

Basiswissen Harninkontinenz

Inkontinenz ist ein Zustand mit jeglichem unwillkürlichen Urinverlust. Es ist ein soziales und hygienisches Problem, das so stark mit Scham und Leid besetzt ist wie kaum ein anderes medizinisches Problem. Je nach Inkontinenzform handelt es sich um eine Speicher- oder Entleerungsstörung der Harnblase. Die diagnostischen Möglichkeiten sind breit gefächert und beinhalten die Urinanalyse, die gynäkologische Untersuchung, Ultraschalluntersuchungen und eine urodynamische Funktionsdiagnostik. Darüber hinaus sammeln Miktionsprotokolle Informationen über das individuelle Miktionsverhalten, vorkommende inkontinente Ereignisse, den Gebrauch von Hilfsmitteln und das Trinkverhalten. Verschiedene Tests geben Auskunft über den Schweregrad der Inkontinenz, die Kontraktionsfähigkeit der Verschlussmuskulatur und die unwillkürlich abgehende Harnmenge. Therapeutisch stehen dem Arzt ebenfalls verschiedene Methoden zur Verfügung. Dazu gehört die Behandlung begünstigender Zustände wie Obstipation und chronischer Husten genauso wie der Einsatz von Pessaren und Vaginaltampons, um Senkungsbeschwerden entgegenzuwirken. Verschiedene Medikamente, Operationen und Elektrostimulationsverfahren sind weitere Optionen. Nicht zu vergessen ist die Versorgung der Patienten mit passenden Hilfsmitteln, um deren Sicherheit und Lebensqualität zu verbessern.

Autorin: Barbara Schubert, Diplom Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, Lerncoach, Physiotherapeutin, selbstständige Autorin, Gutachterin, Dozentin und Trainerin, www.wollen-können-tun.de

LERNZIELE

Wenn Sie diese Fortbildungseinheit gelesen haben,

...

- kennen Sie die verschiedenen Formen der Harninkontinenz
- wenden Sie Ihr Basiswissen zur Inkontinenz im Alltag an
- kennen Sie ein Assessment sowie verschiedene Tests, die bei Harninkontinenz zum Einsatz kommen
- sind Sie sich mit den verschiedenen Therapieoptionen bei Harninkontinenz vertraut
- haben Sie eine Übersicht über die verschiedenen Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung bei Harninkontinenz
- unterscheiden Sie zwischen 5 verschiedenen Faktoren von Risikofaktoren für Harninkontinenz

STICHWÖRTER

Harnkontinenz, Miktion, Diagnostik bei Harninkontinenz, Therapie bei Harninkontinenz, Hilfsmittel bei Inkontinenz

Inkontinenz ist ein Tabuthema

Harnkontinenz ist „die Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort die Blase zu entleeren“. Dazu gehört auch „die Fähigkeit, Bedürfnisse zu kommunizieren, um Hilfestellung zu erhalten, wenn Einschränkungen beim selbstständigen Toilettengang bestehen“. (1) Die Kontrolle über die Ausscheidungen ist jedoch keine rein biologische Funktion, sondern eng mit dem Sozialverhalten verknüpft. In den ersten Lebensjahren erlernen Kinder, Blase und Darm zu kontrollieren und die Toilette zu benutzen. Die Kontrolle über diese Funktion zu haben, wird zu einem selbstverständlichen Teil des Sozialverhaltens und ermöglicht die uneingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. (2) Wenn eine Inkontinenz auftritt, erleben die Betroffenen ihren Körper als unzuverlässig. Es kommt die Angst auf, den gesellschaftlichen Regeln nicht gerecht zu werden, in der Öffentlichkeit aufzufallen und fremde Blicke auf sich zu ziehen. Ein öffentlicher Urinverlust ist mit dem eigenen Selbstbild nicht vereinbar und viele Betroffene berichten, dass sie bei einem solchen Ereignis „am liebsten im Erdboden versinken würden“. Damit hat die Harninkontinenz eine direkte Auswirkung auf das Selbst- und Sozialerleben und die Lebensqualität der betroffenen Personen. (3)

Inkontinenz ist so stark mit Scham und Leid besetzt wie kaum ein anderes medizinisches Problem. Es ist ein Tabuthema, das häufig bagatellisiert oder verschwiegen wird. Die Betroffenen entwickeln vielseitige Strategien, um diesem erlebten Kontrollverlust zu begegnen. Sie sind stets wachsam, damit sie sofort reagieren können, wenn es zu einem ungewollten Urinverlust kommt. Dazu gehört auch, ständig die Toilette im Blick zu behalten. Sie verändern ihr Trinkverhalten, vor allem in der Öffentlichkeit nehmen sie nur wenig Flüssigkeit zu sich. Auch die Kleidung wählen sie so aus, dass ein möglicher Urinverlust kaschiert wird. Dazu eignet sich vor allem wallende und dunkle Kleidung. Darüber hinaus benutzen sie Hilfsmittel, um einen ungewollten Urinverlust aufzufangen, und achten peinlich auf Hygiene und Sauberkeit, damit sie nicht durch Uringeruch auffallen. (3)

Die Häufigkeit der Inkontinenz ist auch schwer zu beziffern, in der Literatur finden sich sehr uneinheitliche Angaben. Sicher ist jedoch, dass die Prävalenz mit zunehmendem Lebensalter und im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit steigt und dass Frauen häufiger von Inkontinenz betroffen sind als Männer. 25 % der über 80-jährigen Menschen leiden an Inkontinenz, bei den Heimbewohnern sind es über 50 %. Gerade ältere Betroffene sehen Inkontinenz als eine Begleiterscheinung des Alters an, gegen die sie machtlos sind. (5) Durchschnittlich vergehen 1–2 Jahre, bis die Betroffenen sich einem Arzt anvertrauen. (6)

Harninkontinenz

Harninkontinenz ist nach der Definition der International Continence Society (ICS) ein Zustand mit jeglichem unwillkürlichen Urinverlust, der ein soziales und hygienisches Problem darstellt. (7) Es kann sich um eine Speicher- oder Entleerungsstörung der Blase handeln. Die verschiedenen Formen der Harninkontinenz sind in Tabelle 1 dargestellt.

Perabo und Müller (8) haben auf der Basis von evidenzbasierten Studien ein Klassifikationssystem für Risikofaktoren entwickelt, das 5 verschiedene Faktoren umfasst:

- physische Faktoren (Alter, Geschlecht, Adipositas, körperliche Aktivität etc.)
- genetische Faktoren (Familienanamnese)
- neuropsychiatrische Faktoren (Multiple Sklerose, Rückenmarkschädigung, Demenz, Depression, Schlaganfall)
- Trauma (Geburten, Prostataktomie, operative Eingriffe, Radiotherapie etc.)
- assoziierte Faktoren (Diarrhoe, Obstipation, entzündliche Darmerkrankungen)

Viele Betroffene leiden gleichzeitig unter Belastungs- und Dranginkontinenz, der sogenannten Mischinkontinenz.

WAS IST SCHAM?

Scham stammt von dem englischen Wort „shame“ ab. Es ist eine negative Emotion, die entsteht, wenn man das Gefühl hat, bestimmten Werten, Normen, Regeln oder Ansprüchen nicht gerecht geworden zu sein. Sie geht mit physiologischen Reaktionen wie Erröten und mit charakteristischen Verhaltensweisen einher, die dem Wunsch entspringen könnten, sich unsichtbar zu machen. Wenn man sich schämt, schlägt man die Augen nieder, senkt den Kopf oder bedeckt das Gesicht mit den Händen. Man möchte sprichwörtlich im Erdboden versinken. Scham gehört zu den selbstbezogenen Emotionen, die erst etwa ab Mitte des zweiten Lebensjahres entstehen. Erst ab diesem Zeitpunkt entwickeln Kinder ein Konzept von sich selbst, sie werden sich ihres Selbst bewusst. Dies kann man z.B. dadurch feststellen, dass sie sich selbst im Spiegel erkennen. (4)

BASISWISSEN HARNAUSSCHIEDUNG

- Gesunde Menschen suchen 6–8-mal in 24 Stunden die Toilette auf, nachts max. 2-mal.
- Pro Miktion werden 200–400 ml Urin ausgeschieden, es sind deutlich größere Mengen möglich. Die Gesamtausscheidungsmenge in 24 Stunden beträgt ca. 1,5 l.
- Der pH-Wert des Urins schwankt zwischen 5–7 und wird durch die Ernährung beeinflusst. Eiweiß senkt den pH-Wert, Gemüse lässt ihn steigen.
- Urin ist hell- bis dunkelgelb (abhängig von der Trinkmenge), klar und nahezu geruchslos.
- Ablauf des Miktionsprozesses:
 - Dehnungsrezeptoren registrieren die zunehmende Blasenfüllung.
 - Drangreiz wird über das sakrale Miktionszentrum (S2–S4) ans Gehirn weitergeleitet.
 - Das Gehirn hemmt eine reflektorische Entleerung der Harnblase, bis die Entleerung willentlich ausgelöst wird.
 - Ab hier läuft die Miktion reflektorisch ab.
- Während der Füllungsphase ist der Blasenmuskel (M. detrusor vesicae) entspannt und die Schließmuskulatur kontrahiert, während der Entleerungsphase kontrahiert der Blasenmuskel und die Schließmuskulatur entspannt.
- Die empfohlene Miktionshaltung ist eine aufrechte, lordosierte Körperhaltung, wobei die Füße fest auf dem Boden stehen.

Inkontinenzform	Definition
Belastungsinkontinenz Speicherstörung	Unwillkürlicher Harnabgang ohne Blasenkontraktion, wenn intravesikaler Druck > intraurethraler Druck Grad 1: beim Husten, Niesen, Lachen etc. Grad 2: beim Gehen, bei leichter körperlicher Arbeit Grad 3: auch im Stehen und Liegen
Dranginkontinenz (OAB, overactive bladder) Speicherstörung	Unwillkürlicher Harnabgang in Verbindung mit einem starken Harndrang und Blasenkontraktion Sensorische Form: durch Reizung der Blaseschleimhaut (bei Blasenentzündung, Tumoren, Blasensteinen) Motorische Form: durch fehlende zentralnervöse Hemmung (bei Schlaganfall, Parkinson, Demenz)
Mischinkontinenz Speicherstörung	Gleichzeitiges Vorkommen von Belastungs- und Dranginkontinenz
Extraurethrale Inkontinenz Speicher- und Entleerungsstörung	Urinverlust über andere Kanäle als die Harnröhre, z. B. Blasen-Scheiden-Fistel
Chronische Harnretention mit Harninkontinenz (früher Überlaufinkontinenz) Entleerungsstörung	Unwillkürlicher Harnabgang, verbunden mit einer passiven Überdehnung der Blase, z. B. bei Prostatahyperplasie
Reflexinkontinenz Entleerungsstörung	Neurologisch bedingte Inkontinenz mit Ursache im zentralen Nervensystem, z. B. bei Schlaganfall, MS

Tabelle 1: Formen der Harninkontinenz nach ICS

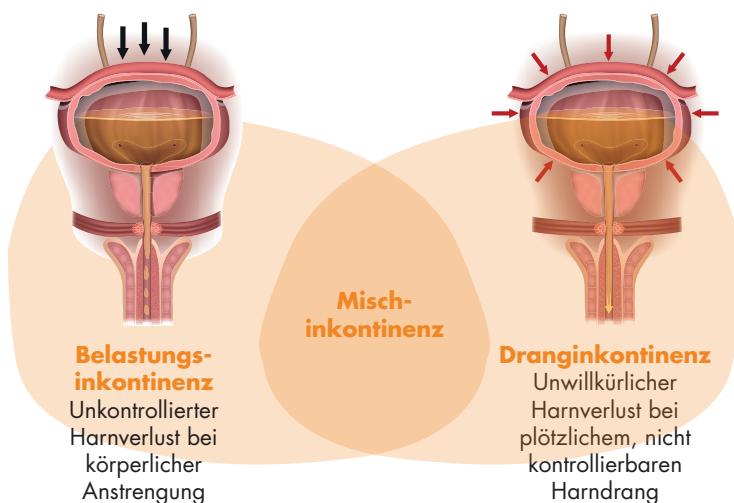


Abbildung 1: Mischinkontinenz ist eine Kombination aus Belastungs- und Dranginkontinenz

Häufig steht dann eine der beiden Formen im Vordergrund. Die Mischinkontinenz ist nach der Belastungsinkontinenz die zweithäufigste Inkontinenzform. Betroffen sind insbesondere Frauen ab dem 50. Lebensjahr.

Ärztliche Diagnostik

Die Harninkontinenz korreliert häufig mit Harnwegsinfekten. Deshalb steht die Urinanalyse an erster Stelle. Eine gynäkologische Untersuchung kann über das eventuelle Vorliegen einer Senkung als Ursache für eine Belastungsinkontinenz Aufschluss geben. Mit einer Ultraschalluntersuchung kann die Beckenbodenmuskulatur in Ruhe, während der Kontraktion und auch beim Pressen dargestellt werden.

Eine urodynamische Funktionsdiagnostik kann sich anschließen. Sie dient der Feststellung der Blasensensitivität und gibt Aufschluss über die Blasenmuskelfunktion während der Füllungs- und Entleerungsphase.

Miktionsprotokolle helfen dabei, das Problem in seinem Ausmaß besser einschätzen und geeignete Maßnahmen in die Wege leiten zu können. Sie sammeln Angaben zu Häufigkeit und Volumen der Miktionen, Anzahl und Zeitpunkt der inkontinenten Ereignisse sowie daran geknüpfte situative Umstände, Art und Menge der eingesetzten Hilfsmittel, Trinkverhalten und machen Tag-Nacht-Unterschiede sichtbar. Darauf geht der Folgeartikel „Beratung bei Harninkontinenz“ näher ein.

Assessments und Tests

Der ICIQ-SF (International Consultation of Incontinence Questionnaire – short form) ist ein Assessmentinstrument zur Bewertung der Häufigkeit, des Schweregrades und die Auswirkungen auf die Lebensqualität von Harninkontinenz.

Weitere Tests können sich anschließen. Der Urin-Stopp-Test überprüft die willkürliche Kontraktionsfähigkeit der Harnröhrenverschlussmuskulatur, indem der Betroffene kurz den Urinfluss während der Miktion unterbricht. Er ist jedoch ein Test und NICHT als Übung anzuwenden, da er den reflektorisch ablaufenden Miktionsprozess unterbricht und regelmäßig angewendet zu schweren Miktionsproblemen führen kann. (9)

Zur Quantifizierung der abgehenden Harnmenge stehen 2 Tests zur Verfügung: Beim „One-Hour-Pad-Test“ benutzt der Proband eine Vorlage über 60 Minuten und führt währenddessen festgelegte körperliche Aktivitäten aus. Am Ende wird über das veränderte Vorlagengewicht der Grad der Harninkontinenz bestimmt. Beim „24-Stunden-

Inkontinenz-Fragebogen: ICIQ-SF (2004)	
1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?	
Nie	0
Maximal 1-mal pro Woche	1
2–3-mal pro Woche	2
1-mal täglich	3
Mehrmals täglich	4
Ständig	5
2. Wie viel Harn tritt dabei normalerweise aus?	
Gar keiner	0
Eine geringe Menge	2
Eine mittelgroße Menge	4
Eine große Menge	6
3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?	
0 gar	10 stark
1	2
2	3
3	4
4	5
5	6
6	7
7	8
8	9
9	10
4. Wann kommt es zum Urinverlust?	
Nie	
Bevor Sie die Toilette erreichen können	
Beim Husten, Niesen, Laufen usw.	
Im Schlaf	
Bei körperlicher Anstrengung und Sport	
Nach dem Wasserlassen	
Aus keinem ersichtlichen Grund	
Urinverlust tritt ständig auf	
ICIQ-Summscore (1+2+3)	
Auswertung: Max. Punktzahl = 21	
Keine Inkontinenz	0
Leichte Inkontinenz	1–5
Mäßige Inkontinenz	6–10
Starke Inkontinenz	ab 11

Tabelle 2: Inkontinenz-Fragebogen (ICIQ-SF 2004)

Wiegetest“ werden zur Quantifizierung der Inkontinenz über 24 Stunden die veränderten Gewichte aller genutzten Vorlagen addiert.

Ärztliche Therapie

Bei der Belastungsincontinenz sollten chronische Harnwegsentzündungen, Übergewicht, chronischer Husten und Obstipation behandelt bzw. reduziert werden, da sie die Inkontinenz begünstigen. Bei Senkungsbeschwerden können

Ablauf des One-Hour-Pad-Test

- 2 Stunden vor Beginn nichts mehr trinken
- Vor Beginn die Blase entleeren
- Trockene Vorlage wiegen und einlegen
- 500 ml Flüssigkeit trinken
- Ab der 30. Minute: Gehen und Treppe steigen
- Ab der 45. Minute:
 - 10-mal hinsetzen und aufstehen
 - 10-mal kräftig husten
 - 1 Minute auf der Stelle laufen
 - 5-mal etwas vom Boden aufheben
 - 1 Minute lang Hände waschen
- Nach 60 Minuten: Vorlage wiegen

Grad I	Sporadische Harninkontinenz	bis 10 ml Harnverlust
Grad II	Belastende Harninkontinenz	11–25 ml Harnverlust
Grad III	Schwere Harninkontinenz	20–50 ml Harnverlust
Grad IV	Absoluter Harnverlust	> 50 ml Harnverlust

Tabelle 3: Bewertung des Schweregrades

Pessareinlagen helfen. Senkungen können die Gebärmutter (Uterocoele oder Descensus uteri), die Blase (Zystocoele) und das Rektum (Rektocele) betreffen und auch nach Hysterektomie als Vaginalstumpfdescensus vorkommen. Durch die strukturellen Verbindungen zwischen den einzelnen Organen werden Blase und/oder Darm bei der Uterocoele auch häufig „mitgenommen“.

Pessar-Einlagen

Pessare werden in die Scheide eingeführt. Sie sollen die topografische Lage der Organe zueinander verbessern und komprimieren die Harnröhre in Belastungssituationen. Einige werden alle 6–8 Wochen vom Arzt gewechselt, andere können durch die Betroffenen nach Anleitung selbstständig eingeführt, entfernt und gereinigt werden.

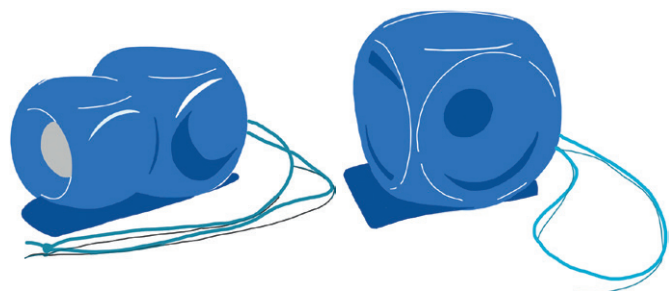


Abbildung 2: Würfelpessare sind für die eigenständige Einführung, Entfernung und Reinigung geeignet.

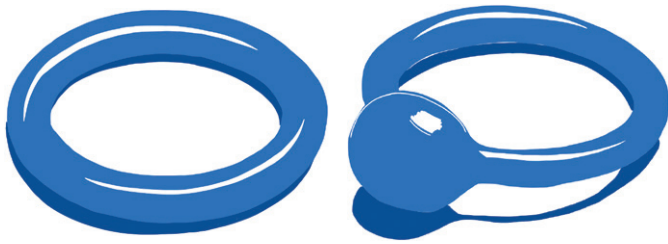


Abbildung 3: Ringpessare werden vom Arzt eingesetzt und wieder entfernt.

Da es Fremdkörper sind, kann es zu Nebenwirkungen wie lokalen Ulzerationen, Blutungen und Harnwegsinfektionen kommen. (10)

Vaginaltampons

Vaginaltampons sind eine Alternative zu den Pessar-Einlagen. Sie sehen optisch aus wie Tampons zur Monatshygiene, bestehen jedoch aus elastischem Schaumstoff. Sie heben die vordere Scheidenwand und stützen den Blasenhal. Dadurch gewährleisten sie den Blasenverschluss. Viele Frauen tragen Vaginaltampons nur in belastenden Situationen, z. B. beim Sport oder zur Sicherheit bei längerer häuslicher Abwesenheit. Nach spätestens 12 Stunden sollte der Vaginaltampon entfernt und nach maximal 7-maliger Verwendung entsorgt werden. (11, 12)

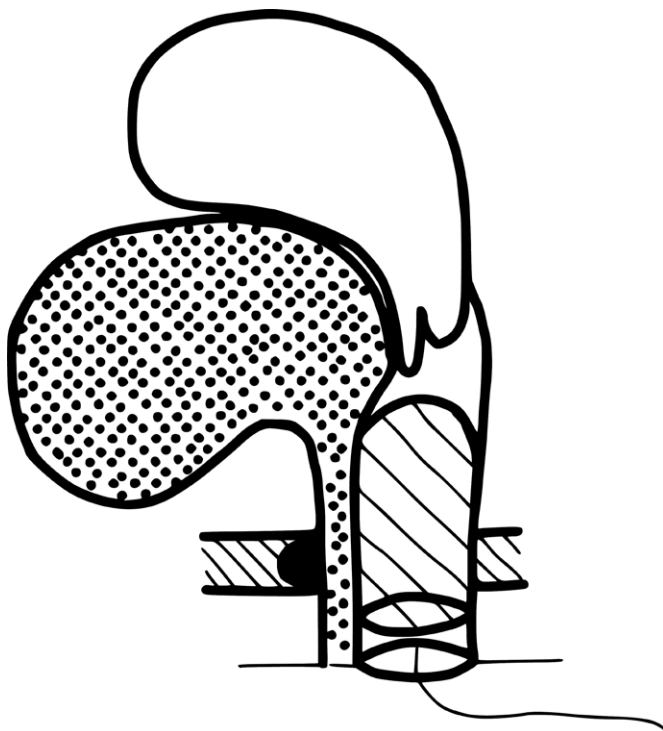


Abbildung 4: Vaginaltampons und ihre richtige Platzierung

Medikamentöse Behandlungsmethoden

Bei Harninkontinenz stehen verschiedene medikamentöse Behandlungsmethoden zur Verfügung. Eine lokale Östrogentherapie und auch die Behandlung mit Duloxetine (Yentreve) sind bei der Belastungsinkontinenz indiziert. Duloxetine ist eigentlich ein Antidepressivum, es steigert jedoch ebenfalls die Aktivität der quergestreiften Sphinktermuskulatur. Die gute Wirkung konnte in Studien nachgewiesen werden, allerdings sinkt die Ansprechrquote ab dem 65. Lebensjahr.

Anticholinergika (*Spasmex*, *Vesicur*) dämpfen die Blasenmuskulaturhyperaktivität bei Dranginkontinenz und senken darüber die Miktionsfrequenz. Intravesikale Botulinuminjektionen führen zu einer Teillähmung des Blasenmuskels und reduzieren darüber ebenfalls die Drangsymptomatik. Es ist eine invasive Maßnahme, bei der der Wirkstoff an etwa 20 Stellen in den Blasenmuskel injiziert wird. Die Blase kann daraufhin eine größere Urinmenge speichern und die inkontinenten Ereignisse werden weniger. Auch das nächtliche Wasserlassen (Nykturie) lässt nach. Der Therapieeffekt hält 6–12 Monate an, danach müssen erneute Injektionen erfolgen.

Operative Verfahren

Darüber hinaus gibt es verschiedene operative Verfahren zur Behandlung der Harninkontinenz. Die sogenannten Kolposuspensionen, bei denen Harnröhre und Blasenhal angehoben und fest fixiert wurden und die lange als Goldstandard galten, wurden abgelöst von den sogenannten TVT-Techniken. TVT steht für tension-free vaginal tape (spannungsfreie Vaginalbänder). Ein vom Körper nicht resorbierbares Band wird unter die mittlere Harnröhre gelegt und spannungsfrei unter der Bauchdecke befestigt, um ein Widerlager zu bilden, das bei einer Druckerhöhung im Bauchraum einen unkontrollierten Harnabgang verhindert. Es ist ein minimal invasives Operationsverfahren, das sehr gute Heilungsraten aufweist. (13)

Schließlich besteht die Möglichkeit, eine Sphinkterprothese einzusetzen. Dabei wird eine aufblasbare Manschette um die Harnröhre bzw. den Blasenhal gelegt und mit einer Pumpe und einem mit Flüssigkeit gefüllten Ballon über Silikonschläuche verbunden. Über einen Druck im Ballon werden die Manschette gefüllt und die Harnröhre komprimiert. Zur Miktion muss der Betroffene die Pumpe bedienen. Sie ist bei Frauen in den großen Schamlippen platziert und bei Männern im Hodensack. Wenn die Flüssigkeit aus der Manschette in den Ballon gepumpt wird, öffnet sich die Harnröhre und die Miktion kann erfolgen. Die Manschette füllt sich automatisch wieder innerhalb von 2–3 Minuten durch den Druck im Ballon. Die Lebensdauer des Systems beträgt 10–12 Jahre, die Kontinenzraten betragen 70–100 %.

Elektrostimulation

Darüber hinaus gibt es verschiedene Möglichkeiten der Elektrostimulation zum Einsatz bei Harninkontinenz. Das *Biofeedbacktraining* ist ein therapeutisches Verfahren aus der Lernpsychologie. Die Betroffenen erhalten eine Rückmeldung über eine Körperfunktion, die sie normalerweise nicht bewusst wahrnehmen. Sie lernen mit der Zeit, diese Körperfunktion zu modifizieren. Das Verfahren lässt sich in allen Altersklassen einsetzen, wenn die Sphinktermuskulatur über eine Restfunktion verfügt. Über eine Vaginal- oder Analsonde wird ein Elektromyogramm der Schließmuskulatur abgeleitet und als visuelles oder akustisches Signal angezeigt. Je kräftiger die Kontraktion, desto stärker das Signal. Eine Steigerung ist auf 2 Wegen möglich: Die Betroffenen bringen möglichst viele Lämpchen zum Leuchten bzw. erstellen möglichst viele Balken, oder sie halten eine mit halber Kraft durchgeführte Kontraktion über einen längeren Zeitraum aufrecht. Dieses Verfahren ist mithilfe von Leihgeräten als Heimtraining durchführbar.

Die Muskeln können auch über eine Elektrode stimuliert werden. Voraussetzung ist ein intakter Nervus pudendus, da ansonsten keine physiologische Innervation der Beckenbodenmuskulatur als Grundlage für ein selbstständiges Training möglich ist. Mit Ringelektroden ausgestattete Vaginal- bzw. Analkonen lösen die Muskelstimulation aus. Die Betroffenen können nach erfolgter Anleitung die Therapie selbstständig zu Hause durchführen. Viele Betroffene empfinden den Strom jedoch als unangenehm, weshalb Therapieabbrüche keine Seltenheit sind.

Schließlich besteht noch die Möglichkeit der sakralen bzw. pudendalen Neuromodulation. Bei dem invasiven Verfahren werden Elektroden in das Segment S3 (sakrale Neuromodulation) bzw. die Segmente S2–4 (pudendale Neuromodulation) installiert und durch einen externen Neuromodulator stimuliert. Wenn das Verfahren innerhalb einer Probephase von 2–4 Wochen zu einer Reduktion der Miktionsfrequenz und einer damit verbundenen Erhöhung der Blasenkapazität führt, wird der Impulsgeber in den unteren Bauchraum unter die Haut implantiert. (8) Die pudendale Neuromodulation hat den Vorteil, dass es mit den Segmenten S2–4 den gesamten Innervationsbereich der Blase erfasst.

Hilfsmittel

Hilfsmittel, die bei Harninkontinenz eingesetzt werden, können eingeteilt werden in aufsaugende, auffangende und ableitende Hilfen (vgl. Tabelle 2). Es gibt sie in verschiedenen Größen und Saugstärken und teilweise auch in schwarzer Farbe. Die Krankenkasse übernimmt die

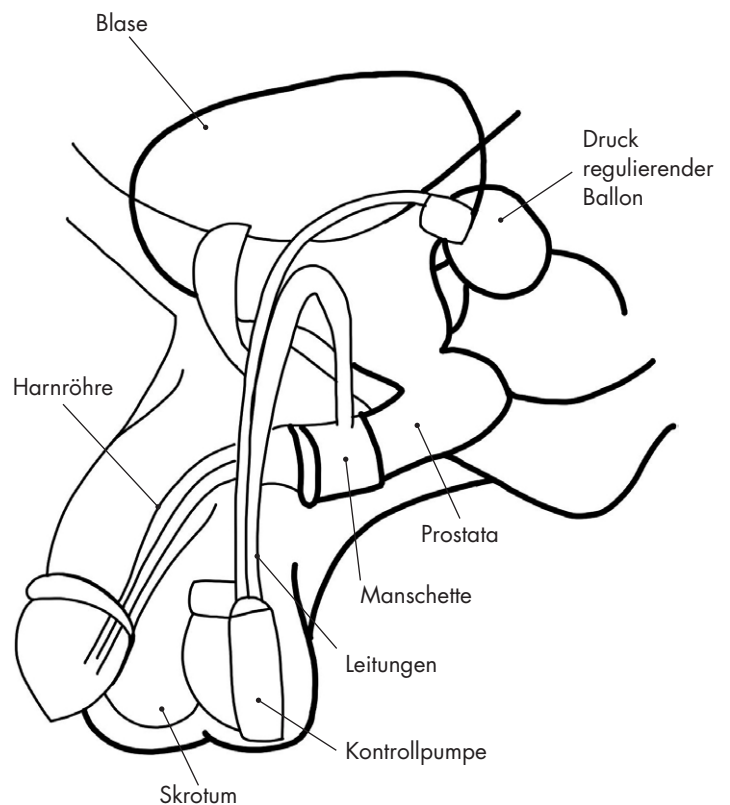


Abbildung 5: Sphinkterprothese beim Mann

Kosten ab Vorliegen einer mittleren Inkontinenz, was einem Harnverlust von 100–200 ml in 4 Stunden entspricht (im Vergleich spricht man bei 50–100 ml Harnverlust in 4 Stunden von leichter, bei 200–300 ml von schwerer und ab 300 ml von schwerster Inkontinenz). Das mögliche Verordnungsvolumen beträgt 150–180 Stück pro Monat, das sind 5–6 pro Tag. Patienten, die nicht von der Zuzahlung befreit sind, zahlen 10 % (aber maximal 10 € pro Monat) Eigenanteil. Eine gute Hilfsmittelversorgung gibt Sicherheit und erhöht die Lebensqualität. Die Betroffenen machen schnell die Erfahrung, dass ein gutes Hilfsmittel zwar nicht die Häufigkeit der inkontinenten Ereignisse reduziert, aber die Auswirkungen drastisch minimiert. Wenn Außenstehende

Aufsaugende Hilfen (körpernah, körperfern)	Auffangende Hilfen	Ableitende Hilfen
Windelhosen Vorlagen Tropfenfänger Unterlagen Matratzen- und Sesselschoner	Urinflasche Steckbecken Toilettenstuhl	Urinalkondom Einmal-, Dauerkatheter - transurethral - suprapubisch

Tabelle 4: Aufsaugende, auffangende und ableitende Hilfen bei Harninkontinenz

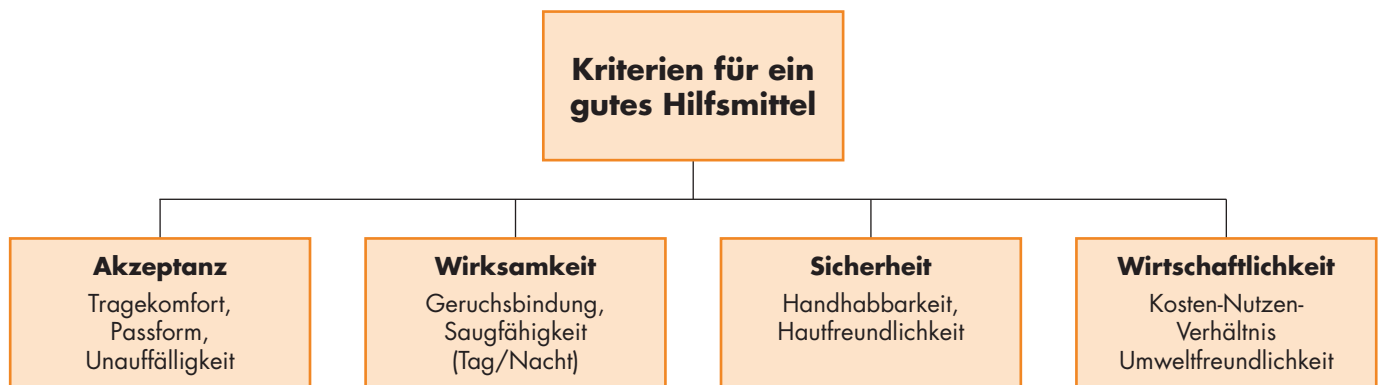


Abbildung 6: Kriterien für die Auswahl von Hilfsmitteln bei Harninkontinenz

das Problem nicht mehr sehen und riechen, hat das eine sehr große Bedeutung für alle Betroffenen.

Teil 2 der Fortbildungseinheit „Beratung bei Harninkontinenz“ befasst sich am Fallbeispiel von Frau Münster mit wichtigen pflegerischen Aspekten in der Unterstützung von Menschen, die an Harninkontinenz leiden.

Literatur

- 1 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*. 1. Aktualisierung 2014. Osnabrück; 2014 (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- 2 Hayder-Beichel, D.: *Privat. Intim. Peinlich?* Heilberufe 2016; 68(4):14–16.
- 3 Hayder-Beichel, D.: *Harninkontinenz: Keine falsche Scham*. Pflege Z 2021; 74(10):26–28.
- 4 Wirtz, MA.: *Dorsch – Lexikon der Psychologie*; 2021. (online unter: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/scham>)
- 5 Schubert, B.: *Inkontinenz. Tabu brechen: Patientenedukation bei Inkontinenz*. Heilberufe 2019; 71(10):30–2.

- 6 Hautmann, R., Gschwend JE.: *Urologie*. 5. Aufl. Heidelberg: Springer; 2014.
- 7 International Continence Society (ICS). (online unter: <https://www.ics.org/>)
- 8 Perabo, F. (Hrsg): *Inkontinenz: Fragen und Antworten*; mit 27 Tabellen. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2009.
- 9 Tanzberger, R., Kuhn, A., et al.: *Der Beckenboden: Funktion, Anpassung und Therapie; das Tanzberger-Konzept*. 3., aktualisierte und erw. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2013.
- 10 Tunn, R., Hanzal, E., et al.: *Urogynäkologie in Praxis und Klinik*. 2. Auflage. Berlin: de Gruyter; 2010.
- 11 Hayder, D., Kuno, E., et al.: *Kontinenz – Inkontinenz – Kontinenzförderung: Praxishandbuch für Pflegenden*. 2., korrigierte Auflage. Bern: Huber; 2012.
- 12 Hornung, S., Schilcher, B.: *Hilfsmittelleinsatz bei Harn- und Stuhlinkontinenz*. Heilberufe 2020; 72(5):25–28.
- 13 Reisenauer, C., Hübner, M.: *Belastungsinkontinenz*. Gynäkologie 2013; 46(7):442–7. doi: 10.1007/s00129-012-3121-7.

Bildquellen

- © Dr. Arabin GmbH & Co. KG
© bilderzweig – AdobeStock.com