz-in-kontinenz.de/wissen-hilft/formen-der-harninkontinenz/mischinkontinenz.html>

3.2.4. Extraurethrale Inkontinenz

Bei dieser Form der Inkontinenz kommt es zu ständigem Urinverlust über andere Kanäle als die Harnröhre, also jenen, die den normalen Weg des Harntrakts umgehen.

Die extraurethrale Inkontinenz kann auch schon bei Kindern als angeborene Inkontinenz vorkommen. In diesem Fall ist die Krankheit auf Fehlmündungen des Harnleiters oder auf eine Fehlanlage der Harnröhre zurückzuführen.

Bei Erwachsenen kann sich diese Form der Inkontinenz durch die Bildung von Urinfisteln entwickeln. Im häufigsten Fall sind Frauen betroffen, bei denen sich eine Fistel zwischen den ableitenden Harnwegen und den Geschlechtsorganen bildet. Ursachen für diese Fistelbildung sind Operationen, Geburten, Bestrahlungen, Verletzungen oder primäre Blasenerkrankungen.

Bei der extraurethralen Inkontinenz wird tagsüber und während der Nacht gleich bleibend stark und kontinuierlich Urin ausgeschieden, da der Blasenaustritt nicht durch den Blasenverschlussmuskel verschlossen ist. Bei den angeborenen Formen besteht die Inkontinenz ein Leben lang, bei den erworbenen kann durch eine Operation der Fistelgang verschlossen und so der natürliche Weg über die Harnröhre wiederhergestellt werden.³¹

3.2.5. Inkontinenz bei chronischer Harnretention

Hierunter versteht man die unvollständige Blasenentleerung (Restharnbildung), wobei diese nicht zwingend mit ungewolltem Urinverlust einhergehen muss³².

Diese Form der Inkontinenz ist gekennzeichnet durch den tropfenweisen Urinabgang bei maximal gefüllter Blase. Die Betroffenen haben hierbei meist große Schwierigkeiten, ihre Harnblase willkürlich zu entleeren, wodurch nach dem Wasserlassen noch Urin in der Blase bleibt und den sogenannten Restharn bildet.

Dadurch wird der Druck in der Blase so groß, dass ihr Verschluss nicht mehr funktioniert. Hierfür ist oft eine verminderte Dehnbarkeit der Blasenwand verantwortlich. Wenn der passiv entstandene Blasendruck den Harnröhrenverschlussdruck übersteigt, folgt daraus ein Harnträufeln.

Die Harnretention mit Inkontinenz kann sich akut aber auch chronisch entwickeln und ist bei der Frau eher selten anzutreffen. Sie kann entstehen, wenn nach einer Operation die Harnröhre verengt oder durch eine starke Senkung abgelenkt ist.³³

³¹ Vgl. <http://dgk.de/ag/beckeboden/formen-der-harninkontinenz/inkontinenz-bei-chronischer-harnretention.html>

³² Vgl. Schiemann, s.36

³³ Vgl. <http://dgk.de/ag/beckeboden/formen-der-harninkontinenz/inkontinenz-bei-chronischer-harnretention.htm>

3.2.6. Unkategorisierbare Inkontinenz

Hierunter versteht man einen beobachtbaren unfreiwilligen Urinverlust, der auf Basis von Symptomen oder Befunden nicht eindeutig zugeordnet werden kann.³⁴

4. Risikofaktoren und Risikogruppen für Harninkontinenz

Harninkontinenz ist sehr oft ein multifaktorieller Prozess. Untersuchungen haben gezeigt, dass unterschiedliche Faktoren, die einzeln oder in Kombination auftreten, die Entwicklung einer Harninkontinenz fördern können. Es gibt zu dieser Fragestellung einige Querschnittsstudien, jedoch keine Langzeituntersuchungen, die die einzelnen Phänomene gezielter betrachten.

Es mangelt in einigen Studien an Schichtungen spezifischer Faktoren und Bedingungen, z.B. dem Alter oder der Anzahl der Schwangerschaften und auch die Definition von Harninkontinenz in den einzelnen Studien variiert, so dass Ergebnisse nicht immer verglichen und auch nicht immer verallgemeinert werden können.

4.1. Geschlechtsunabhängige Risikofaktoren

Das Risiko, eine Harninkontinenz zu entwickeln steigt mit dem Alter und nimmt ab dem 50. Lebensjahr kontinuierlich und deutlich zu (Abb.4). Frauen sind öfter betroffen als Männer, auch wenn sich das Verhältnis bei sehr alten Menschen wieder annähert. Harninkontinenz geht häufig mit körperlicher und geistiger Leistungseinschränkung einher. Im Alter verändern sich die Strukturen von Blase und Beckenboden und es kommt zusätzlich zu Veränderungen der gesamten Körperkonstitution, die die Entstehung einer Harninkontinenz begünstigen. Allerdings sind die Alterungsprozesse der Blase und des Schließmuskelapparats und deren zentrale Steuerungsfunktion noch zu wenig untersucht worden.

³⁴ Vgl. Schieman, s.36

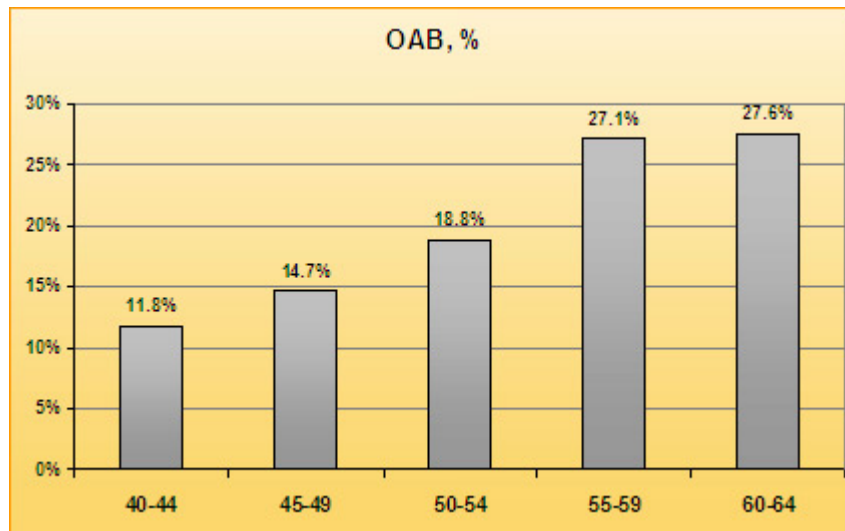


Abb.4: Altersgruppen von Menschen mit überaktiver Blase (2005)³⁵

Einen der größten Risikofaktoren für die Harninkontinenz stellt die Immobilität dar. Es wird allerdings stark diskutiert, ob die Harninkontinenz die direkte Konsequenz der Immobilität darstellt oder ob Immobilität ein Inkontinenz-fördernder Faktor ist.

Weitere Faktoren, die eine Harninkontinenz begünstigen sind mangelnde Fingerfertigkeit, beispielsweise durch Arthritis und die eingeschränkte Sensibilität im Alter, da diese z.B. ein Entkleiden auf der Toilette nicht mehr ermöglichen.

Neben der körperlichen Einschränkung spielt auch die Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit in der Entwicklung einer Harninkontinenz eine entscheidende Rolle. Personen mit abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit haben beispielsweise ein eingeschränktes Erinnerungsvermögen und können sich unter Umständen nicht mehr daran erinnern, wo sie die Toilette finden oder wo sich die Klingel befindet, mit der sie um Hilfe rufen können. Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit können ein weiterer Risikofaktor sein, da Betroffene ihre Wünsche durch die mangelnde Kommunikationsfähigkeit nicht mehr äußern können. Verändern sich die gewohnten Umweltbedingungen bei körperlich und/oder geistig eingeschränkten Menschen, so kann auch dies zu einer Inkontinenz führen

Der Weg zur Toilette ist dann vielleicht plötzlich länger oder er kann aufgrund eines Umzugs in eine pflegerische Einrichtung gar nicht mehr gefunden werden. In solchen Situationen

³⁵ Vgl.

<http://www.blaascontrole.nl/TherapyAwareness/application?origin=taLeftNav.jsp&event=bea.portal.framework.internal.refresh&pageid=home&sID=1180946217429&site=www.inkontinenzkontrolle.de>

können vorher kontinente Menschen plötzlich harninkontinent- im Sinne einer funktionellen Inkontinenz- werden.

Aber auch Erkrankungen können sich sowohl auf die geistigen, als auch auf die körperlichen Fähigkeiten des Menschen auswirken. So bestehen Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Schlaganfällen, Multipler Sklerose oder Morbus Parkinson und Harninkontinenz. Bei Menschen, die an Demenz leiden nimmt die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit im Zuge des Krankheitsverlaufs ab und diese Menschen leiden deshalb öfter an Harninkontinenz. Patienten, die an Diabetes erkrankt sind, haben durch Polyneuropathien ebenfalls ein erhöhtes Risiko, eine Harninkontinenz zu entwickeln.

Aber auch häufige Harnwegsinfekte, die Einnahme von Medikamenten, Kaffeekonsum, körperliche Betätigung mit ungünstiger Beanspruchung des Beckenbodens (z.B. schweres Heben oder Sportarten, bei denen sehr viel gesprungen wird), Obstipation, Rauchen und auch Lungenfunktionsschäden, die mit chronischem Husten einhergehen, erhöhen sowohl für Männer als auch für Frauen das Risiko, eine Harninkontinenz zu entwickeln, oder stehen zumindest in Verdacht, diese Entwicklung zu begünstigen.

4.2. Spezielle Risikofaktoren bei Frauen

Allgemein haben Frauen ein größeres Risiko, eine Harninkontinenz zu entwickeln als Männer. In einigen Untersuchungen wurde eine Beziehung zwischen Schwangerschaft oder vaginaler Entbindung und deren Häufigkeit im Bezug auf Harninkontinenz untersucht. Es wird bisweilen diskutiert, ob die Schwangerschaft an sich oder die Folgen der Geburt den Hauptrisikofaktor für eine sich entwickelnde Harninkontinenz darstellen, denn der Beckenboden wird sowohl durch die Schwangerschaft selbst als auch durch die vaginale Entbindung schwer belastet.

Während der Geburt können außerdem Verletzungen und Veränderungen der Muskulatur und der Nerven hinzukommen, die die Entwicklung einer Harninkontinenz fördern. Allerdings zeigen verschiedene Studien auch, dass Frauen nach Sectio caesarea (Kaiserschnitt) im Vergleich zu Nulliparae ein höheres Risiko für eine Harninkontinenz aufweisen.

Durch die Wechseljahre, auch Klimakterium genannt, sinkt bei den Frauen der Östrogenspiegel, dies führt unter anderem zu einer Veränderung der Genital- und Vaginalschleimhaut und kann die Entstehung einer Harninkontinenz begünstigen. In einer Studie von Thorn et al. wird eine Beziehung zwischen der Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) und Harninkontinenz aufgezeigt, vor allem bei jenen Frauen, die vor dem 45.

Lebensjahr operiert wurden. Aber auch Übergewicht zählt zu den Risikofaktoren einer Harninkontinenz, da es hierbei ja- ähnlich wie bei einer Schwangerschaft- zu einer Überbeanspruchung des Beckenbodens kommt.

4.3. Spezielle Risikofaktoren bei Männern

Bei Männern wird die Entwicklung einer Harninkontinenz vor allem durch die Veränderung der Prostata und deren Operation, beziehungsweise die Operationsmethode begünstigt.

Dies zeigt sich darin, dass 5-60% der prostatektomierten Patienten an einer Harninkontinenz leiden.

Aus den oben genannten Risikofaktoren lassen sich die Risikogruppen ableiten. Dazu gehören natürlich in erster Linie Frauen, speziell jene, die sich in einer Schwangerschaft befinden oder gerade entbunden haben und jene während oder nach den Wechseljahren. Weitere Risikogruppen sind Männer mit Veränderungen der Prostata, Personen mit visuellen, kognitiven und/oder physischen Einschränkungen und natürlich auch alte Menschen.³⁶

5. Feststellung der Harninkontinenz

5.1. Identifikation der Harninkontinenz

Harninkontinenz ist ein Thema, das immer noch von vielen Menschen aus Gründen der Scham tabuisiert wird. Viele Menschen, die an diesem Problem leiden, wenden sich damit nicht an Ärzte oder andere Einrichtungen, die ihnen helfen könnten, da sie sich für ihr Problem schämen. Es ist daher nicht immer leicht, bei einem Menschen eine Harninkontinenz festzustellen und umso wichtiger sind gezielte und sensible Fragen, die zu einer Identifikation dieses Problems führen können.

Die Association of Women`s Health, Obstetric and Neonatal Nurses regte 2000 an, bei allen Frauen anhand von Screeningfragen festzustellen, ob eine Harninkontinenz vorliegt. Diese Fragen sollten routinemäßig bei der Durchführung der Anamnese gestellt werden. Dafür wurden 3 Initialfragen empfohlen:

- Verlieren Sie ungewollt Urin?

³⁶ Vgl. Schienagl, s. 37 ff.

- Verlieren Sie Urin, wenn Sie husten, lachen oder sich körperlich betätigen?
- Tragen Sie Vorlagen, um Urin aufzufangen?

Dabei sollte besonderes Augenmerk auf jene Frauen gelegt werden, die eine der Risikogruppen darstellen, also Schwangere, Frauen nach der Entbindung, Frauen mit visuellen, psychischen und/oder physischen Einschränkungen und ältere Frauen.

In der 2004 erschienenen Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin wird darauf hingewiesen, dass Informationen über das Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung bei Männern ein Zeichen für eine Harninkontinenz sein können. Wird eine Harninkontinenz identifiziert, so sollte eine genaue Einschätzung der Problematik folgen, um diese genau identifizieren zu können.

5.2. Systematische Einschätzung der Harninkontinenz

Vor Beginn einer jeden Intervention ist ein adäquates Assessment sehr wichtig, um eine Inkontinenz zu erkennen, reversible und/oder irreversible Faktoren zu diagnostizieren und erfolgreiche Kontinenzförderung durchführen zu können. Die systematische Einschätzung erfolgt interdisziplinär unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der gezielten Anamnese der körperlichen Inspektion, der Auswertung des geführten Miktionsprotokolls (s. Anhang) einschließlich einer Restharnbestimmung und gegebenenfalls spezifischer diagnostischer Maßnahmen, wie z.B. Urodynamik, Sonogramm oder spezielle Röntgenverfahren des Urogenitaltrakts. Nur so können die Bedingungen und Mechanismen der Inkontinenz erkannt werden.

Neben der Basisdiagnostik sollte im Rahmen der Einschätzung von auslösenden und beeinflussenden Faktoren der Harninkontinenz auch gefragt werden, seit wann die Harninkontinenz bereits vorliegt, aber auch, warum die Person denkt, dass sie inkontinent ist, wie beeinträchtigt sie in ihrem täglichen Leben durch die Harninkontinenz hinsichtlich ihrer Aktivitäten oder auch Beziehungen ist und welche Strategien zur Lösung des Problems die befragte Person bereits angewandt hat. Resultierend aus diesen Antworten ergeben sich dann die Problemlösungsstrategien und auch die Therapieziele und -wünsche, auf die Rücksicht genommen werden muss.

5.2.1. Ausschluss einer Harnwegsinfektion

Die Harnwegsinfektion kann relativ einfach durch eine Urinanalyse diagnostiziert werden. Aus diesem Grund sollte dieser Test in Absprache mit dem Arzt Bestandteil der Basisanalyse der Harninkontinenz sein. In erster Linie kann dazu ein Harnstreifentest durchgeführt werden, es sind aber auch mikroskopische Untersuchungen des Urins möglich.

5.2.2. Körperliche Beobachtung bei Harninkontinenz

Pflegende sollten bei inkontinenten Personen der Untersuchung der Organe des unteren Harntrakts beziehungsweise der Geschlechtsorgane größere Beachtung schenken. Die Patienten sollten vor allem auf vorangegangene Operationen oder Traumata untersucht werden.

Besonders bei Frauen gibt es sehr viele Gründe für eine Harninkontinenz, so können auch Polypen oder ein Prolaps (als Prolaps bezeichnet man den unnatürlichen Vorfall eines Organs oder eines Organteils durch eine bereits vorhandene oder pathologische Öffnung) dafür verantwortlich sein. Auch ein Östrogenmangel, der durch juckende, trockene, gerötete oder rissige Schleimhaut aufgrund mangelnder Durchblutung im Genitalbereich charakterisiert ist, kann mit einer erhöhten Harndrangsystematik einhergehen.

Bei Männern hingegen sollte vor allem auf Fehlbildungen des Genitals geachtet werden.

5.2.3. Instrumente und Methoden zur Einschätzung der Harninkontinenz

Hier möchte ich auf das Miktionsprotokoll, den 24-Stunden Vorlagengewichtstest und die Restharnbestimmung als wichtigste Instrumente zur Einschätzung einer Harninkontinenz eingehen.³⁷

5.2.3.1 Das Miktionsprotokoll

Im Klinikalltag werden unterschiedliche Miktionsprotokolle verwendet, die entweder vom Patienten selbst oder von den Pflegenden zur Dokumentation genutzt werden.³⁸

Das Miktionsprotokoll erfüllt 2 Aufgaben, die in den diagnostischen und bewertenden Möglichkeiten des Instruments begründet sind.

³⁷ Vgl. Schiemann, s. 40 ff

³⁸ Vgl. Pflege Heute, s. 292

In erster Linie dient es zur Basiseinschätzung der Harninkontinenz, wobei unterschiedliche Parameter und unterschiedliche Miktionsprotokolle in der Literatur aufgezeigt werden

Das Miktionsprotokoll ist ein verlässliches Instrument zur Eigen- (s. Anhang 1) und zur Fremdeinschätzung (s. Anhang 2) und dient dazu, die Schwere der Inkontinenzsymptome in der Umgebung und unter den Bedingungen des täglichen Lebens der Betroffenen zu erheben. Es dient vor allem dazu, die Personen zu identifizieren, die von einem Kontinenztraining profitieren würden. Die angestrebte Intervention bezüglich der Kontinenzintervention richtet sich danach, ob die inkontinente Person aktiv oder passiv an deren Gestaltung teilnehmen kann.

Beim Miktionsprotokoll ist zu beachten, dass die Angaben des Instruments nicht nur auf Frequenz und Volumen der Ausscheidung beschränkt werden, sondern auch auf nähere Umstände des Harnverlustes eingehen.

Zusätzlich wäre es sinnvoll, gewollte und nicht gewollte Harnabgänge zu registrieren und ein Instrument zu wählen, in dem Angaben über die Bedingungen zu machen sind, die eine inkontinente Periode ausgelöst haben. So besteht die Möglichkeit, die Inkontinenzform- und -menge und ihre fördernden Faktoren zu identifizieren.³⁹

Weitere wichtige Punkte im Miktionsprotokoll stellen die Erfassung von Trinkgewohnheiten und Trinkmenge dar, da sich diese Faktoren auf das Miktionsverhalten auswirken können und durch diese Informationen auch zu Inkontinenz führende Trinkgewohnheiten festgestellt werden können. Parameter wie Zeitpunkt der Miktions, Drangsymptomatik, Situationsbedingung, Ersuchen um Unterstützung, Frequenz und Menge der Ausscheidung oder auch Blasenvolumen zum Miktionszeitpunkt werden erhoben, um eine individuelle Kontinenzförderung entwickeln und evaluieren zu können.

Zusätzlich zur pflegerischen Diagnostik kann mit Hilfe des Miktionsprotokolls dargestellt werden, dass auf das Pflegeproblem angemessen reagiert wird.

Es ist vor allem bei alten Menschen, die nicht vollkommen bettlägerig sind sinnvoll, ein Miktionsprotokoll zu erstellen, denn diese Maßnahme ist überaus wichtig, um ihre Kontinenz zu erhalten oder wiederzuerlangen. Sind die Betroffenen selbst nicht mehr in der Lage dazu, ein solches Miktionsprotokoll auszufüllen, so sollte diese Arbeit von der pflegenden Person übernommen werden.⁴⁰

³⁹ Vgl. Schiemann, s. 40ff

⁴⁰ Vgl. <http://209.85.135.132/search?q=cache:gUKi1KP5eMkJ:www.vitanet.de/gesundheit/niere-blase/blasenschwaechе/behandeln/blasentraining/+blasentraining+alte+menschen&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=at&client=firefox-a>

5.2.3.2 24- Stunden- Vorlagengewichtstest

Mit einem Vorlagentest, bei dem die Grammdifferenz zwischen getragenen und ungetragenen Einlagen über 24 Stunden ermittelt wird kann die verlorene Harnmenge quantifiziert werden.

Dazu werden die getragenen Vorlagen einer inkontinenten Person bis zu einem bestimmten Messzeitpunkt in einem Plastiksack gesammelt. Es wird in der Literatur diskutiert, ab welchem Wert der Test als positiv gewertet werden muss, die Experten sprechen dabei von einem Wert von 4 - 8g und mehr- ab diesem Wert spricht man von einer Harninkontinenz.

Es muss auch noch differentialdiagnostisch abgeklärt werden, ob beispielsweise ein vaginaler Ausfluss als Ursache für den hohen Wert in Frage kommt.

Es muss allerdings erwähnt werden, dass mit diesem Test nicht zwischen Drang- und Belastungsinkontinenz unterschieden werden kann.

Man sollte auch beachten, dass die Validität des Vorlagengewichtstests nicht unabhängig von der inkontinenten Person oder deren Pflegenden betrachtet werden kann, da diese die Einlagen sammeln müssen. Bei richtiger und sorgfältiger Einsammlung ist dieser Test allerdings ein objektives Einschätzungsinstrument zur quantifizierenden Beurteilung der Inkontinenz.

Die Sensitivität ist bei einem 24-Stunden –Vorlagengewichtstest höher als bei einem Gewichtstest, der bloß über eine Stunde geführt wird (Kurzzeittest). Bei dem soeben erwähnten Kurzzeittest, der sowohl personell als auch zeitlich sehr aufwendig ist, wird die Blase der inkontinenten Person mit einer standardisierten Flüssigkeitsmenge durch externe Blasenfüllung gefüllt und im Anschluss daran führt die Person Übungen durch und der Harnverlust wird evaluiert.

Dass der 24- Stunden- Vorlagengewichtstest eine höhere Sensitivität hat, liegt vor allem daran, dass die inkontinente Person innerhalb des Zeitraums von 24 Stunden alltäglichen Aktivitäten und Belastungen ausgesetzt ist.

Dieser Test beschränkt sich nicht auf eine Altersgruppe, Menschen jeden Alters können für ihn herangezogen werden, allerdings sollten Informationen zum Umgang mit den und zum Sammeln von den Unterlagen genau erklärt werden, vor allem jene Personen, die es nicht gewohnt sind, Einlagen zu tragen, sollten genau aufgeklärt werden. Es muss sichergestellt werden, dass die Einlagen jener Menschen, die durch eine kognitive Einschränkung nicht dazu in der Lage sind, diese selbst zu sammeln, von einer angehörigen Person oder einer pflegenden Person eingesammelt und gewogen werden.

Sind die Personen, die den Test durchführen berufstätig, so empfiehlt es sich, diesen Test an einem Wochenende durchzuführen.

5.2.3.3 Restharnmessung

Von einer sogenannten Restharnbildung spricht man dann, wenn sich die Blase nicht vollständig entleert. Dies kann zu einer Reihe von Problemen führen, unter anderem kann die Restharnbildung die Vermehrung von Bakterien begünstigen und zu Infektionen und Nierenschädigungen führen.

Deshalb ist die Erfassung des Restharns bei der Planung von kontinenzfördernden Maßnahmen so wichtig, denn ohne dessen Erhebung kann der Patient eventuell durch eine unangebrachte Therapieform geschädigt werden.

Die Erhebung erfolgt sonografisch, zum Beispiel mit speziell tragbaren Ultraschallgeräten. Sie kann aber in Ausnahmefällen auch mittels Einmalkatheterisierung durchgeführt werden.

Es gibt zwar keine eindeutige Evidenz bezüglich normaler und anormaler Restharnmenge, aber laut Experten handelt es sich bei einem Restharn von unter 50 ml um eine vollkommen normale Ausscheidung, während ein Restharn von 100 bis 200 ml auf eine anormale Ausscheidung hindeutet.

5.2.4. Identifikation von krankheits- und altersbedingten Risikofaktoren

Vor allem kranke und alte Menschen können in ihrem Ausscheidungsverhalten durch physische und psychische Veränderungen beschränkt sein. Dies kann dazu führen, dass diese Menschen unter einer Inkontinenz leiden.

Aus diesem Grund sollte bei diesen Personengruppen die Überprüfung der physischen und mentalen Fähigkeiten, sowie der Umgebungs- und sozialen Faktoren in der gewohnten Umgebung stattfinden.

Diese Einschätzung, beziehungsweise Überprüfung sollte folgende Punkte enthalten:

1. Einschätzung der physischen Fähigkeiten bezüglich des Fortbestands der Kontinenz:
 - Transferfähigkeiten
 - Balance
 - Armstärke und Flexibilität des Körpers
 - Fingerfertigkeit (z.B. im Umgang mit Kleidung oder mit Hüftprotektoren)
 - Sehen
 - Fähigkeit der Toilettennutzung

2. Einschätzung der mentalen Fähigkeiten:

Informationen hierzu können zum Beispiel über die Interpretation der eigenen Körpersignale sowie die Umsetzung von Instruktionen und Motivationen gesammelt werden.

3. Überprüfung der Umgebungsfaktoren:

Die Umgebungsfaktoren üben einen wesentlichen Einfluss auf den Erhalt der Kontinenz aus, daher sollte jede Befragung diesbezüglich in der gewohnten Umgebung des Patienten durchgeführt werden. Hierbei sollte man allerdings folgende Punkte beachten:

- Distanz zur Toilette
- Höhe des Toilettensitzes
- Zugang vom Bett/ Sessel zum Badezimmer/ zur Toilette und zurück
- Erreichbarkeit der Klingel
- Lichtverhältnisse
- Unterstützung, z.B. in Form von Handläufen

4. Einschätzung der psychosozialen Faktoren:

Vor allem wird hier die Unterstützung eingeschätzt, die eine inkontinente Person zur Förderung ihrer Kontinenz erhält, aber auch die Erhebung von Angst- und Schamverhalten, die sich auf die Kontinenz auswirken können und die Erhebung der kooperativen Fähigkeiten und motivierenden Faktoren sowie die Einschränkungen der sozialen Tätigkeiten, die durch die Inkontinenz bedingt sind, sind in dieser Einschätzung enthalten.

Die systematische Einschätzung der Inkontinenz ist sehr wichtig für die Identifikation potentiell reversibler Faktoren, der Zuordnung der Inkontinenzform und der Entscheidung bezüglich der Interventionsmöglichkeiten.

Um den Betroffenen helfen zu können ist es wichtig, den Status ihrer Inkontinenz zu ermitteln, indem sie selbst, aber auch ihre Familienmitglieder und mögliche Betreuer befragt werden.⁴¹

⁴¹ Vgl. Schieman, s. 40 ff.

6. Maßnahmen zur Kontinenzförderung

Die wichtigste Aufgabe der pflegenden Personen im Rahmen der Kontinenzförderung liegt in der Aufklärung und Beratung über Präventionsmaßnahmen und über die Problematik der Harninkontinenz.

- Primärprävention der Harninkontinenz

Diese Strategien richten sich hauptsächlich an jene Personen, die potentiell von einer Inkontinenz bedroht sind. Zum Beispiel können Frauen schon vor ihrer Entbindung auf die Bedeutung des Beckenbodentrainings hingewiesen werden.

- Förderung der Kontinenz bei bestehender Harninkontinenz

Diese Förderung geschieht in Abhängigkeit von den Fähigkeiten eines inkontinenten Menschen und in Verbindung mit den Zielen, die diese Person erreichen will.

Es sollte jeder Betroffene die Chance haben, seine Kontinenz vollständig oder zumindest teilweise wiederzuerlangen, beziehungsweise zu behalten. Eine der Grundvoraussetzungen zur Kontinenzförderung ist die Beratung der inkontinenten Person im Bezug auf die Therapiemöglichkeiten.

Es gibt aber neben den gerade beschriebenen Formen der Kontinenzförderung noch weitere, sowohl allgemeine als auch spezielle Maßnahmen, die ich hier beschreiben möchte.

6.1. *Allgemeine Maßnahmen zur Kontinenzförderung*

Es gibt kaum Ergebnisse, die die Kontinenz in Zusammenhang mit Faktoren wie Ernährung und spezieller Lebensführung stellen, allerdings möchte ich hier auf ein paar Faktoren näher eingehen, die eine Rolle in der Kontinenzförderung spielen können.

6.1.1. **Flüssigkeitszufuhr**

Es wird eine Verbindung zwischen mangelnder Flüssigkeitsaufnahme und Inkontinenz gesehen, da der konzentrierte Urin eine Drangsymptomatik verstärken kann, aber gleichzeitig auch das Risiko einer Harnwegsinfektion oder das einer Obstipation ansteigt. Experten empfehlen eine angemessene Flüssigkeitszufuhr durch Tee, Wasser oder Fruchtsäfte. Die empfohlene Dosis liegt dabei bei 30 ml/kg beziehungsweise 1,5 bis 2 l/ Tag.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Getränke wie Kaffee, Alkohol oder aber auch Zitrusgetränke beziehungsweise Zitrusfrüchte beim Auftreten einer Inkontinenz eine Rolle spielen. Durch die Nutzung eines Miktionsprotokolls, in dem die Art und Menge der Flüssigkeitsaufnahme erhoben wird, kann eine Disposition für bestimmte Getränke erkannt werden.

6.1.2. Gewichtsreduktion

Ein weiterer Risikofaktor für Harninkontinenz stellt die Adipositas dar. In einigen Untersuchungen konnte aufgezeigt werden, dass Frauen aufgrund der Reduktion ihres Gewichts die Anzahl der inkontinenten Episoden bei bestehender Belastungsinkontinenz senken konnten. Aus diesem Grund sollten jenen Patienten, die adipös und inkontinent sind, Strategien zur Gewichtsreduktion empfohlen werden.

6.1.3. Förderung der Autonomie

Es ist wichtig, die Umgebung von inkontinenten Menschen, besonders jener, die psychisch eingeschränkt sind, nach Barrieren zu untersuchen und diese möglichst zu beseitigen. Es könnte zum Beispiel helfen, höhere Toilettensitze einzubauen oder Handläufe zu installieren, dadurch wird die Autonomie und somit auch die Mobilität und in weiterer Folge auch die Kontinenz einer Person gefördert.

6.2. Spezielle Maßnahmen zur Kontinenzförderung

Die Maßnahmen zur Kontinenzförderung sind sehr umfangreich und ich will im Rahmen meiner Arbeit nur auf die wichtigsten eingehen, aber anmerken, dass die Palette an anwendbaren Möglichkeiten weit größer ist, als hier beschrieben.

6.2.1. Blasentraining

Das Ziel des Blasentrainings liegt hauptsächlich darin, falsche Ausscheidungsgewohnheiten, die sich durch ein zu häufiges Frequentieren der Toilette zeigen, zu korrigieren. Außerdem versucht man durch das Blasentraining, die Blasenkapazität zu erhöhen und die Fähigkeit, den Harndrang zu verdrängen, zu verbessern- insgesamt kann man somit die Ausscheidungsintervalle der Betroffenen um 2 bis 4 Stunden erhöhen.

Die häufigsten Teilnehmer an diesen Trainings sind Frauen höheren Alters mit Belastungs-, Drang-, oder Mischinkontinenz. Die Grundvoraussetzung für alle Teilnehmer ist eine gesicherte medizinische Diagnose und volle geistige Leistungsfähigkeit, ohne die diese Intervention nicht durchgeführt werden kann.

Die tatsächliche Effektivität des Blasentrainings ist noch nicht ausreichend untersucht worden, es wird zwar in allen Studien ein Rückgang der Inkontinenzperioden beschrieben, allerdings unterscheiden sich diese Studien im Bezug auf Stichprobe, Durchführung der Intervention und Ergebnismessung.

Die Heilungsrate, die auch als „keine Inkontinenz laut Miktionsprotokoll“ bezeichnet wird, liegt bei 12 bis 73%, die Rate der Rückgänge der Inkontinenzepisoden bei 57 bis 87,3%.⁴²

6.2.2. Beckenbodentraining

Im Rahmen des Beckenbodentrainings lernt der Patient unter physiotherapeutischer Anleitung einerseits Techniken zur Wahrnehmungsschulung und Durchblutungsförderung der Harnröhre und andererseits Übungen, die die Kraft und die Ausdauer des Verschlussapparats der Blase verbessern.⁴³

Das Beckenbodentraining richtet sich an Menschen jeden Alters, unter der Bedingung, dass diese kognitiv uneingeschränkt sind und dass eine gesicherte medizinische Diagnose vorliegt. Vor allem aber richtet es sich an Frauen mit Belastungs-, Drang-, oder Mischinkontinenz und an Männer, bei denen nach einer Prostataoperation eine Inkontinenz vorliegt.

Der erste wichtige Schritt des Beckenbodentrainings besteht darin, dass die Patienten über die Beckenbodenanatomie sowie über die entsprechenden Muskeln aufgeklärt werden.

Untersuchungen haben gezeigt, dass nicht alle Frauen dazu in der Lage sind, ihre Beckenbodenmuskeln gezielt anzuspannen, wenn sie mit dem Training beginnen, oder Übungen durchführen, von denen sie in Informationsbroschüren gelesen haben. Dies indiziert, dass diese Frauen persönliche Anleitung und permanente Betreuung bei der Durchführung ihrer Übungen bekommen.

⁴² Vgl. Schiemann, s. 40 ff

⁴³ Vgl. Dr. med. Allert, G. et al, s.289

6.2.2.1 Beckenbodentraining ohne unterstützende Maßnahmen

In den meisten Studien variieren der Trainingsaufwand und die –intensität. Die inkontinenten Personen führen das Muskeltraining über 3 bis 6 Monate mehrmals am Tag, vor allem zu Hause während des normalen Tagesablaufs und in unterschiedlichen Positionen und Kontraktionsstärken durch.

Allgemeine Richtlinien halten sich an die Empfehlung der Agency for Healthcare Research and Quality (1996). Diese empfiehlt die Anspannung für 10 Sekunden bei genauso langer Entspannungszeit und einer täglichen Zahl an Übungen von 30 bis 80 Kontraktionen. Die Übungen sollen über einen Zeitraum von mindestens 8 Wochen durchgeführt werden, wobei für ältere Menschen eine längere Übungszeit befürwortet wird.

Obwohl es viele Studien zu diesem Thema gibt, die die Auswirkung des Beckenbodentrainings auf inkontinente Frauen beschreibt, findet man zum Thema männliche Inkontinenzpatienten eine relativ geringe Anzahl an Studien. Zusätzlich wird die Vergleichbarkeit durch unterschiedliche Stichproben, Interventionen und Messungen erschwert und es bleibt auch unklar, ob dieses spezielle Training für Männer überhaupt eine effektive Maßnahme bezüglich der Kontinenzförderung bietet.

6.2.2.2 Beckenbodentraining mit unterstützender Technik

Zu den unterstützenden Techniken zählen das Biofeedback, die Elektrostimulation und die Verwendung von Vaginalkonen.

Das sogenannte Biofeedback misst die elektrischen Aktionspotentiale die entstehen, wenn ein Muskel angespannt, also aktiv wird und gibt diese dann als akustisches oder optisches Signal wieder. Durch dieses Feedback ist es möglich, einen Lernprozess zu aktivieren und die Muskulatur gezielt zu trainieren und dadurch auch zu kontrollieren. Das Biofeedback stellt also keine selbstständige Intervention dar sondern vielmehr eine unterstützende Trainingstechnik.

Bei der Elektrostimulation werden elektronische Impulse an die Beckenbodenmuskulatur abgegeben, dies geschieht über Elektroden, die entweder an die Haut geklebt oder in den Anus oder die Scheide eingeführt werden. Durch diese Impulse werden Kontraktionen ausgelöst, die die quergestreifte Muskulatur passiv trainieren und so eine gute Basis für das nachfolgende Beckenbodentraining darstellen.

Die oben bereits erwähnten Vaginalkonen sind kegelförmige Gewichte mit unterschiedlichen Schweregraden, die in die Scheide eingeführt werden. Um zu verhindern, dass diese wieder aus der Scheide gleiten ist es nötig, die Beckenbodenmuskulatur anzuspannen.

Das Gewicht der Vaginalkonen hängt dabei vom Trainingsfortschritt ab.

Untersuchungen zeigen, dass sowohl das Beckenbodentraining als auch das Training mit den Vaginalkonen die Kontinenz fördert. Es gibt jedoch Untersuchungen, in denen die Frauen eine geringe Toleranz gegenüber Vaginalkonen aufweisen und diese als unangenehm und zeitaufwendig empfinden.

Insgesamt muss man allerdings sagen, dass die Effektivität des Beckenbodentrainings in Kombination mit Elektrostimulation, Biofeedback oder Vaginalkonen mangels ausreichender Nachweise nicht gewährleistet ist und man nicht sicher sagen kann, ob oder welche dieser Methoden einer anderen überlegen ist.

6.2.3. Doppel- oder Dreifachmiktion

Diese Methode wird von Primus et al.⁴⁴ empfohlen, wenn eine Blasenentleerungsstörung vorliegt. Dabei soll der Betroffene in einem kurzen Zeitabstand von ca. 15 Minuten zwei- bis dreimal zur Toilette gehen, um die Blase vollständig zu entleeren, die Restharmenge und damit das Risiko einer Harnwegsinfektion zu senken.

Wirksamkeit und Effektivität sind in der Praxis ist jedoch mangelhaft belegt und daher höchst umstritten

6.2.4. Toilettentraining

Besonders die Personen, die körperlich oder geistig eingeschränkt sind, benötigen zum Erhalt oder zur Wiedererlangung der Kontinenz sehr viel Unterstützung. Eine große Anzahl dieser Menschen schafft dies nur durch die Hilfe anderer Personen. Die Auswahl des geeigneten Toilettentrainings richtet sich sowohl nach der Inkontinenzdiagnose als auch nach den Fähigkeiten und den persönlichen Zielen der inkontinenten Person.⁴⁵

Beim Toilettentraining werden die Patienten dazu animiert, in regelmäßigen Abständen ihre Blase auf der Toilette zu entleeren, mit dem Ziel, die Blase wieder an größere Füllungskapazitäten zu gewöhnen und die Abstände zwischen den Blasenentleerungen auf ein normales Maß zu reduzieren.⁴⁶

⁴⁴ Vgl. Primus et al., s.34

⁴⁵ Vgl. Sciemann, s. 40 ff

⁴⁶ Vgl. Dr. med. Allert, G. et al, s. 292

6.2.4.1 Angebotener Toilettengang

Diese Art des Trainings, die im englischen auch als „prompted voiding“ bezeichnet wird, ist eine Form der Verhaltenstherapie, die dazu dient, die Blasenkontrolle von Betroffenen zu stärken. Dies geschieht mittels verbaler Aufforderung und positiver Unterstützung.

Ziel dieses Trainings ist die Kontinenzförderung, dies geschieht vor allem durch die Sensibilisierung des Betroffenen hinsichtlich der Blasenfunktion und einer Erhöhung der selbstinitiierten Inanspruchnahme der Hilfe bei der Ausscheidung beziehungsweise bei der Toilettenbenutzung.

Diese spezielle Form des Toilettengangs folgt einem bestimmten Ablauf, der in den meisten Studien ziemlich ähnlich beschrieben wird. Die wichtigsten Faktoren dabei sind Beobachtung und das Anbieten von Unterstützung.

Im Folgenden werde ich den Ablauf des angebotenen Toilettentrainings kurz beschreiben.

- Kontaktaufnahme mit der inkontinenten Person zu regelmäßigen und festgelegten Zeiten, verbunden mit der Frage, ob diese Person eingenässt hat.
- Kontrolle, ob diese Angabe stimmt. Die wahrheitsgemäße Aussage geht mit verbalem Feedback einher.
- Falls die Notwendigkeit besteht, wird die Person gereinigt und die Kleidung beziehungsweise die Inkontinenzeinlage gewechselt.
- In jedem Fall wird gefragt, ob die Person Unterstützung bei der Ausscheidung benötigt. Bei Ersuchen um Unterstützung wird diese gewährt.
- Im Falle eines erfolgreich abgeschlossenen Toilettengangs wird gelobt und im Anschluss auf die nächste Kontaktaufnahme zur Unterstützung bei der Ausscheidung verwiesen.

Studien zeigen allerdings, dass keine eindeutige Evidenz vorliegt, dass das Toilettentraining mit angebotenen Toilettengang die Eigeninitiative beim Ersuchen um Hilfe zur Ausscheidung erhöht und damit die Inkontinenzperioden senkt.

6.2.4.2 Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten

Diese Form des Toilettentrainings wird im englischen auch als „habit training“ bezeichnet, stellt eine Unterstützung der Ausscheidung nach einem festgelegten Plan dar und basiert auf den individuellen Ausscheidungsmustern von inkontinenten Personen.

Dieses spezielle Training ist vor allem für jene Menschen geeignet, die psychisch oder kognitiv eingeschränkt sind und deshalb von einem Verhaltenstraining wie beim Blasentraining profitieren können.

Eine sehr wichtige Voraussetzung für die Durchführung des habit trainings ist die genaue Einschätzung und die Analyse des individuellen Ausscheidungsverfahrens mit Hilfe des Miktionsprotokolls. Anhand dieses Protokolls wird auch der individuelle Toilettenplan von den Pflegenden erstellt. Die Zeiten, in denen der Betroffene unterstützt wird, richten sich nach den Angaben des unfreiwilligen Urinverlusts im Miktionsprotokoll und finden vor diesem statt.

Bis jetzt gibt es nur wenige Studien, die den Effekt dieses Trainings beschreiben, die vorliegenden Untersuchungen kamen aber zu sehr positiven Ergebnissen. Allerdings treten methodologische Probleme auf, wie ungenügende Definition der Konzeptualisierung, Mischung der Interventionen durch beispielsweise zusätzliche Flüssigkeitsregulierung oder mangelnde Darstellung der Interventionen und ihrer Ergebnisse.

6.2.4.3 Toilettengang zu festgelegten Zeiten

Diese Trainingsart wird im englischen auch als „timed voiding“, „scheduled toileting“, „routine toileting“ oder „regular toileting“ bezeichnet. Das Training ist vor allem für jene Menschen hilfreich, die nicht mehr dazu fähig sind, die Toilette unabhängig und selbstständig zu benutzen und ist daher besonders für ältere Menschen geeignet.

Bei der passiven Form dieses Toilettentrainings legt die Pflegeperson einen Toilettengang zu bestimmten Zeiten fest, z.B. zwei- oder dreistündlich. Dieser Intervention liegt primär das Ziel zugrunde, inkontinente Episoden zu vermeiden und es geht nicht, wie zum Beispiel beim angebotenen Toilettengang darum, den Betroffenen aktiv durch positives Feedback und Anleitung zur Kontinenz zu bewegen.

Auch zu dem Toilettengang zu festgelegten Zeiten wurden bisher nur wenige Studien durchgeführt und es liegt eine mangelnde Evidenz bezüglich dieser Form des Toilettentrainings vor.

6.3. Einsatz von Hilfsmitteln

Wenn durch die oben erwähnten Trainingsmethoden keine Wiedererlangung der Kontinenz erreicht wird, so erfolgt die Kontinenzförderung durch bestimmte Hilfsmittel, die speziell auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt sind.

Da diese Hilfsmittel auch von den inkontinenten Personen selbst benutzt werden können, helfen sie, die Autonomie der Betroffenen zu fördern oder zu erhalten.

Es gibt sehr viele unterschiedliche Arten dieser Hilfsmittel und für die Auswahl ist eine genaue Einschätzung der Wünsche, aber auch der Fähigkeiten der Betroffenen und eine Einschätzung des Schweregrades der Harninkontinenz nötig.

Besonders schwierig ist es für die Betroffenen und deren pflegende Angehörige, ein geeignetes Hilfsmittel auszuwählen, Für sie sind dabei 5 Kriterien besonders zu berücksichtigen:

- Qualität
- Komfort
- Verfügbarkeit
- Kosten
- Design

Mit der großen Auswahl an Produkten sind die Betroffenen, aber auch ihre Angehörigen sehr oft überfordert. Sie wünschen sich daher eine gezielte Beratung vom geschulten Pflegepersonal und erleben es meist als frustrierend, wenn ihnen diese verwehrt wird.

6.3.1. Funktionell-anatomische Hilfsmittel

Diese Hilfsmittel werden ausschließlich bei Frauen verwendet.

Es gibt verschiedene Hilfsmittel für belastungsinkontinente Frauen, die zwar die Ursache der Inkontinenz nicht behandeln können, aber einer Harninkontinenz vorbeugen können.

Im deutschen Sprachraum werden zu diesem Zweck vor allem Pessare, Tampons oder auch Harnröhrenstöpsel verwendet.

Die sogenannten Pessare werden, genau wie die Tampons, intravaginal getragen, um so den Blasenhalshals und die Urethra zu stützen. Die Pessare müssen jedoch zuvor von einem Gynäkologen nach ausführlicher Untersuchung angepasst werden. Für die Benutzung von Tampons sollte darauf geachtet werden, dass diese aus Schaumstoff bestehen, um die Vaginalflora nicht unnötig zu beeinträchtigen⁴⁷. Die Funktion dieser Tampons, die deutlich

⁴⁷ Vgl. Schiemann, s. 40 ff

größer sind als jene, die während einer Menstruation benutzt werden, besteht darin, durch ihre Größe das Lumen der sich neben der Vagina befindlichen Harnröhre zu verengen⁴⁸.

Die Harnröhrenstöpsel hingegen werden intraurethral getragen und sollen so die Harnröhre verschließen und verhindern, dass Harn austreten kann. Der Nachteil dieser Methode ist allerdings, dass das Risiko einer Harnwegsinfektion erhöht und sowohl die Blase als auch die Harnröhre gereizt werden.

6.3.2. Mobile Toilettenhilfen

Manche Menschen sind aufgrund ihrer Wohnsituation nicht in der Lage, immer rechtzeitig eine Toilette aufzusuchen, aber auch diese Menschen sollen die Chance bekommen, ihre Kontinenz zu erhalten oder wiederzuerlangen. Dies wird durch die mobilen Toilettenhilfen gewährleistet, die sich je nach Grad der Beeinträchtigung des Betroffenen richten. So können zum Beispiel ein Toilettenstuhl, verschiedene Steckbecken, oder auch Urinflaschen verwendet werden, die sowohl für Männer als auch für Frauen einsetzbar sind.

Es muss allerdings immer darauf geachtet werden, dass ein Hilfsmittel bei den unterschiedlichen Einschränkungen des Anwenders einsetzbar ist. Es ist vor allem bei der Pflege zuhause sehr wichtig, dass sowohl die inkontinente Person, als auch die pflegenden Angehörigen von geschulten Pflegekräften über die Hilfsmittel und deren Anwendung genau aufgeklärt werden.

6.3.3. Ableitende Hilfsmittel

Diese Hilfsmittel kommen erst dann zum Einsatz, wenn ein Mensch seine Blase nicht mehr kontrollieren kann und alle anderen Möglichkeiten der Kontinenzförderung ausgeschlossen worden sind.

Hierbei werden Blasenkateter verwendet, diese sind nötig, wenn ein chronischer Harnverhalt besteht. Außerdem kommen sie bei der Entleerung von Ersatzblasen (diese wird mit dem Nabel durch ein Stück Dünndarm verbunden und kann mit Hilfe eines Katheters entleert werden, s. Abb.5), oder auch bei neurogenen Blasenfunktionsstörungen aufgrund eines Traumas, einer Erkrankung oder einer angeborenen Schädigung zum Einsatz. Sie können dabei intermittierend, langzeitliegend, transurethral oder suprapubisch angewandt werden.

⁴⁸ Vgl. Dr. med. Allert, G. et al, s. 291

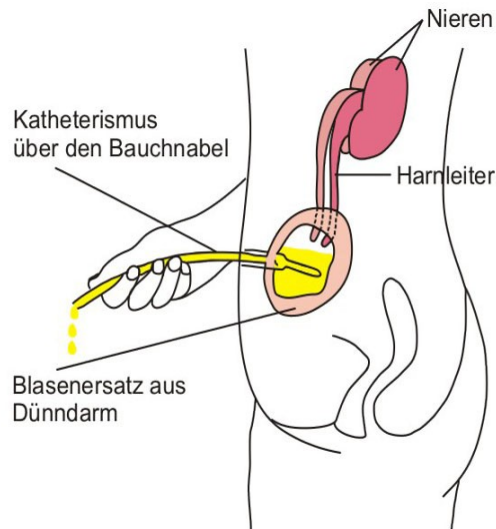


Abb.5: Die Pouch Anlage oder Ersatzblase⁴⁹

6.3.3.1 Der intermittierende (Selbst-)Katheterismus

Das Ziel dieser Maßnahme ist es, eine Kontinenz zu erreichen, indem eine regelmäßige und kontrollierte Blasenentleerung durchgeführt wird. Weiters werden durch diesen Vorgang die harnableitenden Organe vor Infektionen geschützt und die Lebensqualität der Patienten gefördert und verbessert.

Inzwischen ist eine große Anzahl verschiedener Katheter erhältlich und alle haben verschiedene Materialien und Beschichtungen. Um Traumata der Urethra zu verhindern, werden Katheter mit spezifischer Beschichtung empfohlen, da diese besonders leicht einzuführen sind.

Weiters wird empfohlen, Katheter zu benutzen, deren Katheterspitzen und Katheteraugen keine scharfen Kanten aufweisen und die außerdem latexfrei sind.

Um einen solchen Katheter benutzen zu können, ist eine genaue Untersuchung des Patienten und dessen körperlicher und mentaler Leistungsfähigkeit vor der ersten Anwendung nötig.

Ist diese Prüfung erfolgreich verlaufen, so werden die Patienten im Umgang mit dem Selbstkatheterisieren geschult. Es kann „hygienisch“ oder „aseptisch“ und in unterschiedlichen Positionen (z.B. liegend oder sitzend) durchgeführt werden und erfolgt 4 - 6 mal pro Tag. Wie oft die Selbstkatheterisierung durchgeführt wird, hängt vom Blasenvolumen, der Trinkmenge und der Restharnbildung ab.

Aber nicht nur der Umgang mit dem Katheter muss geschult werden, es ist auch erforderlich, dass die betroffene Person in der Lage ist, eventuelle Komplikationen zu erkennen.

⁴⁹ Vgl. http://urologie.insel.ch/fileadmin/urologie/urologie_users/Bilder/KatheterPouch_1.jpg

6.3.3.2 Blasenverweilkatheter

Die Verwendung eines solchen Katheters, der auch transurethraler oder suprapubischer Blasenverweilkatheter genannt wird, sollte nur in Ausnahmefällen und unter der strengen Aufsicht eines Arztes erfolgen.

Viele der nosokomialen Harnwegsinfektionen sind auf den Gebrauch von transurethralen Harnwegskathetern zurückzuführen, wobei anzumerken ist, dass das Risiko einer Infektion mit der Verweildauer des Katheters ansteigt.

In der Praxis werden verschiedenste Kathetermaterialien eingesetzt, doch über deren Nutzung wird immer wieder heftig diskutiert. Für die Inkrustationsneigung eines Katheters ist vor allem die Oberflächenbeschaffenheit mitverantwortlich, die sowohl durch die Materialeigenschaften, als auch durch den Herstellungsprozess beeinflusst wird. Die Oberfläche von Latexkathetern ist zum Beispiel schon nach 5 Tagen von Kristallen übersät, während es bei Silikonkathetern erst nach dreiwöchiger Liegezeit zu einer solchen Inkrustation kommt, was vor allem ihrer wasserabweisenden Eigenschaft zuzuschreiben ist.

Auch der Wechsel der Blasenverweilkatheter wird heftig diskutiert, bei Latexkathetern sollte er alle ein bis zwei Wochen erfolgen, bei Silikonkathetern hingegen nur alle zwei bis vier Wochen. Es gibt allerdings auch Blasenverweilkatheter, die eine Liegedauer von ein bis zwei Monaten haben, diese sind die sogenannten suprapubischen Blasenverweilkatheter aus Polyurethan.

Ein großer Nachteil dieser Art der Katheterisierung ist allerdings neben dem erhöhten Infektionsrisiko die Abhängigkeit des Patienten vom Pflegepersonal.

6.2.2.3 Kondomurinal und Urinkollektoren

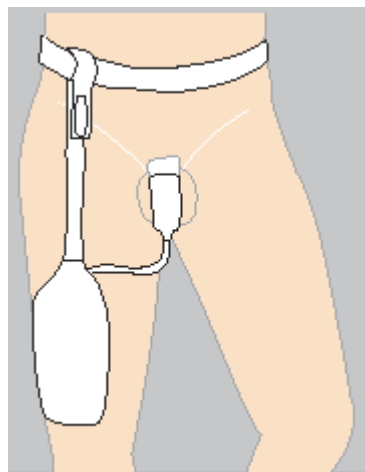


Abb. 6: Darstellung eines Kondomurinals⁵⁰

⁵⁰ Vgl. http://www.letzgus-lang.de/_inews_/pics/1079445354-18363-image_small.gif

Einer der großen Vorteile dieser Methode ist, dass das Risiko einer Harnwegsinfektion ausgeschlossen werden kann.

Trotzdem muss bei der Anwendung des Kondomurinals oder der Urinkollektoren auf Passgenauigkeit und auf Hautpflege geachtet werden um eventuelle Hautschäden zu vermeiden.

Für Männer empfiehlt sich die Verwendung von Kondomurinalen. Als Materialien werden hier vor allem Latex und Silikon empfohlen, wobei diskutiert wird, dass das Silikon dem Latex vorzuziehen ist, da es einen schützenden Effekt auf die Haut hat.⁵¹

Diese Hilfsmittel können sowohl durch die inkontinente Person selbst, als auch durch ihre pflegenden Angehörigen eingesetzt werden, indem sie über den Penis gestreift und am Penisansatz mit einem bestimmten Hautkleber oder einem Klebeband befestigt werden. Sie müssen gut an den Patienten angepasst werden und bequem sitzen.⁵²

Beim Kondomurinal wird der Harn in einen Auffangbeutel abgeleitet, der zuvor nach verschiedenen Kriterien wie Design und Tragemöglichkeit ausgewählt werden muss.

Um eine richtige Anwendung zu gewährleisten, müssen die Patienten von geschultem Personal über die Handhabung genauestens aufgeklärt werden. Weiters muss das Kondomurinal täglich gewechselt werden, um Infektionen vorzubeugen. Zusätzlich ist eine regelmäßige Untersuchung notwendig, um Hautschäden zu vermeiden, beziehungsweise frühzeitig zu erkennen.

6.3.4. Aufsaugende Hilfsmittel

Diese Hilfsmittel sind sowohl für betroffene Menschen zuhause, als auch für jene, die in einer Einrichtung wohnen, von großer Bedeutung. Sie können und sollen auch zusätzlich zu anderen kontinenzfördernden Interventionen benutzt werden.

Die aufsaugenden Hilfsmittel, die von verschiedensten Anbietern erhältlich sind, werden in körpernah und körperfern zu nutzende Hilfsmittel eingeteilt. Weiterhin werden sie auch in wieder verwendbar, waschbar oder für eine einmalige Nutzung gedacht, eingeteilt.

Die körperfernen aufsaugenden Mittel sind in unterschiedlichen Größen erhältlich, können eine textile Form haben oder auch zur Einmalbenutzung gedacht sein und sie können in das Bett eingelegt oder zum Schutz der Sitzmöbel aufgelegt werden.

⁵¹ Vgl. Schiemann, s. 40 ff

⁵² Vgl. Dr. med. Allert, G. et al, s. 291

Die körpernahen aufsaugenden Mittel sind als Einmal- oder Mehrwegprodukte erhältlich und je nach Schweregrad der Inkontinenz werden Hilfsmittel mit geringem bis mittlerem Aufnahmevolumen bis hin zu solchen mit einer hohen Aufnahmefähigkeit benutzt.

Allgemein werden moderne, dreiteilig aufgebaute Einmalprodukte empfohlen, die aus flüssigkeitsabweisendem Vlies, Zellstoff mit integriertem Superabsorber und auf der vom Körper abgewandten Seite aus einer wasserundurchlässigen Schicht bestehen.

Durch die Verwendung solcher aufsaugenden Hilfsmittel kann der Patient vor den dermatologischen Folgen einer Inkontinenz, wie zum Beispiel einer Dermatitis oder eines Ekzems, geschützt werden. Trotzdem muss eine regelmäßige Untersuchung der Haut erfolgen, um eventuelle Veränderungen oder Reize feststellen zu können.⁵³

In der Altenpflege werden vor allem aufsaugende Matten verwendet, die zusätzlich zu den Inkontinenzeinlagen, die die Betroffenen tragen, auf das Bett gelegt werden, um ein eventuelles Durchnässen zu verhindern.

7. Schlussfolgerung

Es war mir vor Beginn meiner Bakkelaureatsarbeit nicht bewusst, welches Problem die Inkontinenz tatsächlich darstellt. Ich wusste zwar, dass viele ältere Menschen- vor allem jene, die in einer pflegerischen Einrichtung wohnen- an Inkontinenz leiden, aber dass diese Krankheit 60 bis 70% aller Menschen betrifft, war mir nicht bewusst. In meinen Recherchen stellte sich heraus, dass auch viele jüngere Menschen an Inkontinenz leiden, was mich doch sehr überrascht hat.

Die Forschungsfrage, die ich mir zu Beginn meiner Arbeit stellte war, ob man durch ein bestimmtes Verhalten die eigene Kontinenz fördern, beziehungsweise, ob man durch eigenes Verhalten eine Inkontinenz verschulden kann.

Ich fand keine eindeutigen Hinweise darauf, durch welche Maßnahmen man die Entstehung einer Inkontinenz verhindern kann. Es wird ein Zusammenhang zwischen Inkontinenz und mangelnder Flüssigkeitsaufnahme gesehen, außerdem wird von der übermäßigen Aufnahme von Kaffee, Alkohol oder Zitrusgetränken abgeraten.

Man kann also versuchen, durch regelmäßige Flüssigkeitsaufnahme und auch durch die Kontrolle des Körpergewichts eine Inkontinenz zu verhindern. Dies garantiert jedoch nicht, dass die eigene Kontinenz bis ins hohe Alter bestehen bleibt.

Aber selbst, wenn bereits eine Inkontinenz besteht, kann man verschiedene spezielle Maßnahmen zur Kontinenzförderung ergreifen und durch diese den Umgang mit der

⁵³ Vgl. Schieman, s 47 ff.

Inkontinenz erleichtern, oder- im besten Fall- die Kontinenz wiedererlangen. Dies ist eine Tatsache, die mir nicht bewusst war und ich denke, dass auch viele andere Menschen, vielleicht sogar einige der Betroffenen selbst, nicht darüber Bescheid wissen. Hier sollte verstärkt auf Aufklärung gesetzt werden. Außerdem sollte vermehrt versucht werden, gerade den Menschen, die im hohen Alter noch zu Hause und in keiner pflegerischen Einrichtung wohnen, beziehungsweise deren pflegenden Angehörigen zu helfen, ihre Kontinenz zu behalten. Ältere Menschen, die zu Hause oder bei Angehörigen wohnen, haben oft mit Barrieren zu kämpfen, die es ihnen nicht erlauben, rechtzeitig die Toilette zu erreichen. Gerade in diesen Situationen wäre es wichtig, aufzuklären, denn hier wäre es so einfach, den alten Menschen ein Stück Autonomie und vor allem ein Stück Würde zurückzugeben.

8. Literaturverzeichnis

8.1. *Allgemeine Quellen*

- Silbernagl, S.; Despopoulos, A.; Taschenatlas der Physiologie, 6. Auflage, Thieme Verlag 2003, s. 78, s. 148
- Moers, M.; Schiemann D.; Blumenberg, P.; Schemann J.; Expertenstandard- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) 2006, s. 34 ff.
- Dr. med. Allert, G. et al.; Pflege Heute; 3. Auflage; Urban & Fischer Verlag, s. 289, s. 291, s. 292.
- Primus, G.; Bliem, F.; Budinsky, M.; Dietersdorfer, F.; Ebner, M.; Fischer, M.; Gebhartl, P.; Häusler, N.; Heidler, H.; Klingler, H.C.; Knoll, M.; Lüftenegger, W.; Madersbacher, H.; Pferschy, J.; Riedl, A.; Überreiter, S.; Wachter, J. (2004): Leitlinien Blasenfunktionsstörungen- neu überarbeitet. Journal für Urologie und Urogynäkologie 11 (3): 34- 40.

8.2. *Internetquellen*

- <http://sciencev1.orf.at/science/news/48067>, 01.10.2009
- <http://www.hso.at/medizin/74.html>, 01.10.2009
- <http://www.gesundheit.de/anatomie-lexikon/verdauungssystem/gfx/harnweg.jpg>, 01.10.2009
- <http://flexikon.doccheck.com/Niere>, 03.10.2009
- <http://flexikon.doccheck.com/Niere>, 05.10.2009
- <http://flexikon.doccheck.com/Clearance>, 05.10.2009
- <http://flexikon.doccheck.com/Harnleiter>, 07.10.2009
- <http://flexikon.doccheck.com/Sekund%C3%A4rharn>, 07.10.2009
- <http://flexikon.doccheck.com/Harnleiter>, 07.10.2009
- <http://flexikon.doccheck.com/Harnblase>, 07.10.2009
- <http://flexikon.doccheck.com/Harnr%C3%B6hre>, 13.10.2009
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Pollakisurie>, 14.10.2009
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Nykturie>, 14.10.2009
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Enuresis>, 14.10.2009
- <http://www.50plus.at/inkont-elek/stressinkontinenz.htm>, 14.10.2009

- <http://www.inkontinenz-selbsthilfe.com/html/dranginkontinenz.html>, 14.10.2009
- <http://www.inkontinenz-selbsthilfe.com/html/dranginkontinenz.html>, 14.10.2009
- <http://www.kompetenz-in-kontinenz.de/wissen-hilft/formen-der-harninkontinenz/mischinkontinenz.html>, 14.10.2009
- <http://dgk.de/ag/beckenboden/formen-der-harninkontinenz/inkontinenz-bei-chronischer-harnretention.html>, 14.10.2009
- <http://dgk.de/ag/beckenboden/formen-der-harninkontinenz/inkontinenz-bei-chronischer-harnretention.htm>, 19.10.2009
- <http://209.85.135.132/search?q=cache:gUKi1KP5eMkJ:www.vitanet.de/gesundheit/niere-blase/blasenschwaeche/behandeln/blasentraining/+blase>, 11.11.2009
- http://images.google.at/imgres?imgurl=http://www.sexualaufklaerung.de/kinderwunsch/bilder/schw.jpg&imgrefurl=http://www.sexualaufklaerung.de/kinderwunsch/daten/1_09.htm&usg=__VZpGETmcK0T2BxCFw9DDkEO3miw=&h=227&w=250&sz=23&hl=de&start=36&um=1&tbnid=LxFrqHVGXF9soM:&tbnh=101&tbnw=111&prev=/images%3Fq%3Dm%25C3%25A4nnliche%2BHarnr%25C3%25B6hre%26ndsp%3D18%26hl%3Dde%26client%3Dfirefox-a%26rls%3Dorg.mozilla:de:official%26sa%3DN%26start%3D18%26um%3D1, 05.01.2010
- <http://www.bio.vobs.at/sex/s-male-a.jpg>, 05.01.2010
- http://images.google.at/imgres?imgurl=http://www.bio.vobs.at/sex/s-male-a.jpg&imgrefurl=http://www.bio.vobs.at/sex/s-organ.htm&usg=__umstaZVD3CMT8hue7cnZ_OwGSmw=&h=338&w=580&sz=67&hl=de&start=74&um=1&tbnid=vwEHZD5OYgvIIM:&tbnh=78&tbnw=134&prev=/images%3Fq%3Dweibliche%2BHarnr%25C3%25B6hre%26ndsp%3D18%26hl%3Dde%26client%3Dfirefox-a%26rls%3Dorg.mozilla:de:official%26sa%3DN%26start%3D72%26um%3D1, 05.01.2010
- http://www.letzgus-lang.de/_inews_/pics/1079445354-18363-image_small.gif, 05.10.2010
- <http://www.blaascontrole.nl/TherapyAwareness/application?origin=taLeftNav.jsp&event=bea.portal.framework.internal.refresh&pageid=home&sID=1180946217429&site=www.inkontinenzkontrolle.de>, 10.01.2010

9. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Der Harnweg.....	Seite 7
Abb. 2 Die männliche Harnröhre.....	Seite 12
Abb. 3 Die weibliche Harnröhre.....	Seite 13
Abb. 4. Altersgruppen von Menschen mit überaktiver Blase (2005).....	Seite 19
Abb. 5: Die Pouch- Anlage oder Ersatzblase.....	Seite 37
Abb. 6: Darstellung eines Kondomurinals.....	Seite 38

10.2. Anhang 2

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Miktionsprotokoll B
Fremdeinschätzung

Name:

Zeitraum:

Bitte zutreffendes ankreuzen + eintragen

Uhrzeit	Hz.	Getränke		Toilettengang				Inkontinenzereignis		Miktionsmenge
		Art	Menge	Selbständig	Hilfe angefordert	Aufgefordert	Hilfsmittel	nasse Vorlage	Ursache Situation (z.B. Husten/ Aufregung bzw. Drang)	ml
07:										
08:										
09:										
10:										
11:										
12:										
13:										
14:										
15:										
16:										
17:										
18:										
19:										
20:										
21:										
22:										
23:										
00:										
01:										
02:										
03:										
04:										
05:										
06:										

Autoren: Fringer, A. + Hayder, D. (2005)

Art der Vorlage:

Größe der Vorlage:

Bemerkungen:

Hilfsmittel:
T = Toilettstuhl
U = Urinflasche
S = Steckbecken

nasse Vorlage:
X = kleine Menge
XX = mittlere Menge
XXX = große Menge
KN = Kleidung nass