

# **BACHELORARBEIT**

zu dem Thema

## **Inkontinenz**

---

### **Interventionsstrategien für inkontinente Frauen mittleren und höheren Alters**

Medizinische Universität Graz

Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Vorgelegt von:

Gruber Marlene, 19.04.1992

Betreuerin:

Ao.Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries

Harrachgasse 21/V, 8010 Graz

Im Rahmen der Lehrveranstaltung:

Physiologie

Vorgelegt am: 04.10.2013

**Ehrenwörtliche Erklärung:**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit 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 04.10.2013

*Gruber Marlene*

## **Zusammenfassung**

Inkontinenz wird auch heutzutage oftmals noch als Tabuthema angesehen und in eine Wolke aus Verschwiegenheit gehüllt. Jedoch sind mehr Menschen davon betroffen, als man vielleicht denkt, die sich durch diese Tabuisierung ausgegrenzt fühlen und sich immer mehr von der Außenwelt abkapseln. Viele Betroffene sind der Meinung, man könne ihnen mit ihrem Problem ohnehin nicht helfen und finden sich mehr oder weniger mit dieser belastenden Situation ab.

Aus diesem Grund widmet sich der Hauptteil dieser Bachelorarbeit den zahlreichen Interventionsstrategien bei bestehender Inkontinenz, damit aufgezeigt wird, wie groß die Bandbreite der Therapiemöglichkeiten ist. Auch den verschiedenen Hilfsmitteln, die zusätzlich zur Therapie eingesetzt werden können, wird reichlich Platz eingeräumt.

Weitere Inhalte dieser Arbeit sind die Anatomie und Physiologie des unteren Harntraktes und des Beckenbodens, die verschiedenen Inkontinenzformen, zahlreiche diagnostische Verfahren bei Harninkontinenz sowie die unterschiedlichen Ursachen einer Inkontinenz als auch Probleme, die durch Inkontinenz hervorgerufen werden.

Die Forschungsfragen, die es durch diese Arbeit zu beantworten gilt, lauten:

- Was ist Inkontinenz und wodurch entsteht sie?
- Wie kann Inkontinenz diagnostiziert werden?
- Welche Interventionsstrategien gibt es bei bereits bestehender Inkontinenz?

### **Schlüsselwörter:**

Inkontinenz, Harninkontinenz, Intervention, Beckenboden, Harnblase

# Inhaltverzeichnis

Einleitung.....	1
-----------------	---

## TEIL 1

<b>1. Anatomie und Physiologie des unteren Harntraktes und des Beckenbodens.....</b>	<b>3</b>
1.1 Die Harnblase.....	3
1.2 Die Harnröhre.....	5
1.3 Das Becken.....	5
1.4 Der Damm.....	6
1.5 Der Beckenboden.....	6
<b>2. Definition – Inkontinenz.....</b>	<b>7</b>
2.1 Formen der Inkontinenz.....	8
2.1.1 Stressinkontinenz.....	8
2.1.2 Dranginkontinenz oder Urge-Inkontinenz.....	9
2.1.3 Reflexinkontinenz.....	9
2.1.4 Überlaufinkontinenz.....	10
2.1.5 Extraurethrale Inkontinenz.....	10
2.2 Exkurs: Harninkontinenz in Österreich.....	11
2.2.1 Warum sind mehr Frauen als Männer von einer Harninkontinenz betroffen?.....	11
<b>3. Diagnostik von Inkontinenz.....</b>	<b>12</b>
3.1 Allgemeine und gezielte Anamnese.....	12
3.2 Gynäkologische Untersuchung.....	13
3.3 Labor- und Urinstatus.....	14
3.4 Ultraschalluntersuchung.....	14

3.5 Harnblasenspiegelung.....	14
3.6 Harnröhren-Blasen-Druckmessung.....	15
3.7 Röntgendarstellung von Harnröhre, Blase und Darm.....	15
3.8 Uroflow.....	15
<b>4. Ursachen einer Inkontinenz.....</b>	<b>16</b>
4.1 Senkung der weiblichen Beckenorgane.....	16
4.2 Chronische Obstipation.....	16
4.3 Altersbedingte Veränderungen.....	17
4.4 Stoffwechselerkrankungen.....	17
4.5 Parkinson.....	18
4.6 Seelische Veränderungen.....	18
4.7 Medikamente.....	18
4.8 Erkrankungen.....	19
4.9 Sonstige Ursachen.....	19
<b>5. Inkontinenz als Problemherd.....</b>	<b>20</b>
5.1 Inkontinenz als psychisches Problem.....	20
5.2 Inkontinenz als soziales Problem.....	20
5.3 Inkontinenz als finanzielles Problem.....	21
<b>TEIL 2 – Interventionsstrategien bei bestehender Inkontinenz</b>	
<b>1. Die ersten Schritte.....</b>	<b>22</b>
<b>2. Hilfsmittel.....</b>	<b>22</b>
2.1 Aufsaugende Produkte.....	22
2.1.1 Einteilige bzw. geschlossene Systeme.....	23
2.1.2 Zweiteilige bzw. offene Systeme.....	24

2.2 Ableitende Produkte.....	25
2.3 Trainingshilfen bei Beckenbodenschwäche.....	26
2.3.1 Liebeskugeln.....	26
2.3.2 Vaginalkonen.....	26
2.3.3 Biofeedback.....	27
2.3.4 Elektrostimulation.....	27
2.3.5 Stressvaginaltampons.....	28
2.3.6 Perineometer.....	28
2.4 Stützhilfen bei Senkungszuständen.....	29
<b>3. Therapieformen.....</b>	<b>30</b>
3.1 Beckenbodentraining.....	30
3.2 Beckenbodenpalpation.....	31
3.3 Homöopathische Therapie.....	31
3.4 Heilkräutertherapie.....	32
3.5 Phytotherapie.....	33
3.6 Medikamentöse Therapie.....	34
3.7 Osteopathische Therapie.....	35
3.8 Reflexzonentherapie.....	35
3.9 Akupunktur und Akupressur.....	36
3.10 Psychotherapie.....	36
3.11 Operative Verfahren.....	37
3.11.1 Vordere Scheidenwandplastik.....	37
3.11.2 Hintere Scheidenwandplastik.....	37
3.11.3 TVT-Band.....	37

3.11.4 Blasen- und Harnröhrenanhebung.....38

**Diskussion.....39**

**Literaturverzeichnis**

**Abbildungsverzeichnis**

## Einleitung

Diese Bachelorarbeit widmet sich dem Thema der Inkontinenz und im Speziellen den Interventionsstrategien bei bestehender Harninkontinenz bei Frauen mittleren und höheren Alters.

Viele Betroffene sind der Meinung, dass nicht viel gegen ihre bestehende Inkontinenz unternommen werden kann. Sie ziehen sich immer mehr aus ihrem Freundeskreis zurück und isolieren sich nach und nach von der Außenwelt, sodass oft Depressionen und Einsamkeit die Folge sind. Diese Arbeit versucht aufzuzeigen, dass es viele verschiedene Interventionsstrategien bei Inkontinenz gibt, die eine Inkontinenz nicht nur kompensieren sondern sogar „heilen“ können. Sie sind auf die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen optimal angepasst, sodass ihre Lebensqualität dadurch erheblich gesteigert werden kann.

Ich habe mich bewusst für Frauen zwischen dem 30. und 70. Lebensjahr entschieden, da vor allem Frauen von Harninkontinenz betroffen sind und die Inzidenz ab dem 35. Lebensjahr deutlich zunimmt. Der Stuhlinkontinenz wurde auch bewusst weniger Platz eingeräumt, da häufiger eine Harn- als Stuhlinkontinenz vorliegt und diese somit die Relevanz dieser Arbeit hervorhebt.

Die Arbeit ist in zwei Teile gegliedert:

Im ersten Teil wird anfangs auf die Anatomie und Physiologie des unteren Harntraktes und des Beckenbodens eingegangen, um so einen Einstieg in das Thema zu geben. Danach wird definiert, worum es sich bei einer Inkontinenz handelt und welche Formen unterschieden werden können. Es folgt ein kurzer Exkurs zur Lage in Österreich bezüglich Prävalenz und Inzidenz von Harninkontinenz und es wird erläutert, warum häufiger Frauen als Männer von einer Inkontinenz betroffen sind.

Anschließend führen die verschiedenen diagnostischen Verfahren bei Inkontinenz zum Thema zurück und es werden die häufigsten Ursachen aufgelistet, die zu einer Harninkontinenz führen. Abgeschlossen wird der erste Teil der Arbeit durch die Problemfelder, die mit einer Inkontinenz einhergehen.

Der zweite Teil ist als Hauptteil der Arbeit anzusehen, da hier speziell auf die verschiedenen Interventionsstrategien bei bestehender Harninkontinenz eingegangen wird.

Es werden die unterschiedlichen Hilfsmittel und Therapieformen detailliert vorgestellt und unter die Lupe genommen. Abschließend werden in der Diskussion die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst.

Die drei Forschungsfragen zu dieser Arbeit lauten:

- Was ist Inkontinenz und wodurch entsteht sie?
- Wie kann Inkontinenz diagnostiziert werden?
- Welche Interventionsstrategien gibt es bei bereits bestehender Inkontinenz?

# TEIL 1

## 1. Anatomie und Physiologie des unteren Harntraktes und des Beckenbodens

Der untere Harntrakt ist für die vorübergehende Speicherung und den Transport des Urins zuständig und besteht aus Harnblase, Harnröhre und spezifischen Muskeln (van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 243).

### 1.1 Die Harnblase

Die Harnblase stellt ein hohles, muskuläres Speicherorgan des kleinen Beckens dar. Bei Erwachsenen liegt die leere Blase direkt hinter der Symphyse der Schambeine; im gefüllten Zustand überragt die Harnblase den Symphysenoberrand und lässt sich somit abtasten und abklopfen (Hautmann, Huland 2001, S. 13f; van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 243).

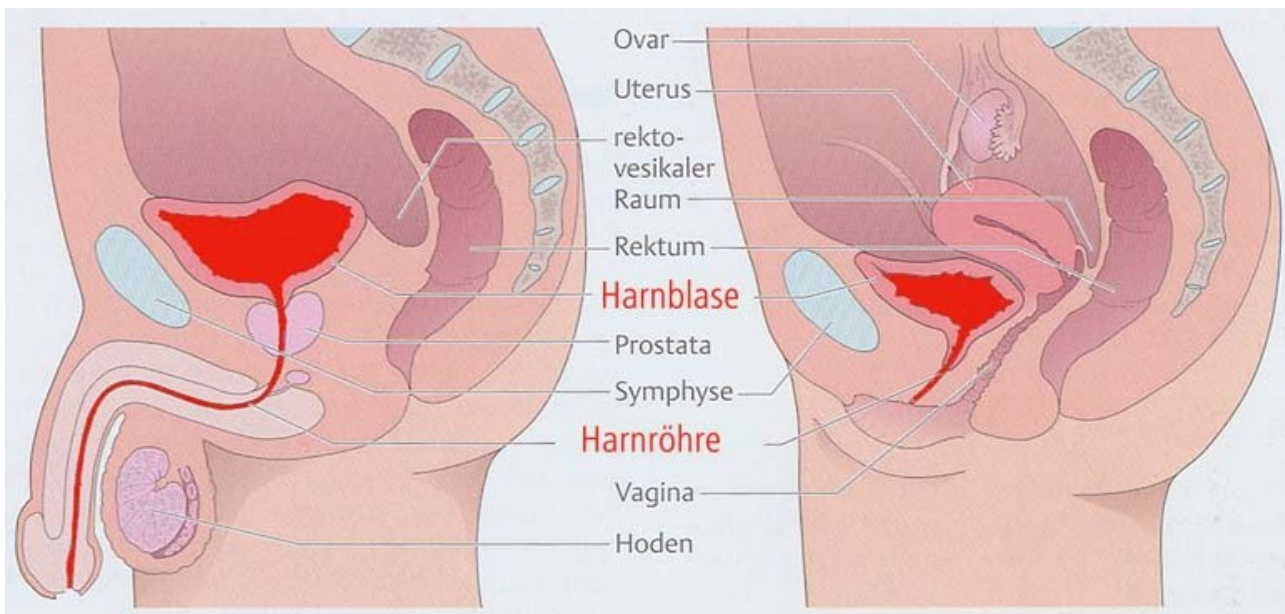
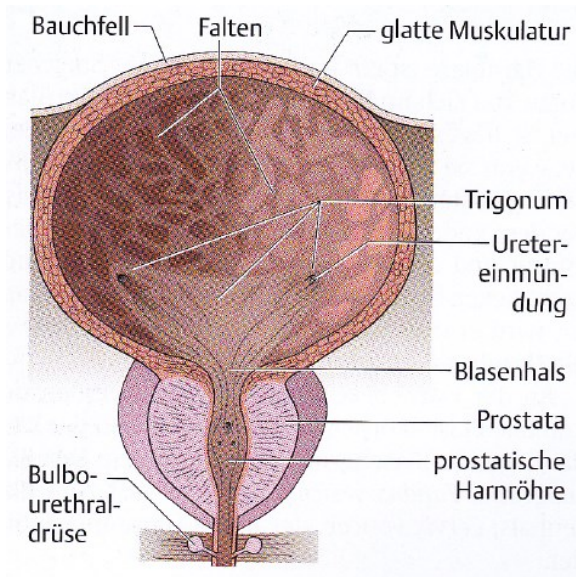


Abb. 1: Lage der Blase beim Mann und bei der Frau nach van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 243. gesehen in: <http://www.biofachforum.ch/BIOPIC/humloes/zushumniere10.html> (28.08.2013)

An der Harnblase werden der kraniale Blasenkörper und der kaudal liegende Blasengrund unterschieden, welcher sich zum Blasen Hals verjüngt und in die Harnröhre mündet. Die Harnblase hat zwei Einmündungen, die Harnleiter und einen Ausgang, die Harnröhre. Das „Dreieck“, das von den Harnleitereinmündungen und der inneren Harnröhrenöffnung eingeschlossen wird, nennt man *Trigonum vesicae* (van den Berg, Gifford et al. 2000, S.243).



**Abb. 2: Blase und Blasenwand nach van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 244.**

Die Blasenwand der Harnblase besteht aus drei Hauptschichten:

- 1.) Mukosa und Submukosa bilden die innerste Schicht, die faltig ist, wenn die Blase leer ist und eher glatt und flach, wenn die Blase gefüllt ist.
- 2.) Die Muskelschicht besteht aus glatten Muskelfasern, die aus einer inneren und äußeren Längsschicht sowie einer mittleren ringförmigen Schicht aufgebaut sind.
- 3.) Die äußerste Schicht stellt die fibröse Adventitia dar.

Gestützt und stabilisiert wird die Blase durch die Beckenbodenmuskeln und Bänder, wie zum Beispiel den *pubourethralen Bändern*, die den Blasen Hals spannen oder dem *Ligamentum umbilicale*, das sich von der Blasen kuppel bis zur Innenseite des Nabels erstreckt (van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 243f).

## 1.2 Die Harnröhre

Die Harnröhre ist eine dünnwandige, muskuläre Röhre, die der Harnableitung aus der Blase dient. Bei der Frau misst die Harnröhre 2,5 bis 4 Zentimeter in der Länge, 6 bis 8 Millimeter im Durchmesser und ist durch fibröses Bindegewebe fest mit der vorderen Scheidewand verbunden. Die Harnröhre ist schwach gekrümmt und liegt vor der Scheide. Die äußere Öffnung der Harnröhre liegt zwischen der Klitoris und der Scheidenöffnung und wird *Ostium urethrae externum* genannt.

Die Muskulatur der Harnröhre besteht an der Innenseite aus einer Längsschicht glatter Muskulatur und an der Außenseite aus einem zirkulär verlaufenden Skelettmuskel langsam zuckender Muskelfasern, dem *Rhabdosphinkter* (van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 244f).

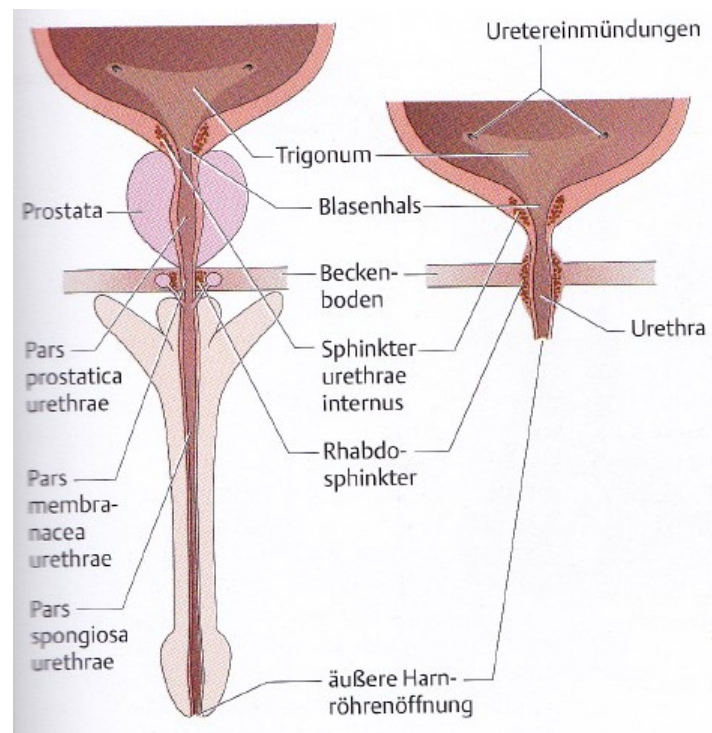


Abb. 3: Männliche und weibliche Harnröhre nach van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 245.

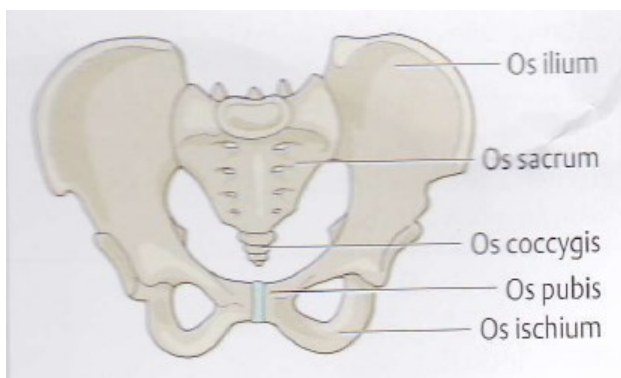
## 1.3 Das Becken

Das Becken besteht aus dem Darmbein (*Os ilium*), dem Sitzbein (*Os ischium*) und dem Schambein (*Os pubis*), die nach der Pubertät miteinander zum Hüftbein (*Os coxae*)

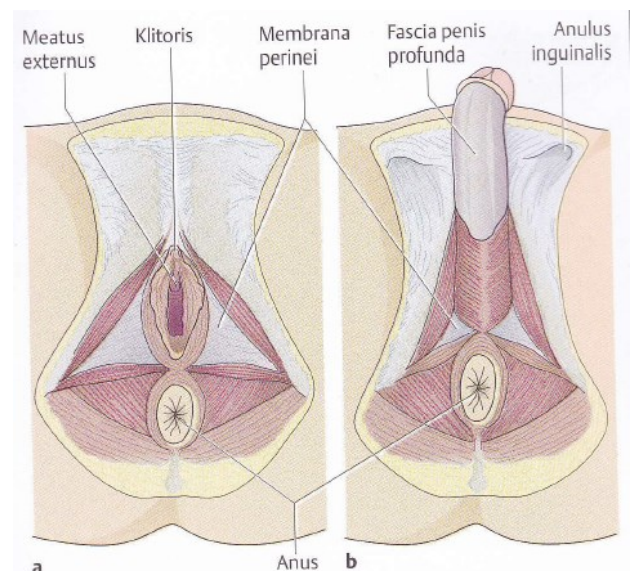
verschmelzen. Des Weiteren zählen auch das Kreuzbein (*Os sacrum*), das aus fünf verschmolzenen Wirbeln besteht, und das Steißbein (*Os coccygis*) zum Becken (van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 245).

#### 1.4 Der Damm

Der Damm, oder das *Perineum*, bezieht sich auf das fibromuskuläre Gewebe zwischen der Vagina und dem Analkanal. Das anatomische Perineum ist ein größeres Gebiet, das den unteren Ausgang des Beckens verschließt. Die Harnröhre, die Vagina und der Analkanal treten durch das Perineum (van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 246).



**Abb. 4: Knöchernes Becken nach van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 246.**



**Abb. 5: Anatomisches Perineum (a: weibliches Becken / b: männliches Becken) nach van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 246.**

#### 1.5 Der Beckenboden

Der Beckenboden besteht aus quergestreiftem Muskelgewebe, Bändern, Faszien und Sehnen. Die Muskulatur des Beckenbodens ist in oberflächliche Muskeln, die mittlere und die tiefe Schicht gegliedert und besteht zu zwei Dritteln aus langsam und zu einem Drittel

aus schnell zuckenden Muskelfasern. Die schnellen Fasern dienen der Harnkontinenz, wenn der intraabdominelle Druck ansteigt, während die langsamen Fasern für die tonische Komponente verantwortlich sind (van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 246).

Die Beckenbodenmuskulatur hat drei Funktionen inne:

1.) Unterstützende Funktion: Der Beckenboden stützt die Beckenorgane und beugt somit Absenkungen vor.

2.) Verschlussfunktion: Die Muskulatur des Beckenbodens kann Harnröhre und Rektum verschließen und auf diese Weise bestimmte Formen von Urin- und Stuhlinkontinenz vorbeugen, indem der Muskelwiderstand bei zunehmendem intraabdominellen Druck ebenfalls erhöht wird.

3.) Sexualfunktion: Die Beckenbodenmuskulatur spielt bei der Erektion der Klitoris eine wichtige Rolle. Somit können bei einer Dysfunktion des Beckenbodens sexuelle Probleme entstehen wie Dyspareunie (Schmerzen beim Sexualverkehr), Vaginismus (Scheidenkrampf) oder unwillkürliche Muskelkrämpfe rund um die Vagina (van den Berg, Gifford et al. 2000, S. 246).

## **2. Definition – Inkontinenz**

Der Begriff „Inkontinenz“ leitet sich vom lateinischen Begriff „incontinens“ ab und bedeutet so viel wie „nicht bei sich behaltend“ (Niederstadt, Fischer 1996, S.14).

Grundsätzlich gilt es bei Inkontinenz zwischen Harn- bzw. Urininkontinenz, dem ungewollten Abgang von Urin aus der Blase und Stuhlinkontinenz, dem ungewollten Abgang von Stuhl aus dem Darm, zu unterscheiden. Da sich diese Arbeit vorwiegend dem Thema der Harninkontinenz widmet, wird das Thema Stuhlinkontinenz bewusst in den Hintergrund gerückt.

Laut der *International Continence Society* ist Harninkontinenz ein unwillkürlicher und objektivierbarer Urinverlust, der ein soziales oder hygienisches Problem darstellt (Hautmann, Huland 2001, S. 383).

## 2.1 Formen der Inkontinenz

Inkontinenz ist nicht gleich Inkontinenz – hierbei gilt es, zahlreiche Formen zu unterscheiden. Generell unterteilt man die Formen der Inkontinenz in aktive und passive Inkontinenz.

Die *passive Inkontinenz* ist meist auf eine Schwäche des Beckenbodens zurückzuführen, wodurch der Widerstand und der Verschluss dieses Systems aus Muskeln und Bindegewebe herabgesetzt werden. Bei dieser Form kann die Blasenfunktion selbst jedoch völlig intakt sein. Ursache hierfür ist meist eine Ermüdungserscheinung des Beckenbodens wie es zum Beispiel nach mehreren Geburten, bei schwerer Arbeit, aber auch bei Übergewicht vorkommt, da sich dabei der Druck auf die Abschlussplatte durch Fettansammlungen im Bauchinnenraum erhöht.

Bei der *aktiven Inkontinenz* ist die Speicherfunktion der Blase durch vorzeitige, nicht vermeidbare Kontraktionen der Blasenmuskulatur gestört, sodass aufgrund dieser Muskelinstabilität der Urin nicht gehalten werden kann und frühzeitig abgeht. Verursacht wird eine solche Überaktivität der Blasenmuskulatur durch chronische Blasenentzündungen, mit oder ohne Abflussbehinderung, aber auch durch die nicht ausreichende Hemmung des Reflexes, der den Verschlussmechanismus automatisch aktiviert (Hoogers 1993, S. 15f).

Innerhalb dieser Hauptformen unterscheidet man nun nach den auslösenden Faktoren fünf verschiedene Formen, die die *International Continence Society* im Jahr 1976 aufgestellt hat:

### 2.1.1 Stressinkontinenz

Die Stressinkontinenz ist die häufigste Form der Inkontinenz, wobei „Stress“ nicht auf psychische Probleme und Belastungen bezogen werden sollte, sondern eher als „mechanischer Stress“ verstanden werden muss.

Hierbei reicht die Kraft der Verschluss- und Haltemechanismen von Blasenhalshals und Beckenboden nicht aus, wenn es zu einer Erhöhung des Drucks im Bauchraum bzw. zu einer Druckerhöhung auf die Blase kommt. Entsteht nun also „mechanischer Stress“ im Bauchinnenraum, beispielsweise durch Husten, Niesen oder Tragen von schweren

Lasten, so kann es bei entsprechender Schwäche des Beckenbodens zum ungewollten Abgang von Urin führen. Bei einer reinen Stressinkontinenz ist die Blase selbst vollkommen gesund; es handelt sich demnach vor allem um ein „Beckenbodenproblem“ (Hoogers 1993, S. 17f; Niederstadt, Fischer 1996, S. 44).

### 2.1.2 Dranginkontinenz oder Urge-Inkontinenz

Im Gegensatz zur Stressinkontinenz ist bei der Drang- oder Urge-Inkontinenz das Schließmuskelsystem intakt. Die Dranginkontinenz ist mit plötzlichem Harndrang, häufigem Wasserlassen und unkontrollierter Kontraktion des Blasenmuskels bei intaktem Harnröhrenverschluss verbunden. Diese Form entsteht durch eine Fehldeutung der Impulse, die den Kontakt zwischen Blase und Gehirn bilden.

Bei dieser Inkontinenzform wird zwischen *motorischer* und *sensorischer* Dranginkontinenz unterschieden. Bei der motorischen Dranginkontinenz werden Störungen vom Gehirn an die Blase geleitet, zum Beispiel bei einem Schlaganfall, wobei bei der sensorischen Dranginkontinenz die Störungsstelle in der Blase liegt, zum Beispiel bei einer Entzündung der Blase.

Die leichteren Formen der Dranginkontinenz sind anfangs oft nur mit nervendem Zwang zum häufigen Wasserlassen verbunden, wobei die Kontinenz noch erhalten ist und der Urin (noch) nicht unfreiwillig abgeht.

Bei stärkeren Formen tritt ein Harndrang ein, der nicht mehr willentlich zu beherrschen ist – als Folge entsteht eine Inkontinenz, wobei die Zeitspannen zwischen Auftreten des Harndrangs und dem Erreichen der Toilette oftmals ausschlaggebend für das tatsächliche Auftreten oder „Gerade-noch-Verhindern“ einer Inkontinenz sind (Hoogers 1993, S. 19f; Niederstadt, Fischer 1996, S. 44f).

### 2.1.3 Reflexinkontinenz

Diese Form der Harninkontinenz liegt vor, wenn unfreiwilliger Harnverlust ohne Harndrang bei einem selbständigen Zusammenziehen der Blase auftritt. Die Ursache hierfür liegt weder in der Blase noch im Blasenverschluss, sondern in einer totalen Unterbrechung der Nervenbahnen oberhalb eines Nervenzentrums im Rückenmark, wie zum Beispiel des sakralen Miktionszentrums. Solche Nervenzentren sind in der Lage, eine Blasenentleerung reflektorisch, d.h. ohne Einfluss des bewussten Willens, herbeizuführen.

Ist ein bestimmter Füllungsgrad der Blase erreicht, lässt das Miktionszentrum die Blase automatisch entleeren. Gründe für die Entleerung können aber auch Lageänderungen oder physikalische Reize wie Husten oder Niesen sein. Die Reflexinkontinenz tritt vor allem bei Personen mit Nervenschädigungen wie zum Beispiel einer Querschnittverletzung des Rückenmarks auf (Hoogers 1993, S. 20f; Niederstadt, Fischer 1996, S. 51f).

#### 2.1.4. Überlaufinkontinenz

Die Überlaufinkontinenz ist ein unfreiwilliger Harnverlust, wobei große Mengen an Restharn in der Blase zurückbleiben. Verursacht wird dies durch die mangelhafte Fähigkeit des Blasenmuskels, sich ausreichend zusammenzuziehen. Anfangs ist diese Form der Inkontinenz durch eine unvollständige Blasenentleerung mit zurückbleibendem Restharn gekennzeichnet. Mit der Zunahme des Restharns durch die nachlassende Kraft der Blasenmuskulatur kommt es schließlich zu einer Überdehnung eben dieser, wodurch die Fähigkeit, sich zusammenziehen zu können, immer mehr nachlässt. Der Urin, der weiterhin von den Nieren in die Blase transportiert wird, füllt die Blase ziemlich schnell wieder, wodurch es im weiteren Verlauf zum „Überlaufen“ kommt – der Urin geht ständig tröpfchenweise ab.

Ursachen für eine Überlaufinkontinenz sind zum Beispiel eine Vergrößerung der Prostata beim Mann, eine Verengung der Harnröhre, Steine, Tumore und in seltenen Fällen eine Schädigung der Blasenerven was häufig bei DiabetikerInnen auftritt, die nicht richtig „eingestellt“ sind (Hoogers 1993, S. 21f; Niederstadt, Fischer 1996, S. 51).

#### 2.1.5. Extraurethrale Inkontinenz

Diese äußerst seltene Form der Inkontinenz ist als Scheininkontinenz zu betrachten, da weder die Speicherfunktion der Blase noch die Verschlussfähigkeit der Schließmuskeln beeinträchtigt sind – der Urin kann kontrolliert abgegeben werden. Der dennoch ständige Harnverlust ist darauf zurückzuführen, dass der Urin unter Umgehung von Blase, Harnröhre und Schließmuskelapparat abgeht.

Oft bestehen Verbindungsgänge, sogenannte Fisteln, zwischen Scheide und Harnröhre, welche meist angeboren sind und operativ entfernt werden müssen, über die der Urin abgeht. Meist sind Kleinkinder davon betroffen, aber auch im Erwachsenenalter können

sich nach Unfällen oder chirurgischen Eingriffen Fisteln bilden und eine extraurethrale Inkontinenz auslösen (Hoogers 1993, S. 22f; Niederstadt, Fischer 1996, S. 52).

## **2.2 Exkurs: Harninkontinenz in Österreich**

Harninkontinenz kann jeden betreffen, ob jung oder alt, ob Frau oder Mann. Jedoch zeichnen sich klare Trends ab: So zeigt sich beispielsweise, dass in erster Linie Frauen von Harninkontinenz betroffen sind. In Österreich zeigt sich die Inkontinenz-Problematik bei rund 850.000 Frauen und vergleichsweise nur 150.000 Männern.

Bei Frauen zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr beträgt die Prävalenz rund 30 Prozent; ab dem 35. Lebensjahr nimmt die Inzidenz deutlich zu und liegt in der Altersgruppe der 50- bis 70-jährigen Frauen bei nahezu 30 bis 40 Prozent (ÖÄZ 2011, S. 35; Hautmann, Huland 2001, S. 383).

### **2.2.1 Warum sind mehr Frauen als Männer von einer Harninkontinenz betroffen?**

Die Antwort auf diese Frage liegt in der biologischen Rolle der Frau: Die Beckenbodenmuskulatur wird durch die Schwangerschaft und die Geburt sehr stark gedehnt. Wenn es nun während der Geburt zu einem Riss dieser Muskulatur, einem sogenannten Dammriss kommt, kann die verbleibende Narbe im weiteren Verlauf zu einer Beckenbodenschwäche und schließlich zu einer Inkontinenz führen.

Durch die Bindegewebs- und Beckenbodenschwäche aufgrund von Geburten kommt es zu Lageänderungen von Blase, Gebärmutter und Scheide, was zu einem Funktionsverlust der Blasenschließmuskulatur und des Beckenbodens führen kann. Da sich die Organe nicht mehr an ihrem natürlichen Platz befinden, kann der Verschluss der Harnblasenöffnung nicht mehr garantiert werden. Kommt es nun zusätzlich zu einer Druckerhöhung im Bauchraum, beispielsweise durch Husten oder Niesen, führt dies zu unfreiwilliger Harnausscheidung.

Wenn sich Frauen in den Wechseljahren befinden, kommt die Hormonumstellung im Körper hinzu, die sich auch auf das Bindegewebe und die Harnröhre auswirkt. Folglich sind Frauen häufiger als Männer von Harninkontinenz betroffen (Schaaf 1997, S. 23).

### **3. Diagnostik von Inkontinenz**

Da eine Erkrankung nur dann zielgerichtet behandelt werden kann, wenn zuvor eine exakte Beschreibung und Einstufung der Beschwerden durchgeführt wurde, ist die Diagnosestellung überaus wichtig und unumgänglich. Denn: Je genauer die Diagnose formuliert ist, desto gezielter kann die Behandlung ansetzen (Schaaf 1997, S. 58).

#### **3.1 Allgemeine und gezielte Anamnese**

Der erste Schritt in der Diagnostik ist das Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin, die sogenannte Anamnese. Während sich die allgemeine Anamnese im Falle einer Inkontinenz auf den körperlichen und seelischen Gesamtzustand der betroffenen Person bezieht, wird bei der gezielten Anamnese speziell auf Probleme im Bereich des unteren Harntraktes eingegangen.

Fragen einer allgemeinen Anamnese könnten sein:

- Welche Vorerkrankungen haben Sie? (allgemein wie urologisch)
- Wurden Sie schon einmal am Unterleib operiert? Wenn ja, was wurde operiert?
- Hatten Sie bereits Geburten? Wie viele? Wann?
- Sind Sie in der Menopause?

Fragen einer gezielten Anamnese könnten sein:

- Leiden Sie unter unfreiwilligem Harnabgang? Wenn ja, seit wann?
- Ist Ihr Harnstrahl abgeschwächt?
- Leiden Sie unter häufigem Wasserlassen? (mehr als siebenmal pro Tag)
- Bei welcher Gelegenheit verlieren Sie Urin? Bei zwanghaftem Harndrang? Ohne Harndrang? (Schaaf 1997, S. 59f).

Beim Anamnesegespräch hilft auch die *Einteilung nach Stamey*, um vorab eine Einschätzung des Ausprägungsgrades der Inkontinenz zu gewinnen:

Grad I: Urinabgang bei Husten, Lachen, Niesen

Grad II: Urinabgang bei Lageveränderungen des Körpers, wie Aufstehen, Sitzen

Grad III: ständiger Urinabgang (Finke 1998, S. 171).

Hilfreich ist es, bereits vor dem Arztbesuch ein sogenanntes Miktionsschema anzulegen, in dem Häufigkeit, Urinmenge, Harndrang, Zeitpunkt und Situation des Harnabgangs festgehalten werden. Das erleichtert es dem Arzt/der Ärztin, eine genaue Einschätzung zu gewinnen und der betroffenen Person die Anamnesefragen zu beantworten (Hoogers 1993, S. 24; Hautmann, Huland 2001, S. 385).

### **3.2 Gynäkologische Untersuchung**

Die gynäkologische Untersuchung richtet sich gezielt auf den Harntrakt und die Unterleibsorgane. Unter anderem wird auch ein Abstrich der Scheidenschleimhaut gemacht, um eventuell vorliegende Infektionen oder Krebszellen zu identifizieren. Im Zuge dieser Untersuchung kann die Form der vorliegenden Inkontinenz bestimmt werden. Ein Beispiel:

Kommt es beim Betätigen der Bauchpresse, zum Beispiel durch Husten, zu unfreiwilligem Urinabgang, so besteht der Verdacht einer Stressinkontinenz. Wird der Urinabgang beim Husten während des Blasenelationstests, bei dem der Blasenhal mit zwei gespreizten Fingern angehoben wird, zum Stillstand gebracht, ist die Diagnose einer Stressinkontinenz sehr wahrscheinlich (Schaaf 1997, S. 63).

Des Weiteren werden bei der gynäkologischen Untersuchung die äußeren Genitale inspiziert und abgetastet, Anal- und Bulbocavernosusreflex (auch Ejakulationsreflex) überprüft und eventuelle Sensibilitätsausfälle (zum Beispiel die „Reithosenanästhesie“) festgestellt (Hautmann, Huland 2001, S. 385; Finke 1998, S. 171).

### 3.3 Labor- und Urinstatus

Die Urinanalyse des Mittelstrahlurins liefert Hinweise auf:

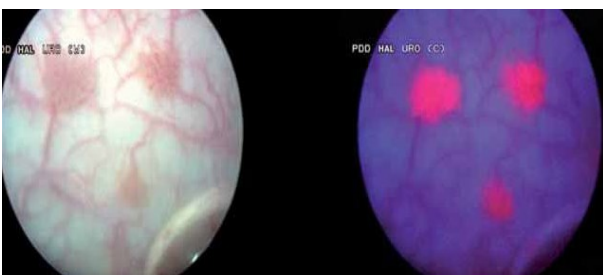
- Eiweiß: Zeichen einer Entzündung der Nieren
- Blut: Zeichen eines Harnwegsinfekts
- Ketone: mehrere Ursachen möglich (Medikamente, Insulinbedarf bei DiabetikerInnen,...)
- Glukose: Zeichen einer Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)
- Bakterien: Zeichen einer Blasenentzündung (Schaaf 1997, S. 63).

### 3.4 Ultraschalluntersuchung

Mittels Ultraschalluntersuchung kann festgestellt werden, ob die Blase völlig entleert werden konnte. Normalerweise ist die leere Blase direkt nach der Harnausscheidung auf dem Ultraschallbild nicht zu erkennen. Befindet sich jedoch Restharn in der Blase, so erscheint diese als schwarzer Fleck auf dem Ultraschallbild und deutet auf eine Überlaufinkontinenz hin (Schaaf 1997, S. 64).

### 3.5 Harnblasenspiegelung

Sollte bei der Urinanalyse Blut im Harn festgestellt werden, schließt sich eine Harnblasenspiegelung an. Hierbei werden der Blaseninnenraum und die Harnröhre beurteilt. Mit dieser Untersuchung können Entzündungen, Blasensteine, Blutungen, Tumore und Harnröhrenverengungen erkannt werden. Liegt ein Tumor vor, so hebt sich dieser häufig unregelmäßig vom Grund ab. Befindet sich dieser Tumor jedoch in einem Frühstadium, ist er mit bloßem Auge fast nicht zu erkennen, sodass vor einigen Jahren ein Verfahren entwickelt wurde, bei dem Tumorzellen mit einem Farbstoff eingefärbt und somit sichtbar gemacht werden können (Schaaf 1997, S. 65).



**Abb. 6: Zystoskopie: multiple papilläre Tumore.**

**gesehen in:**

**<http://www.blasenkrebsshb.de/medizinisches/blasenkrebs-was-nun-diagnostik/> (29.08.2013)**

Kann nach diesen Untersuchungen noch keine konkrete Diagnose gestellt werden, so können weitere Untersuchungen bei einem Facharzt/einer Fachärztin für Urologie durchgeführt werden.

### **3.6 Harnröhren-Blasen-Druckmessung (Urethro-Zysto-Tonometrie)**

Um eine Stress- von einer Dranginkontinenz unterscheiden zu können, bedarf es einer Harnröhren-Blasen-Druckmessung. Hierbei werden der Blasen- und Harnröhrendruck mittels empfindlicher mechanischer oder elektronischer Drucksonden bei gefüllter Blase in Ruhe und unter Stressbedingungen gemessen. Während der Messung können gleichzeitig sowohl der Darminnendruck als auch der Nervenzustand der Beckenbodenmuskulatur ermittelt werden (Krahmann, Kaltenbach et al. 1994, S. 48).

### **3.7 Röntgendarstellung von Blase, Harnröhre und Darm**

Bei dieser Untersuchung werden zunächst Blase, Harnröhre und Darm mit Kontrastmittel gefüllt, um danach Röntgenaufnahmen in Ruhe und bei Stress zu machen. Damit kann man weniger über den Funktionszustand der untersuchten Organe in Erfahrung bringen, vielmehr können damit ihre anatomische Lage oder Lageänderungen beim Senkungszustand bestimmt werden (Krahmann, Kaltenbach et al. 1994, S. 48f).

### **3.8 Uroflow**

Bei Verdacht auf eine Inkontinenz ist es auch sinnvoll, den Harnfluss beim Wasserlassen mittels Uroflow (Harnflussmessung) zu untersuchen. Hierbei wird der Patient/die Patientin aufgefordert, in den Trichter des Uroflow-Geräts zu urinieren, bis er/sie das Gefühl hat, die Blase vollständig entleert zu haben. Die ermittelten Blasendruckwerte und die aufgezeichnete Kurve, welche den Urin in Milliliter pro Sekunde abbildet, liefern dem Arzt/der Ärztin Hinweise, wodurch der Urinabfluss gestört ist.

Diese Untersuchung wird vor allem bei Verdacht auf funktionell oder mechanisch bedingte Blasenentleerungsstörungen eingesetzt (Krahmann, Kaltenbach et al. 1994, S. 49; <http://www.apotheken.de/gesundheit-heute-news/article/diagnoseverfahren/>, gesehen am 29.09.2013).

## 4. Ursachen einer Inkontinenz

Wie kommt es nun zur Inkontinenz? In der Medizin wird Harninkontinenz nicht als Krankheit per se definiert, sondern vielmehr als ein Symptom, das durch viele Ursachen bedingt sein kann (Schaaf 1997, S. 20).

### 4.1 Senkung der weiblichen Beckenorgane

Jedes der weiblichen Beckenorgane kann sich „senken“, das heißt, den ursprünglichen Platz verlassen und der Schwerkraft nach unten folgen. Am häufigsten senkt sich die Gebärmutter, besonders dann, wenn Belastungen wie mehrere Schwangerschaften und ein schwaches Bindegewebe zusammentreffen. Schwaches Bindegewebe lässt sich beispielsweise an Schwangerschaftsstreifen oder an Krampfadern erkennen. Personen, die davon betroffen sind, sind stärker inkontinenzgefährdet als Personen, die keine Schwangerschaftsstreifen oder Krampfadern aufweisen (Niederstadt, Fischer 1996, S. 62-65).

Beispielsweise ist eine Gebärmutterensenkung nicht immer automatisch der Auslöser einer Inkontinenz, jedoch ist die Gefahr ziemlich groß, da die Hinterwand der Harnröhre mit der Vorderwand der Scheide eng verwachsen ist und somit jede Lageänderung der Gebärmutter mit einer Lageänderung der Blase und damit auch der Harnröhre einhergeht.

Manchmal senken sich nicht die kompletten Organe, sondern bilden Aussackungen ihrer Wände, sogenannte *Zelen*. Beispielsweise drückt eine Rektozele, sprich eine Aussackung des Enddarms, auf die Blase oder engt die Harnröhre ein, sodass es zu Entleerungsstörungen mit Zurückhaltung des Harns kommen kann, oder eben zu Inkontinenz (Niederstadt, Fischer 1996, S. 62-65).

### 4.2 Chronische Obstipation

Oft kommt es auch vor, dass der Darm schuld an einem Blasenproblem ist, da dieser ja in direkter Nähe der Blase liegt. Bei einer sehr hartnäckigen Verstopfung kann sogar der Eindruck entstehen, dass es sich um das Gegenteil, nämlich um eine Stuhlinkontinenz handelt, da harte Kotballen im Darm verbleiben, während verflüssigter Stuhl daran vorüberläuft und den Schließmuskel des Darms aufgrund der verflüssigten Konsistenz überfordert.

Manchmal liegen die Kotballen so weit oben im Darm, dass sie eine Reizung der Nerven in der Umgebung bewirken, was häufig zu einer Irritation der Blase führt. Dadurch wird ein Harndranggefühl oder sogar eine Inkontinenz ausgelöst. Zusätzlich kann es durch die Obstipation zu einer mechanischen Beeinträchtigung der Blase kommen, da der verstopfte Darm auf die Blase drückt, was eine Verlagerung des Darms oder eine Ausstülpung der Darmwand zur Folge haben kann. Das andauernde Pressen beim Toilettengang erhöht zusätzlich noch den Druck auf den Beckenboden und schädigt somit die Muskulatur und das Bindegewebe.

Behebt man die Verstopfung, verschwinden die Symptome der Stuhl- bzw. Harninkontinenz wieder. Am besten ist es also, eine Obstipation vorzubeugen, damit es gar nicht erst zu einer Harninkontinenz kommt (Niederstadt, Fischer 1996, S. 67ff).

#### **4.3 Altersbedingte Veränderungen**

Altersbedingte Veränderungen des Körpers können sich direkt auf Blase, Harnröhre und Beckenboden auswirken. Sie können aber auch Nerven betreffen und den Steuerungsprozess der Harnspeicherung und Harnentleerung stören, wie zum Beispiel im Falle eines Schlaganfalls, bei einer Alzheimererkrankung oder bei Schüttellähmung (Schaaf 1997, S. 20).

#### **4.4 Stoffwechselerkrankungen**

Stoffwechselerkrankungen, wie beispielsweise Diabetes Mellitus, können zu nervalen Steuerungsdefekten an der Blase führen. So ist bekannt, dass nahezu die Hälfte aller DiabetikerInnen nach etwa zehnjähriger Erkrankungsdauer aufgrund der dauerhaft erhöhten Blutzuckerwerte Schäden am Nervensystem aufweisen. Dadurch ist die Fähigkeit der Blasenkontraktion und somit auch die Blasenentleerung beeinträchtigt – das Gefühl für eine volle Blase und den Harndrang wird zunehmend schlechter.

Die Blase wird nie vollkommen entleert, es kommt zur Bildung von Restharn und langfristig zur Überdehnung der Blase. Je stärker die Blasenmuskulatur gedehnt wird, desto schwächer wird sie - die Folge ist Inkontinenz (Schaaf 1997, S. 20f).

## **4.5 Parkinson**

Vor allem bei älteren ParkinsonpatientInnen treten vermehrt Blasenstörungen auf, wobei sich diese in zwei Formen äußern können:

1.) Zum einen äußert sich die Blasenstörung in übermäßigem Harndrang und einem nicht kontrollierbaren Zusammenziehen der Blase – hier liegt demnach eine Dranginkontinenz vor.

2.) Zum anderen liegt mangelnder Harndrang mit einer unzureichenden Funktion der Blasenmuskulatur vor, was zu einer Überdehnung der Blase mit Restharnbildung führt. Diese Überlaufinkontinenz kann jedoch auch durch die verabreichten Medikamente verursacht werden. In diesem sehr komplexen Fall einer Harninkontinenz kann nur ein Arzt/eine Ärztin beurteilen, was zu tun ist (Schaaf 1997, S. 21).

## **4.6 Seelische Veränderungen**

Auch seelische Veränderungen, die beispielsweise durch Isolierung, Desinteresse an der Umwelt, Einsamkeit und Langeweile ausgelöst werden, können zu einer Blasenschwäche führen. In diesem Fall ist die Inkontinenz als Reaktion auf den Zustand der Resignation und Hoffnungslosigkeit zu sehen wie zum Beispiel nach einer Trennung oder einem Todesfall. Körper und Seele hängen sehr stark zusammen – kommt eine Seite aus dem Gleichgewicht, entgleist zwangsläufig auch die andere (Schaaf 1997, S. 21).

## **4.7 Medikamente**

Viele Arzneimittel besitzen die unangenehme Eigenschaft, den Harndrang zu verstärken. Die Blasenfunktion beeinflussen können: Diuretika (zur Entwässerung eingesetzt, zum Beispiel bei Herzerkrankungen), Muskelrelaxantien, Antidepressiva, Beruhigungs- und Schlafmittel, Kalziumantagonisten, Betablocker (zum Beispiel bei Bluthochdruck eingesetzt) und Antazida, welche bei Magenerkrankungen verschrieben werden.

Jedoch sollte man auf keinen Fall eigenständig Medikamente absetzen, um so eine Harninkontinenz zu verhindern, da dies schwerwiegende Folgen haben könnte. Deshalb ist auf jeden Fall immer ein Arzt/ eine Ärztin zu Rate zu ziehen, da nur er/sie eine Entscheidung treffen kann (Schaaf 1997, S. 22).

## **4.8 Erkrankungen**

Hinter Harndrangbeschwerden oder einer Reizblase steckt des Öfteren eine Blasenentzündung. Diese kann entstehen, wenn beispielsweise beim Geschlechtsverkehr Bakterien in die weibliche Harnröhrenöffnung gedrückt werden, da diese nahe an der Scheidenmündung liegt. Deshalb ist für Frauen, die besonders zu Blasenreizungen neigen, hier besondere Vorsicht geboten.

In seltenen Fällen können auch ein Steinleiden oder ein Tumor des Urogenitaltrakts eine Inkontinenz verursachen. Sollte eine Inkontinenz sehr plötzlich auftreten und eventuell auch noch eine Blutbeimengung des Urins zu beobachten sein, ist sie höchstwahrscheinlich auf Steine oder Tumore zurückzuführen und es sollte schnellstens ein Arzt/eine Ärztin aufgesucht werden.

Nicht selten werden Blasenprobleme durch Rückenbeschwerden, manchmal sogar durch einen Bandscheibenvorfall oder einen Tumor, der den Rückenmarksnerv einklemmt, verursacht. Rückenschmerzen sowie Krämpfe im Unterbauch wie zum Beispiel bei Koliken, können die Funktion des Harnwegssystems beeinträchtigen und sowohl zu einem Harnverhalt als auch zu einer Inkontinenz führen.

Wie schon erwähnt, kann eine Inkontinenz auch durch Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes Mellitus, neurologische Erkrankungen, wie Parkinson, Multiple Sklerose oder auch durch Herzschwäche entstehen. Die bei Herzschwächen eingenommenen Diuretika entwässern den Organismus und es kommt ungewollt zu nächtlichem Wasserlassen, der sogenannten Nykturie (Schaaf 1997, S. 73ff).

## **4.9 Sonstige Ursachen**

Sowohl krankhafte als auch allgemeine Muskelschwäche kann zu Inkontinenz führen. Das ist vor allem im höheren Alter oder bei Krankheiten, die die betroffene Person an den Rollstuhl oder das Bett fesseln der Fall, wenn die Muskulatur durch den Bewegungsmangel immer schwächer wird.

Das Risiko, eine Inkontinenz zu entwickeln ist zudem erhöht, wenn die Gebärmutter, beispielsweise aufgrund von Wucherungen, entfernt wurde. Dies verändert die natürlichen anatomischen Verhältnisse im Becken, was oft zu Blasenproblemen führen kann. Dasselbe gilt übrigens auch für Operationen bei Senkungsbeschwerden.

Auch chronische Atemwegserkrankungen, wie zum Beispiel Asthma oder chronische Bronchitis, können eine Inkontinenz hervorrufen. Durch das dauernde Husten besteht eine ständige Druckbelastung des Beckenbodens, dessen Muskulatur durch diese Belastung immer schwächer wird, bis sich schließlich eine Inkontinenz einstellt, wenn man nichts dagegen unternimmt (Schaaf 1997, S. 69ff).

## **5. Inkontinenz als Problemherd**

Solange die Blase so funktioniert, wie man das möchte, verschwendet man kaum Gedanken daran, was es bedeuten würde, wenn dieses Organ einmal nicht mehr so reibungslos funktioniert. In Wahrheit zieht eine Inkontinenz neben dem hygienischen Aspekt eine Vielzahl anderer Einschränkungen nach sich (Schön, Seltenreich 2011, S. 26).

### **5.1 Inkontinenz als psychisches Problem**

Unsere moderne Leistungsgesellschaft ist nur auf „Funktionieren“ ausgelegt. Erfüllt man die Anforderungen nicht mehr, erlebt man sich selbst als unzulänglich und wertlos. Im Bezug auf berufliche Anforderungen kann das sehr belastend sein und zum Burn-Out führen. Betrifft es jedoch eine körperliche Grundfunktion, so erreicht dieses negative Empfinden eine höhere Stufe.

Dieses Gefühl rüttelt an der Selbstachtung und dem Selbstwert, wobei abhängig von der persönlichen Reife, dem eigenen Charakter und dem Lebens- und Beziehungsstatus der/des Betroffenen eine Welt zusammenbrechen kann.

Vor allem bei Betroffenen, die ihre Inkontinenz aus Scham für sich behalten, besteht die Gefahr, an dieser „Hilflosigkeit“ zu zerbrechen (Schön, Seltenreich 2011, S. 26f).

### **5.2 Inkontinenz als soziales Problem**

Obwohl unsere Gesellschaft im Laufe der Jahre sehr aufgeschlossen für Themen jeglicher Art geworden ist, wird über Themen, wie zum Beispiel keine Kontrolle über die Körperausscheidung zu haben, so gut wie gar nicht gesprochen.

Inkontinenz wird von anderen nicht als Krankheit, sondern vielmehr als Hygienemangel und als Situation angesehen, der man lieber fern bleiben möchte. Obwohl das gelernte und instinktive Denkmuster sind und keine bewusste Geisteshaltung, ist das für Betroffene oft nur wenig Trost.

Der Gedanke daran, dass bei jeder Unternehmung ständig die Gefahr eines unfreiwilligen Harnverlustes besteht, führt schließlich dazu, dass sich die Betroffenen niedergeschlagen und hilflos fühlen. Sie ziehen sich immer mehr von ihrer Außenwelt zurück und isolieren sich, sodass das soziale Umfeld irgendwann in sich zusammenbrechen kann, da man keinerlei sozialen Kontakt mit FreundInnen, PartnerInnen oder Familien pflegt bzw. pflegen kann (Schön, Seltenreich 2011, S. 27; Köther, Gnamm et al. 2000, S. 381).

### **5.3 Inkontinenz als finanzielles Problem**

Eine Inkontinenz, die nicht professionell behandelt wird, kann für Betroffene sehr kostenintensiv werden: Der vermehrte Wäscheverbrauch und der Bedarf an Inkontinenzhilfsmitteln macht sich sofort am Konto bemerkbar. Dazu kommt, dass die erhöhte Anfälligkeit für Infektionen, Blasenentzündungen, Hautdefekten und Wunden gleichzeitig erhöhte Pflegezeit, Arztkosten und Medikamentenkosten bedeuten. In manchen Fällen kommt ein Krankenhausaufenthalt oder die Aufnahme in ein Pflegeheim als zusätzlicher Kostenfaktor hinzu (Schön, Seltenreich 2011, S. 27).

Wenn in solch einer Situation das eigene Geld der Betroffenen nicht ausreicht, wird ihre Familie und Verwandtschaft mit den Kosten konfrontiert, die bis zu diesem Zeitpunkt vielleicht noch gar nichts von der Inkontinenz wussten und sich auch erst einmal in diese neue Situation einfinden müssen.

# Interventionsstrategien bei bestehender Inkontinenz

## 1. Die ersten Schritte

Der erste Schritt besteht darin, einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen und die üblichen diagnostischen Untersuchungen durchführen zu lassen, wie bereits in Teil 1, Kapitel 3 beschrieben. Aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchungen kann der Arzt/die Ärztin gezielt Interventionsstrategien entwickeln. Der Arzt/die Ärztin empfiehlt je nach Form der vorliegenden Inkontinenz verschiedene Hilfsmittel und Therapiemöglichkeiten, die auf die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten/der Patientin abgestimmt werden.

Im Folgenden werden nun die verschiedenen Hilfsmittel und Therapiemöglichkeiten genauer beleuchtet, um aufzuzeigen, wie groß die Auswahl an Behandlungsmöglichkeiten bei Inkontinenz ist.

## 2. Hilfsmittel

Wurden die Ursachen der Inkontinenz abgeklärt und eine Therapie begonnen, ist eine vollkommene Kontinenz jedoch oft noch nicht erreichbar. Während der Therapie benötigen die Betroffenen oft Hilfsmittel, die den Urin auffangen bzw. die Kontinenz fördern. In jedem einzelnen Fall sollte auf die individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten der Betroffenen eingegangen und somit eine optimale Versorgung mit den jeweiligen Hilfsmitteln gewährleistet werden (Hoogers 1993, S. 105).

### 2.1 Aufsaugende Produkte

Aufsaugende Produkte sind die am häufigsten eingesetzten Hilfsmittel um eine Inkontinenz zu kompensieren. Diese bestehen aus einem Chassis, welches maßgebend für die Anlagetechnik, den Tragekomfort und die Auslaufsicherheit ist und einem Saugkörper, welcher die Saugleistung und die Aufsauggeschwindigkeit bestimmt.

Das Chassis besitzt eine wasserundurchlässige Außenschicht, die entweder aus einer dünnen PP/PE-Folie oder einer atmungsaktiven stoffähnlichen Außenfolie besteht. Mittlerweile ist die Mehrzahl der aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel anatomisch geformt und hat zusätzlich eingearbeitete elastische Bündchen in der Bauch- und Rückengegend. Ein zusätzlicher Auslaufschutz ist durch möglichst weiche Innenbündchen und Auslaufsperrern im vorderen und hinteren Bereich gegeben.

Der Saugkörper besteht heutzutage meist aus Zellulose und Superabsorber. Die Zellulose ist besonders saugfähig, hat eine hohe Aufsauggeschwindigkeit und kann die aufgenommene Flüssigkeit schnell verteilen. Superabsorber sind Substanzen, die große Flüssigkeitsmengen binden können. Chemisch gesehen sind das teilneutralisierte Natrium-Polyacrylate, die in 0,1 bis 0,8 Millimeter großen Körnchen vorliegen und das 48-fache ihres Eigengewichts speichern können indem sie Flüssigkeiten in Gel umwandeln und auch unter Druck nicht mehr abgeben. Durch das schnelle Abbinden des Urins wird eine Umwandlung in Ammoniak weitgehend verhindert, sodass es zu keiner unangenehmen Geruchsentwicklung kommen kann (Boelker, Hegeholz et al. 2006, S. 127-130).

Allgemeine Anforderungen an aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel sind:

- sicheres Aufsaugen der Ausscheidung
- sichere Abdichtung (sowohl Ausscheidung als auch Gerüche)
- Hautfreundlichkeit
- geräuscharm und optisch unauffällig
- Selbständigkeit der Betroffenen fördern
- leicht zu entsorgen
- Wirtschaftlichkeit (Boelker, Hegeholz et al. 2006, S. 129).

### 2.1.1 Einteilige bzw. geschlossene Systeme

Zu dieser Form der aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel zählen sogenannte Inkontinenzslips und Inkontinenzhosen (Pull-Ons). Inkontinenzslips umschließen die gesamte Hüfte und bieten ein hohes Maß an Sicherheit bei schwerer bis schwerster Inkontinenz, weshalb sie auch häufig zur Nachtversorgung genutzt werden. Inkontinenzslips werden mittels Klebestreifen oder Klettverschlüssen befestigt, sie

besitzen elastische Beinabschlüsse und Innenbündchen um seitliches Auslaufen zu verhindern und elastische Außenfolien sorgen für einen guten Sitz des Produktes. Die Folie besitzt Nässeindikatorstreifen, die von außen signalisieren, ob das Produkt durchnässt ist, sodass ein unnötiges Öffnen des Slips vermieden werden kann.

Inkontinenzhosen werden in unterschiedlichen Größen und Saugstärken angeboten und eignen sich bei leichter bis mittlerer Inkontinenz. Durch ihre textilähnliche Form und Optik sowie Materialstruktur normaler Unterwäsche können Inkontinenzhosen eigenständig aus- und angezogen werden und werden meist besser von Betroffenen akzeptiert. Pull-On-Produkte sind im Vergleich zu Inkontinenzslips jedoch schwieriger zu wechseln, da dabei die Hose ausgezogen werden muss und zudem sind sie auch deutlich teurer (Boelker, Hegeholz 2006, 130ff; Goepel 2001, S. 55f).



**Abb. 7: Inkontinenzslip.**

gesehen in: <http://www.rehadat.de/rehadat/Reha.KHS?Db=0&State=340&SORT=T05&GIX=M/16298> (03.09.2013)



**Abb. 8: Inkontinenzhose.**

gesehen in: <http://www.inkontinenzblase.de/windeln-fuer-erwachsene-einweg.html> (03.09.2013)

### 2.1.2 Zweiteilige bzw. offene Systeme

Zweiteilige Systeme werden als offene Systeme bezeichnet da sie, im Gegensatz zu einteiligen Systemen, den Hüftbereich nicht umschließen. Sie bestehen entweder aus einer Einlage mit Schlüpfen oder einer Vorlage mit Netzhose. Diese Art der Inkontinenzversorgung ist diskreter, da sie unauffälliger ist und mehr Tragekomfort bietet. Ein weiterer Vorteil ist darin zu sehen, dass sich mobile Betroffene selbst versorgen können und die Entsorgungsmengen geringer ausfallen.

Einlagen eignen sich bei leichter bis mittlerer Inkontinenz und werden, ähnlich wie eine Damenbinde, mit einem Klebestreifen im Slip fixiert. Sie sind jedoch im Unterschied zu einer Damenbinde speziell auf das Aufsaugen von Urin ausgelegt; größere Einlagen können sogar bis zu 200 Milliliter Urin aufnehmen.

Bei mittlerer bis schwerster Inkontinenz ist eine Vorlage mit Netzhose zu empfehlen, da Vorlagen im Unterschied zu Einlagen größer und saugfähiger sind. Wie bei Inkontinenzslips sind auch bei Vorlagen Nässeindikatorstreifen eingearbeitet, die den Sättigungsgrad von außen anzeigen. Besonders wichtig ist das richtige Anlegen des Produktes, um ein Auslaufen zu verhindern. Die Vorlage muss eng am Körper anliegen und zusätzlich mit einer Netzhose fixiert werden, um eine optimale Versorgung sicherzustellen (Boelker, Hegeholz 2006, S. 132f).

## **2.2 Ableitende Produkte**

Zu den ableitenden Produkten der Inkontinenzhilfsmittel zählen transurethrale Katheter und Dauerkatheter, suprapubische Katheter und Urostomata. Katheter sind eine mechanische Auffangmöglichkeit, die als Ersatz für die Speicherfunktion der Blase dient. Bei der Katheterisierung wird ein flexibler Schlauch durch die Harnröhre in die Blase eingeführt. Durch diesen Schlauch wird dann der Harn in einen Behälter geleitet, in welchem der Harn gesammelt wird. Das Katheterisieren birgt viele Gefahren, wie zum Beispiel Infektionen sowie Verletzungen der Harnröhre und Blase. Nach Operationen stellt der Katheter eine gute Übergangslösung dar; ein Dauerkatheter wird nur bei strenger Indikation von dem Facharzt/der Fachärztin verschrieben, wie es zum Beispiel nach einem Schlaganfall der Fall ist.

Der suprapubische Katheter wird durch die Bauchdecke eingeführt und verläuft direkt zur Blase. Er hat sich im Krankenhaus vor allem beim Katheterisieren von Männern durchgesetzt, kann aber auch in Pflegeheimen und bei der Pflege zu Hause eingesetzt werden, wenn die speziellen Vorsorgemaßnahmen beachtet werden.

Bei Urostomata wird die Harnröhre direkt über die Bauchdecke abgeleitet, über die es in ein Reservoir mündet. Jedoch wird diese Methode nicht besonders oft angewendet (Hoogers 1993, S. 106f).

## 2.3 Trainingshilfen bei Beckenbodenschwäche

Zu den Trainingshilfen bei Beckenbodenschwäche zählen unter anderen Liebeskugeln, Vaginalkugeln, Biofeedback, Elektrostimulation, Stressvaginaltampons und Perineometer.

### 2.3.1 Liebeskugeln

Liebeskugeln bestehen wie Qi-Gong-Kugeln aus Kugeln, die durch eine Schnur verbunden sind. In diesen Kugeln befinden sich weitere kleine Kugeln. Werden die Liebeskugeln in die Scheide eingeführt und man bewegt sich, so erzeugen die kleinen Kugeln in den Kugeln eine Vibration und stimulieren somit die Beckenbodenmuskulatur, wodurch das Gewebe gestrafft wird. Um diesen Effekt zu erreichen, genügt es, die Liebeskugeln bei der Hausarbeit, wie zum Beispiel beim Putzen oder Staubsaugen, einzusetzen.

Beim Kauf von Liebeskugeln ist zu beachten, dass sowohl die Kugeln als auch die Schnur mit einem gut zu reinigenden Kunststoff überzogen sind um das Infektionsrisiko zu minimieren. Des Weiteren sollte man ein geräuscharmes Modell wählen, um relativ laute Klack-Geräusche zu verhindern (Schön, Seltenreich 2011, S. 59).

### 2.3.2 Vaginalkugeln

Vaginalkugeln sind 20-70 Gramm schwere Kegel aus Plastik, welche in die Vagina eingeführt werden. Sie bieten die Möglichkeit, die Beckenbodenmuskulatur gegen Widerstand zu trainieren, wobei die Übung sowohl im Liegen als auch im Sitzen und Stehen ausgeführt werden kann. Ziel der Übung mit den Vaginalkugeln ist es, den Kegel in der Scheide zu halten – bei zu wenig Halt von innen gleitet er heraus. Wichtig ist es, in kleinen Abständen, das heißt 2-3 Mal täglich für 10-15 Minuten zu trainieren, da es bei einer Überbelastung des Beckenbodens zu Verkrampfungen oder Ermüdungserscheinungen kommt und der Beckenboden in solchen Situationen mit „Loslassen“ reagiert, was die Beschwerden sogar noch verschlimmern kann (Schön, Seltenreich 2011, S. 58; Schwärzler 2010, S. 200; van den Berg, Cabri et al. 2001, S. 382f).



**Abb. 9: Vaginalkugeln nach van den Berg, Cabri et al. 2001, S. 382.**

### 2.3.3 Biofeedback

Ein Biofeedback-Trainingsgerät ist entweder eine netz- oder eine batteriebetriebene Vaginalsonde, welche den Beckenboden trainiert. Bei jeder An- oder Entspannung erhält der Patient/die Patientin ein akustisches oder optisches Signal als Rückmeldung. Die Effektivität dieser Methode konnte bereits auf vielen medizinischen Gebieten nachgewiesen werden und wird häufig zur Behandlung von Inkontinenz eingesetzt.

Der Vorteil dieser Methode liegt darin, dass der Patient/die Patientin lernt, seine/ihre Muskeln richtig zu gebrauchen, da man fortwährend eine Rückmeldung bekommt und die Daten anschließend über Funk auf den PC übertragen und ausgewertet werden können. Wichtig ist die Steigerung des Trainingsreizes, damit die Beckenbodenmuskulatur aufgebaut werden kann. Die Trainingserfolge stellen sich insofern recht zügig ein, da durch die Rückmeldung die Motivation steigt, immer bessere Ergebnisse zu erzielen. Die Erfolge sollten regelmäßig von einem Arzt/einer Ärztin kontrolliert und ausgewertet werden, um eine optimale Anwendung zu gewährleisten (van den Berg, Cabri et al. 2001, S. 382; Schwärzler 2010, S. 201).

### 2.3.4 Elektrostimulation

Bei der Methode der Elektrostimulation wird eine Vaginalelektrode in die Scheide eingeführt und mittels Kabel an ein Stimulationsgerät angeschlossen. Diese Therapieform basiert auf elektrischen Impulsen, bei denen man lediglich ein leichtes Kribbeln verspürt. Die Elektrode misst und registriert innere Muskelanspannungen; am Stimulationsgerät selbst können verschiedene Stufen wie Stärke, Schnelligkeit und Dauer der Anwendung eingestellt werden. Je näher die Elektrode an dem für den Beckenboden zuständigen Nerv (*Nervus pudendus*) bzw. an der Blase und den Geschlechtsorganen liegt, desto intensiver ist die Wirkung.

Die Elektrostimulation bewirkt ein Zusammenziehen der Beckenbodenmuskulatur, wodurch ihre Dicke zunimmt und sie besser von Nerven versorgt wird. Dadurch verbessert sich wiederum die Kontraktionsfähigkeit der Beckenbodenmuskulatur sowie des Blasenschließmuskels (Schön, Seldenreich 2011, S. 59f; Schwärzler 2010, S. 201f).



**Abb. 10: Stimulationsgerät mit Vaginalelektrode nach Schwärzler 2010, S. 202.**

### 2.3.5 Stressvaginaltampons

Stressvaginaltampons bestehen aus einem speziellen Kunststoff, der vor der Anwendung in Wasser getaucht wird, um das Einführen zu erleichtern. Sie korrigieren eine Fehlstellung der Harnblase, die meist durch einen ausgedehnten Beckenbodenmuskel verursacht wurde, was eine der häufigsten Ursachen einer Belastungsinkontinenz darstellt.

Diese Vaginaltampons heben die Blase in ihre anatomisch vorgesehene Position und sind in unterschiedlichen Größen erhältlich; jedoch sollten sie ausschließlich von einem Gynäkologen/einer Gynäkologin verordnet werden, da er/sie genau beurteilen kann, welche Größe benötigt wird.

Stressvaginaltampons ersetzen die Beckenbodengymnastik nicht, da die Anwendung keinerlei Trainingseffekt auf den Muskel hat. Jedoch sind sie ein Mittel, welches sofort nach dem Einsetzen Wirkung zeigt und Erleichterung verschafft (Schön, Seltenreich 2011, S. 61).

### 2.3.6 Perineometer

Das Perineometer ist ein länglicher Gummiballon mit Handpumpe, mit dem die Kraft der die Scheide umgebenden Muskeln gemessen werden kann. Der Gummiballon wird in die Scheide eingeführt und danach manuell mit der Handpumpe aufgepumpt. Zur Übung wird die Vaginalmuskulatur angespannt, was den Zeiger auf dem befestigten Manometer zum Ausschlagen bringt.

Durch diese Übung wird die Wahrnehmung der Muskelschichten verbessert und die Muskulatur gestärkt. Zusätzlich wird das Empfindungsvermögen gesteigert, was das Sexualleben dauerhaft verbessern kann (Schön, Seltenreich 2011, S. 57; Schwärzler 2010, S. 201).



**Abb. 11: Perineometer nach Schwärzler 2010, S. 201.**

## 2.4 Stützhilfen bei Senkungszuständen

Um die Harnblase, Harnröhre und Gebärmutter zu stützen, werden sogenannte Pessare eingesetzt. Das sind mechanische Stützhilfen aus Silikon, welche in die Vagina eingeführt werden, um eine weitere Senkung zu verhindern, eine Operation hinauszuzögern und um die Hormonumstellung nach schweren Geburten überbrücken zu können. Es gibt verschiedene Arten von Pessaren:

1.) Schalen- oder Siebpeessar: Diese Form ist faltbar und elastisch und eignet sich in erster Linie bei Blasenbruch, Gebärmutterensenkung und Stressinkontinenz. Um es einzuführen, wird es zusammengeklappt und in die gewünschte Position gelegt. Die Siebform erleichtert zusätzlich den Sekretabfluss.

2.) Ringpeessar: Voraussetzung für das Einsetzen des Ringpeessars ist ein tragfähiger Beckenboden. Es wird wie beim Schalen- bzw. Siebpeessar zusammengedrückt und eingeführt. Das Ringpeessar eignet sich vor allem bei leichten Fällen von Senkungsbeschwerden.

3.) Würfelpessare: Würfelpessare sind ähnlich wie die Siebpeessare auch mit Löchern erhältlich, um den Abfluss des Sekrets zu ermöglichen. Es eignet sich zur Behandlung von Gebärmutterensenkung, Vorfall der Scheide, Verlagerung der Harnröhre, Harninkontinenz und Beckenbodenschwäche.

Pessare können Ausfluss, Druckstellen und Entzündungen in der Scheide auslösen, weshalb sie nur für eine limitierte Zeit in die Scheide eingesetzt werden. Generell sollten Pessare nur als Übergangslösung gesehen werden (Schön, Seltenreich 2011, S. 62; Schwärzler 2010, S. 202f).

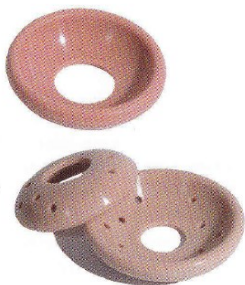


Abb. 12: Schalen- oder Siebpeessar



Abb. 13: Ringpeessar



Abb. 14: Würfelpessare

Abb. 12, Abb. 13 und Abb. 14 nach Schwärzler 2010, S. 203.

### **3. Therapieformen**

Für die verschiedenen Formen der Harninkontinenz gibt es eine Vielzahl an erfolgsversprechenden Therapiemöglichkeiten. Diese umfassen das Beckenbodentraining, die Beckenbodenpalpation, die homöopathische Therapie, die Heilkräuteranwendung, die Phytotherapie, die medikamentöse Therapie, die Osteopathie, die Reflexzonen-therapie, die Akupunktur und Akupressur und die Psychotherapie. Sollte keine dieser Therapien das gewünschte Ergebnis erzielen, so kann ein operativer Eingriff in Erwägung gezogen werden.

#### **3.1 Beckenbodentraining bzw. Beckenbodengymnastik**

Diese Therapieform ist für PatientInnen mit leicht- bis mittelgradiger Stressinkontinenz besonders geeignet. Ziel der Gymnastikübungen ist es, den Muskelapparat des Beckenbodens zu stärken und dadurch auch den Blasenschließmuskel wieder zu aktivieren. Bei einem optimalen Beckenbodentraining werden alle Muskelschichten des Beckenbodens so trainiert, dass es zu einer Vernetzung mit dem Rücken, dem Bauch, den Hüften und den Oberschenkeln kommt.

Natürlich wird die Beckenbodenmuskulatur mit den zuvor genannten Hilfsmitteln auch trainiert, jedoch empfiehlt es sich, zusätzlich regelmäßig spezielle Beckenbodenübungen durchzuführen. Man sollte mit einfachen Atmungs- und Entspannungsübungen anfangen, je nach Belieben kann nach einiger Zeit zum Kräftigen der Beckenbodenmuskulatur übergegangen und auch anspruchsvollere Übungen können durchgeführt werden (Goepel 2001, S. 42; Boelker, Hegeholz et al. 2006, S. 62).

Als Beispiel eine leichte Übung für den Anfang: „Aufzug ins Tiefgeschoss“

Man legt sich vor dem Bett oder dem Sofa auf den Rücken und lagert die Beine hoch. Danach aktiviert man den Beckenboden durch Ausatmen und verstärkt die Spannung, während man bis drei zählt. Mit dem Einatmen lässt man die Spannung langsam wieder los, während man von drei rückwärts zählt. Mit dem nächsten Ausatmen lässt man noch weiter los, bis man für sich selbst spürt, nicht tiefer absinken zu können. Diese Abfolge wird dann einige Male wiederholt.

Durch diese Übung lernt man seinen Beckenboden besser kennen und kann gezielt die einzelnen Schichten der Beckenmuskulatur einsetzen (Lang-Reeves 2008, S. 56).

### **3.2 Beckenbodenpalpation**

Die Beckenbodenpalpation ist eine einfach durchzuführende Maßnahme, um die korrekte Aktivität der Beckenbodenmuskulatur zu überprüfen. Diese Überprüfung kann vom Frauenarzt/von der Frauenärztin während der routinemäßigen Untersuchung durchgeführt werden, indem er/sie mit einem Finger, der in die Scheide eingeführt wird, den Beckenbodenmuskel ertastet und die Patientin bittet, den Beckenboden anzuspannen. Dadurch erkennt der Arzt/die Ärztin, ob auch wirklich der Beckenbodenmuskel oder eventuell auch andere Muskeln angespannt werden und kann danach entsprechend anleiten. Somit lässt sich sehr rasch und einmalig die richtige Wahrnehmung für die Lage des Beckenbodenmuskels entwickeln.

Die Beckenbodenpalpation kann auch von PhysiotherapeutInnen durchgeführt werden, wenn die nötige Vertrauensbasis vorhanden ist. Hier nimmt die Patientin eine Haltung ein, in welcher der Therapeut/die Therapeutin den Beckenbodenmuskel gut kontrollieren kann (beispielsweise kniend auf die Ellbogen gestützt). Danach wird die Patientin gebeten, gewisse Wörter und Laute auszusprechen, was dazu dient, die Spannung an der Muskulatur zu ertasten. Durch das unmittelbare Feedback des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin steigt die Motivation, „richtiges“ Beckenbodentraining über einen längeren Zeitraum hinweg durchzuführen (Schön, Seltenreich 2011, S. 53f).

### **3.3 Homöopathische Therapie**

Die Wirkung der homöopathischen Therapie beruht auf dem Prinzip, Gleiches mit Gleichem zu heilen. Das bedeutet, dass eine Substanz bestimmte Krankheitssymptome hervorrufen kann, wenn sie einem gesunden Menschen verabreicht wird, jedoch Krankheiten heilen kann, wenn sie einem kranken Menschen mit denselben oder ähnlichen Symptomen verabreicht wird (Schwartzler 2007, S. 194).

Bei Harninkontinenz sind folgende Präparate zielführend:

Causticum: Causticum (dt.: Ätzkalk nach Hahnemann) wird eingesetzt, wenn der Urin beim Husten, Niesen, Lachen abgeht und der Harnabgang unbemerkt geschieht.

Cicuta virosa: Cicuta virosa (dt.: Wasserschierling) wird bei Harnröhrenverengung nach Gonorrhoe oder einer Entzündung und bei Blasenlähmung eingesetzt. Entweder werden hierbei große Mengen an Urin oder gar kein Urin ausgeschieden.

Copaiva: Copaiva (ätherisches Öl des Copaiva-Baums) wird bei heftigem und ergebnislosem Harndrang sowie bei einem Blasenkatarrh verabreicht.

Gelsemium: Gelsemium (dt.: gelber Jasmin) wird verabreicht, wenn Inkontinenz durch Aufregung auftritt.

Kreosotum: Kreosotum (dt.: Buchenholzteer) ist hilfreich bei häufigem Harndrang und Inkontinenz im ersten Tiefschlaf.

Solidago: Solidago (dt.: echte Goldrute) wird vor allem bei Überlaufinkontinenz eingesetzt. Bei Männern wird Solidago auch bei Urinretention nach einer Prostatahypertrophie verabreicht (Bühler 1999, S. 207f).

### **3.4 Heilkräutertherapie**

Das uralte Wissen um die Wirkung von Heilkräutern wird seit Jahrtausenden erforscht und angewandt. Heilkräuterspezialisten wie Paracelsus, Hahnemann, Pfarrer Kneipp und Eduard Bach haben durch unzählige Heilungen dazu beigetragen, das Wissen zu bestätigen. Heilkräuter tragen viel Lichtkraft in sich und regen somit den Stoffwechselprozess des Menschen an. Durch sie können wichtige Spurenelemente wie Eisen, Kalk, Kalium und Magnesium leichter aufgenommen werden, da sie feinstofflich auf den Säuren- und Basenhaushalt wirken; zudem enthalten sie Bitterstoffe und Gifte, die entschlackend und reinigend wirken. Heilkräuter werden frisch oder getrocknet, als Tee, Auflage, Tinktur, Salbe und Creme angewandt.

Bei Blasenschwäche werden beispielsweise Eibischwurzel, Odermennig, Schafgarbe, Pappelknospen und Johanniskraut als Tee, Tinktur oder Auflage empfohlen. Die Schafgarbe als kaliumhaltiges Kraut vermindert zum Beispiel Probleme mit Muskel- und Nervenschwäche.

Im Falle einer Harninkontinenz können Tees, Tinkturen, Auflagen und Sitzbäder aus Sägepalme, weißer Taubnessel, Petersiliensamen, Spargel, Birke, Borretsch, Buccoblättern, Esche, Wacholder, Liebstöckel, Schlehenblüte, Hagebutte, Holunder, Heidelbeerblättern oder –beeren, Vogelbeeren, Kalmus und Eichenrinde angewandt werden. So wirkt sich beispielsweise der Holunder, ähnlich wie die Schafgarbe, positiv auf Muskeln und Nerven aus, da er auch zu den kaliumhaltigen Kräutern zählt.

Bei Senkungsbeschwerden werden Tees oder Tinkturen aus Frauenmantel, Brennnessel, Ackerschachtelhalm und Sternwurz empfohlen. Der Ackerschachtelhalm ist kieselsäurehaltig, steigert die Abwehrkräfte und verbessert die Elastizität und Spannkraft des Gewebes (Schwärzler 2010, S. 193f).

### **3.5 Phytotherapie**

Die Präparate der Phytotherapie sind ausschließlich pflanzlicher Natur und stellen eine gute Alternative zu Medikamenten dar. Man kann sie sowohl in der Apotheke als auch im Reformhaus erwerben und sie sind zudem rezeptfrei. Ein Therapieversuch mit Naturheilmitteln lohnt sich auf jeden Fall, denn sie sind nebenwirkungsfrei und somit kann man einen Harnwegsinfekt oder sonstiges auch ohne Antibiotika behandeln. Die Behandlung mit pflanzlichen Präparaten sollte sich über mindestens sechs Wochen erstrecken, wobei eine Besserung der Beschwerden bereits innerhalb der ersten Woche eintreten sollte. Sollte dies nicht der Fall sein, ist umgehend ein Arzt/eine Ärztin aufzusuchen.

Bei einer Beckenbodenschwäche sind Kürbissamen zu empfehlen, da diese krampflösend, kräftigend und entspannend auf die Blasenmuskulatur wirken und Reizzustände lindern.

Bei Dranginkontinenz kann eine Teemischung aus Brennnessel, Birkenblättern, Hauhechelkraut und Schachtelhalm wahre Wunder bewirken. Diese Kräuter wirken entsäuernd und straffend.

Leidet man an einer Blasenschwäche, so stärken Kürbissamen die Blasenmuskulatur. Preiselbeere als Saft oder getrocknet wirkt entzündungshemmend auf die Schleimhäute der Harnwege, hemmt das Bakterienwachstum und fördert die Heilung von Blasenentzündungen (Schwärzler 2010, S. 194; Schaaf 1997, S. 102).

### 3.6 Medikamentöse Therapie

Als ergänzende Behandlung der Harninkontinenz ist die Verabreichung von Medikamenten unverzichtbar; in manchen Fällen ist sie sogar die einzige Form der Behandlung. Zirka 70 Prozent der Betroffenen können durch die medikamentöse Behandlung wieder ihre Kontinenz erlangen beziehungsweise ihre Symptome deutlich verbessern. Wird neben der medikamentösen Therapie zusätzlich Beckenbodentraining betrieben, liegt die Chance auf Kontinenz sogar bei 85 Prozent.

Führt eine Therapie mit Naturheilmitteln nicht zum gewünschten Erfolg, so werden stärkere, krampflösende Medikamente, sogenannte Spasmolytika, wie etwa Trospiumchlorid, verabreicht. Durch diese spasmolytischen Medikamente wird die Blase durch die entkrampfende und entspannende Wirkung auf die Blasenmuskulatur ruhiggestellt. So werden die Symptome der Dranginkontinenz wirkungsvoll behandelt, wobei die Blasenfunktion nicht beeinträchtigt wird. Nebenwirkungen können in Form von leichter Mundtrockenheit, Schielen und Herzjagen auftreten.

Sollte die Behandlung mit Trospiumchlorid nicht anschlagen, so können Anticholinergika, wie etwa Oxybutin oder Propiverin, eingesetzt werden. Sie wirken ähnlich entspannend auf die überaktive Blase, jedoch entfalten sie ihre Wirkung nicht direkt an der Blasenmuskulatur, sondern am Nerv, der den Impuls an die Blasenmuskulatur weiterleitet. Anticholinergika weisen deutlich mehr Nebenwirkungen als Spasmolytika auf, die sich zum Beispiel in Herzrhythmusstörungen, Blutdruckregulationsstörungen oder erhöhter Augeninnendruck äußern.

Da die Östrogenproduktion der Frau in den Wechseljahren abnimmt und es dadurch schneller zu einer Beckenbodenschwäche und Inkontinenz kommen kann, ist eine Hormonbehandlung mit Östrogenen oft zielführend. Durch die leicht straffende Wirkung der Hormone wird die Durchblutung der Schleimhäute verbessert und unterstützt das Beckenbodentraining, darf jedoch nicht als Ersatz für das Training des Beckenbodens gesehen werden. Neuere Untersuchungen ergaben, dass eine Östrogenbehandlung mit konjugierten Östrogenen oder in Kombination mit Progesteron das Inkontinenzrisiko sogar verschlimmern kann; auch das Risiko eines Herzinfarkts und Thrombosen sowie an Brustkrebs zu erkranken ist erhöht. Daher sollte man sich immer von einem Arzt/einer Ärztin ausführlich beraten lassen und sich mit ihm/ihr zusammen auf die geeignete Therapieform einigen (Schwärzler 2010, S. 195f; Schaaf 1997, S. 102ff).

Bei einer Reizblase bzw. Dranginkontinenz, die mit seelischen Erschöpfungszuständen oder Depressionen einhergehen, ist das Medikament *Imipramin* zu empfehlen. Es wirkt entspannend auf die Blase, aber auch spannungserhöhend auf den Blasenschließmuskel; zusätzlich hilft es gegen seelische Probleme und Depressionen. Nebenwirkungen können bei dieser Behandlung in Form von Blutdrucksenkung, Mundtrockenheit, Schwindel, Sehstörungen und Verstopfung auftreten (Niederstadt, Fischer 1996, S. 230f).

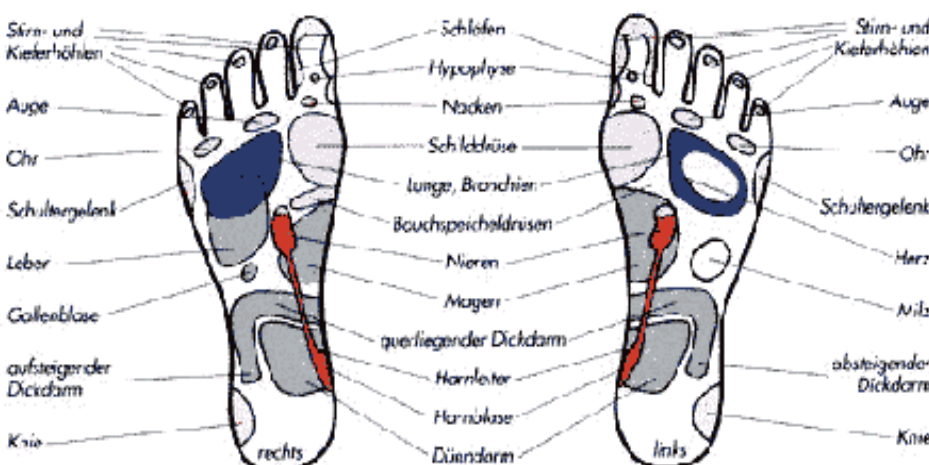
### 3.7 Osteopathische Therapie

In der Osteopathie wird mit sanften manuellen Techniken gearbeitet, die die normale Funktion und ein Spannungsgleichgewicht in den verschiedenen Körpersystemen, wie Organen, Muskelskelett, Nerven und dem Hormonsystem wiederherstellen.

Funktionsstörungen und Blockaden können aufgelöst werden, sodass das biologisch-dynamische Zusammenarbeiten aller Körperebenen wieder entstehen kann. Eine Osteopathiebehandlung kann bei Beckenbodenschwäche und Organsenkungen helfen, die Symptomatik zu verbessern (Schwärzler 2010, S. 197).

### 3.8 Reflexzonentherapie

Bereits vor 5000 Jahren wurde die Reflexzonentherapie in China angewandt. Hierbei handelt es sich um eine Drucktechnik, die an bestimmten Reflexpunkten an den Füßen oder Händen ansetzt. An diesen Punkten ist der Mensch mit all seinen Körpersystemen präsent. Werden die Reflexe stimuliert, kann der Therapeut/die Therapeutin in das jeweilige System eingreifen und dadurch einen „Zustand des Gleichgewichts“ schaffen. Die Reflexzonentherapie eignet sich unter anderem auch zur Behandlung von Funktionsstörungen des Beckenbodens (Schwärzler 2010, S. 197).



**Abb. 15: Fußreflexzonen**  
gesehen in:  
<http://www.naturheilpraxis-tiemann.de/html/reflexzonen.htm>  
(05.09.2013)

### **3.9 Akupunktur und Akupressur**

Bei Akupunktur und Akupressur handelt es sich um Therapieformen der traditionellen chinesischen Medizin.

Bei der Akupunktur werden feine Nadeln in die Energiebahnen gesetzt, wodurch Blockaden aufgelöst werden können. Bei einer professionell durchgeführten Akupunktur durch HeilpraktikerInnen oder Ärzte/Ärztinnen erfolgt eine Aktivierung der Selbstheilungskräfte des Körpers.

Die Akupressur erfolgt nach demselben Therapieprinzip wie die Akupunktur, jedoch werden die Energiebahnen nicht durch Nadeln, sondern durch Druck auf die gewissen Punkte aktiviert. Diese Therapieform kann im Gegensatz zur Akupunktur von jedem leicht erlernt und angewandt werden.

Tagtäglich reagiert der Körper oft selbständig über solche Reflexe: Zum Beispiel bei starkem Harndrang durch Druck auf die Harnröhre oder den Damm; ferner durch Druck mit Zeigefinger und Daumen auf die Nasenwurzel (Schwartzler 2010, S. 198).

### **3.10 Psychotherapie**

Eine psychotherapeutische Begleittherapie ist bei harninkontinenten Personen besonders wichtig, da es nicht nur die Symptome der Inkontinenz zu behandeln gilt, sondern auch die psychische Verfassung gestärkt werden soll, da die Inkontinenz und die damit verbundene Isolierung von der Außenwelt oft mit Depressionen verbunden ist. Jedoch stellt die Psychotherapie bei inkontinenten Frauen/Männern ein schwieriges Unterfangen dar, da die Betroffenen oft nicht zu einer Psychotherapie zu motivieren sind. Weitere, prognostisch ungünstige Faktoren stellen das Alter (oft über 45 Jahre), die Chronizität der Symptomatik, die charakterneurotischen Veränderungen (zum Beispiel Masochismus) und die häufig existierenden äußeren Belastungen dar (Diederichs 2000, S. 79).

Ein Grund dafür, dass die psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung von den wenigsten Betroffenen in Anspruch genommen wird, ist das möglicherweise zu große Schamgefühl oder das Gefühl „dagegen sowieso nichts mehr machen zu können“ (Rohde, Dorn 2007, S. 259).

Hier gilt es, über den eigenen Schatten zu springen und zumindest eine „Probesitzung“ in Anspruch zu nehmen, da die Psychotherapie erfolgsversprechend ist und den Betroffenen ein hohes Maß an Lebensqualität und Lebensfreude wiedergeben kann.

### **3.11 Operative Verfahren**

Erzielt man durch keine andere Therapieform ein zufriedenstellendes Ergebnis, so ist die Operation der letzte Weg zur Kontinenz. Von Vorteil ist es, die Schichten des Beckenbodens schon vor dem Eingriff zu kennen, um danach mit einem gezielten Heilungstraining beginnen zu können. Denn nach der Operation sind das Muskel-, Nerven- und Bindegewebe beschädigt, wodurch die Wahrnehmung dieser oft eingeschränkt ist.

#### **3.11.1 Vordere Scheidenwandplastik**

Hat sich die vordere Scheidenwand abgesenkt, so wird durch einen operativen Eingriff über die Scheide überschüssiges, vorderes Scheidengewebe entfernt und der Defekt von der Seite gedeckt. Zusätzlich kann auch noch eine dünne Gewebsschicht zwischen Harnröhre und Scheide befestigt werden, wodurch die Scheidenwand gestrafft wird und Harnröhre und Blase somit wieder in ihre anatomisch korrekte Lage gebracht werden.

#### **3.11.2 Hintere Scheidenwandplastik**

Hier hat sich im Vorfeld die hintere Scheidenwand abgesenkt, wobei es sich meist um eine Verlagerung des Mastdarms handelt. Es wird wie bei der vorderen Scheidenwandplastik über die Scheide operiert, jedoch wird hier die innere Beckenbodenschicht von Scheide und After zusammengenäht und somit eine Straffung erzielt.

#### **3.11.3 TVT-Band (Tension-free Vaginal Tape)**

Dieses Verfahren ist sehr modern und minimal invasiv. Der Beckenboden wird mittels Kunststoffband angehoben, welches dann mit körpereigenem Bindegewebe verwächst und es dadurch fixiert (Schwärzler 2010, S. 209).

#### 3.11.4 Blasen- und Harnröhrenanhebung

Durch die Straffung der ausgeleiterten Bänder in Richtung Schambein wird eine Anhebung von Blase und Harnröhre erreicht. Dadurch wird die Lage der Blase korrigiert und es ist eine Besserung der Inkontinenz zu erwarten.

Die drei häufigsten Operationstechniken bei der Anhebung der Blase und der Harnröhre:

1.) Abdominale Kolposuspension: Hier erfolgt der Eingriff über einen Schnitt durch die Bauchwand, wobei im nächsten Schritt die Harnröhre und der Blasenboden angehoben werden.

2.) Stamey-Operation: Diese Technik erfolgt über endoskopische Zugänge durch die Bauch- oder Scheidenwand. Danach werden wiederum die Harnröhre und der Blasenboden angehoben.

3.) Schlingenoperation: Die Schlingenoperation erfolgt kombiniert über die Bauchwand und die Scheide. Hierbei werden Schlingen aus Kunststoff oder körpereigenem Material um die Harnröhre gelegt, die somit angehoben wird (Schwärzler 2010, S. 210).

## Diskussion

Durch diese Bachelorarbeit konnten alle drei gestellten Forschungsfragen beantwortet werden, da die Literatur ausführliche und detaillierte Antworten beinhaltet.

Die Antwort(en) auf die erste Forschungsfrage: „Was ist Inkontinenz und wodurch entsteht sie?“ konnten einerseits durch *Hautmann und Huland (2001)* gegeben werden, die Harninkontinenz laut der *International Continence Society* als einen unwillkürlichen und objektivierbaren Urinverlust, der ein soziales oder hygienisches Problem darstellt, definieren. Andererseits listeten *Niederstadt und Fischer (1996)* sowie *Schaaf (1997)* zahlreiche Ursachen einer Inkontinenz auf wie etwa Senkung der weiblichen Beckenorgane, seelische Veränderungen, Parkinson, Stoffwechselerkrankungen oder die Einnahme gewisser Medikamente.

Meine zweite Forschungsfrage: „Wie kann Inkontinenz diagnostiziert werden?“ konnte durch Ausschnitte von *Schaaf (1997)*, *Finke (1998)*, *Hautmann und Huland (2001)* und *Hoogers (1993)* ausführlich beantwortet werden. So zählen zum Beispiel die Anamnese, die Ultraschalluntersuchung, die gynäkologische Untersuchung und die Harnröhrenspiegelung zu den spezifischen diagnostischen Verfahren einer Harninkontinenz.

Die dritte und somit die Haupt-Forschungsfrage: „Welche Interventionsstrategien gibt es bei bereits bestehender Inkontinenz?“ konnte sehr detailliert beantwortet werden, da zahlreiche Autoren, wie *Goepel (2001)*, *Boelker, Hegeholz et al. (2006)*, *Lang-Reeves (2008)* und *Schwärzler (2010)* um nur einige zu nennen, dieses Thema aufgegriffen haben. So zählen unter anderem das Beckenbodentraining, die homöopathische Therapie, die Akupunktur und Akupressur, sowie operative Verfahren zu den Therapiemöglichkeiten einer Inkontinenz, welche mit Hilfsmitteln wie Vaginalkonus, Pessaren, oder Liebeskugeln zusätzlich unterstützt werden können.

Abschließend ist noch anzumerken, dass mir während des Schreibens der Arbeit besonders aufgefallen ist, dass viele Autoren, wie beispielsweise *Rohde und Dorn (2007)* und *Diederichs (2000)*, darauf verwiesen, dass der Psychotherapie bei Inkontinenz noch zu wenig Beachtung geschenkt wird, da sie von den meisten Betroffenen nicht angenommen wird. Das wird sich in Zukunft hoffentlich ändern, da diese Therapieform äußerst zielführend ist und ein hohes Maß an Lebensqualität vermittelt werden kann.

## Literaturverzeichnis

Boelker T., Hegeholz D., Webelhuth W. (2006) Außer Kontrolle. Pflege bei Harn- und Stuhlinkontinenz. 1. Auflage, Tabea Noreiks Verlag – Edition Partikel, Leipzig

Bühler W. (1999) Homöopathie bei älteren Patienten. Individuell und praxisnah betreuen, Johannes Sonntag Verlagsbuchhandlung, Stuttgart

Diederichs P. (2000) Urologische Psychosomatik. Zur Theorie und Praxis psychosomatischer Störungen in der Urologie, Verlag Hans Huber, Bern

Finke F. (1998) Manual Urologie. Basiswissen für den Stationsdienst, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York

Goepel M. (2001) Patientenratgeber. Blasenstörungen bei Erwachsenen und Kindern. 2. Neubearbeitete Auflage, Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York

Hautmann R.E., Huland H. (Hg.) (2001) Urologie. 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York

Hoogers K. (1993) Inkontinenz verstehen. Reinhardts Gerontologische Reihe. Band 8, Ernst Reinhardt GmbH & Co, Verlag, München

Köther I., Gnamm E., Bäumlner C., Bartoszek G., Denzel S., Drenhaus-Wagner R., Gnamm D., Hallanzy V., Helber T., Hense G., Hillgärtner-Helber B., Höppner G., Lotz G., Nydahl P., Offermann C., Pfäfflin-Müllenhoff U., Reinbott B., Rolf H., Sachsenmaier B., Schupp C., Seibold H., Sonn A., Steeb M., Urbas L. (2000) Altenpflege in Ausbildung und Praxis. 4. komplett überarbeitete und neu gestaltete Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York

Krahmann H., Kaltenbach F.-J., de Gregorio G. (1994) Harninkontinenz und Senkungsbeschwerden der Frau. Klinik – Krankengymnastik – Übungsanleitung. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Richard Pflaum Verlag GmbH & Co. KG, München - Bad Kissingen - Berlin - Düsseldorf - Heidelberg

Lang-Reeves I. (2008) Beckenboden. Wie Sie den Alltag zum Training nutzen. 3. Auflage, Gräfe und Unzer Verlag GmbH, München

Niederstadt C., Fischer G. (1996) Harninkontinenz. Ein Ratgeber zur Blasenkontrolle. 1. Auflage, Wort & Bild Verlag Konradshöhe GmbH & Co, Baierbrunn

Österreichische Ärztezeitung (ÖAZ) (2011) Inkontinenz der Frau. Vol. 3, S. 34-45, Verlagshaus der Ärzte GmbH, Wien

Rohde A., Dorn A. (2007) Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie, Schattauer GmbH, Stuttgart

Schaaf B. (1997) Wirksame Hilfe bei Inkontinenz. Das 4-Wochen-Übungsprogramm, Midena Verlag, Augsburg

Schön G., Seltenreich M. (2011) Inkontinenz. Ein mutmachender Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Pflegende. 1. Auflage, Wilhelm Maudrich Verlag, Wien

Schwärzler S. (2010) Beckenboden. Die Kraft von innen. 1. Auflage, Susanne Schwärzler Eigenverlag, Kempten

Van den Berg F. (Hg.), Cabri J., Elvey B., Gosselink R., Haas H.-J., Heesen G., Horst R., Van Kampen M., Oettmeier R., Reybrouck T., Schöttker-Königer T., Sinz H., Slater H., Steverding M., Thacker M. A., Watson T., Wilke M. (2001) Angewandte Physiologie 3. Therapie, Training, Tests, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York

Van den Berg F. (Hg.), Gifford L., Gosselink R., Haas H.-J., Heesen G., Van Kampen M., Maskill D., Reybrouck T., Schewe H., Schwab A., Slater H., Wehrstein U., Weiß T. (2000) Angewandte Physiologie 2. Organsysteme verstehen und beeinflussen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York

## **Internetseiten**

<http://www.apotheken.de/gesundheit-heute-news/article/diagnoseverfahren/> (gesehen am 29.09.2013)

## **Abbildungsverzeichnis**

### **Abbildung 1: Lage der Blase beim Mann und bei der Frau**

Van den Berg F. (Hg.), Gifford L., Gosselink R., Haas H.-J., Heesen G., Van Kampen M., Maskill D., Reybrouck T., Schewe H., Schwab A., Slater H., Wehrstein U., Weiß T. (2000) Angewandte Physiologie 2. Organsysteme verstehen und beeinflussen, S. 243, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York

gesehen in: <http://www.biofachforum.ch/BIOPIC/humloes/zushumniere10.html>

(28.08.2013)

### **Abbildung 2: Blase und Blasenwand**

Van den Berg F. (Hg.), Gifford L., Gosselink R., Haas H.-J., Heesen G., Van Kampen M., Maskill D., Reybrouck T., Schewe H., Schwab A., Slater H., Wehrstein U., Weiß T. (2000) Angewandte Physiologie 2. Organsysteme verstehen und beeinflussen, S. 244, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York

### **Abbildung 3: Männliche und weibliche Harnröhre**

Van den Berg F. (Hg.), Gifford L., Gosselink R., Haas H.-J., Heesen G., Van Kampen M., Maskill D., Reybrouck T., Schewe H., Schwab A., Slater H., Wehrstein U., Weiß T. (2000) Angewandte Physiologie 2. Organsysteme verstehen und beeinflussen, S. 245, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York

### **Abbildung 4: Knöchernes Becken**

Van den Berg F. (Hg.), Gifford L., Gosselink R., Haas H.-J., Heesen G., Van Kampen M., Maskill D., Reybrouck T., Schewe H., Schwab A., Slater H., Wehrstein U., Weiß T. (2000) Angewandte Physiologie 2. Organsysteme verstehen und beeinflussen, S. 246, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York

### **Abbildung 5: Anatomisches Perineum**

Van den Berg F. (Hg.), Gifford L., Gosselink R., Haas H.-J., Heesen G., Van Kampen M., Maskill D., Reybrouck T., Schewe H., Schwab A., Slater H., Wehrstein U., Weiß T. (2000) Angewandte Physiologie 2. Organsysteme verstehen und beeinflussen, S. 246, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York

### **Abbildung 6: Zystoskopie – multiple papillare Tumore**

gesehen in: <http://www.blasenkrebsshb.de/medizinisches/blasenkrebs-was-nun-diagnostik/>

(29.08.2013)

### **Abbildung 7: Inkontinenzslip**

gesehen in: <http://www.rehadat.de/rehadat/Reha.KHS?Db=0&State=340&SORT=T05&GIX=M/16298>

(03.09.2013)

### **Abbildung 8: Inkontinenzhose**

gesehen in: <http://www.inkontinenz-blase.de/windeln-fuer-erwachsene-einweg.html>

(03.09.2013)

### **Abbildung 9: Vaginalkonen**

Van den Berg F. (Hg.), Cabri J., Elvey B., Gosselink R., Haas H.-J., Heesen G., Horst R., Van Kampen M., Oettmeier R., Reybrouck T., Schöttker-Königer T., Sinz H., Slater H., Steverding M., Thacker M. A., Watson T., Wilke M. (2001) Angewandte Physiologie 3. Therapie, Training, Tests, S. 382, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York

### **Abbildung 10: Stimulationsgerät mit Vaginalelektrode**

Schwärzler S. (2010) Beckenboden. Die Kraft von innen. 1. Auflage, S. 202, Susanne Schwärzler Eigenverlag, Kempten

### **Abbildung 11: Perineometer**

Schwärzler S. (2010) Beckenboden. Die Kraft von innen. 1. Auflage, S. 201, Susa Schwärzler Eigenverlag, Kempten

### **Abbildung 12: Schalen- oder Siebpessar**

Schwärzler S. (2010) Beckenboden. Die Kraft von innen. 1. Auflage, S. 203, Susanne Schwärzler Eigenverlag, Kempten

### **Abbildung 13: Ringpessar**

Schwärzler S. (2010) Beckenboden. Die Kraft von innen. 1. Auflage, S. 203, Susanne Schwärzler Eigenverlag, Kempten

### **Abbildung 14: Würfelpessar**

Schwärzler S. (2010) Beckenboden. Die Kraft von innen. 1. Auflage, S. 203, Susanne Schwärzler Eigenverlag, Kempten

### **Abbildung 15: Fußreflexzonen**

gesehen in: <http://www.naturheilpraxis-tiemann.de/html/reflexzonen.htm>

(05.09.2013)