

Beratung bei Harninkontinenz

Harninkontinenz ist ein Tabuthema, über das niemand gerne spricht. Ist jedoch das Eis einmal gebrochen, können Betroffene sehr von den vielseitigen Maßnahmen profitieren, aus denen Pflegefachkräfte im Rahmen der Kontinenzberatung in Absprache mit den Betroffenen individuell auswählen, um wirksame Strategien zu entwickeln. Die Betroffenen haben einen hohen Informationsbedarf, der verschiedene Bausteine umfasst. In der Fortbildungseinheit durchläuft Pflegefachkraft Ingrid am Fallbeispiel von Frau Münster den Beratungs- und Anleitungsprozess. Den Gesprächseinstieg gestaltet sie mit dem nötigen Fingerspitzengefühl in einem Vier-Augen-Gespräch. Nach der ausführlichen Anamnese fragt sie nach den Erwartungen von Frau Münster und bittet sie darum, ein Miktionsprotokoll zu führen, das das Toiletten- und Trinkverhalten von Frau Münster, die Häufigkeit des Harndrangs sowie die Anzahl der inkontinenten Ereignisse erfasst. Weil der Harndrang eine wesentliche Rolle spielt, besprechen beide gemeinsam verschiedene Aufschubstrategien, die Frau Münster im Rahmen eines Blasentrainings anschließend selbstständig durchführt. Wie sich nach 3 Monaten herausstellt mit großem Erfolg. Denn nicht nur die Miktionsfrequenz Frau Münsters normalisierte sich weitgehend, sondern auch ihre Lebensqualität.

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 Aspekte, zu denen Betroffene Informationen benötigen
- nutzen Sie im Alltag eine Checkliste mit wichtigen Anamnesefragen
- wenden Sie die Kontinenzprofile im beruflichen Alltag an
- arbeiten Sie mit Miktionsprotokollen und lesen diese aufmerksam
- können Sie, Informationen, Empfehlungen und Anleitungen bezüglich konkreter Maßnahmen an Betroffene weitergeben
- vermitteln Sie Menschen, die an Dranginkontinenz leiden, im Rahmen des Blasentrainings Aufschubstrategien

STICHWÖRTER

Harninkontinenz, Tabu, Kontinenzprofile, Anamnese, Miktionsprotokoll, Blasentraining

Aufschubstrategien, Hilfsmittel

Harninkontinenz ist ein Tabuthema. Es belastet die Betroffenen psychisch, führt häufig zur sozialen Isolation und zu erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität. Wenn sich die Betroffenen einer Pflegefachperson anvertrauen und ihr Problem schildern, ist der erste Schritt getan. (1) Für betroffene Frauen ist das Gespräch mit einer gleichgeschlechtlichen Beratungsperson sehr wichtig, während es für Männer eine geringere Bedeutung zu haben scheint. Allen Betroffenen ist jedoch gemeinsam, dass sie sich eine einfühlsame und empathische Beratungsperson wünschen, die sich an ihrer individuellen Lebenssituation orientiert und darüber hinaus kompetent ist. (2) Deshalb ist es wichtig, einen guten Gesprächseinstieg zu finden und sehr früh im Beratungsprozess einzuschätzen, wie die Betroffenen ihre Situation erleben. Die darauf abgestimmte Kontinenzberatung enthält neben der Vermittlung von Basiswissen vor allem die Empfehlung und Anleitung bezüglich konkreter Maßnahmen.

Fallbeispiel

Frau Münster ist 79 Jahre alt, seit 10 Jahren verwitwet und lebt im Erdgeschoss eines Zweifamilienhauses. Im



Abbildung 1: Menschen, die an Inkontinenz leiden, haben einen umfassenden Informations- und Anleitungsbedarf. Eigene Darstellung in Anlehnung an (6)

Obergeschoss wohnt die Familie ihres Sohnes. Bis vor Kurzem war sie recht rüstig, aber jetzt lässt ihre Kraft zunehmend nach. Sie war immer selbstbestimmt und möchte, dass das auch so bleibt. Obwohl sie einen Rollator benutzt, fällt ihr das Gehen immer schwerer. Sie kommt nur langsam vorwärts, ihre Körperhaltung ist gebückt. Hinzu kommt ein starkes Übergewicht, das sie immer schon hatte. Weil ihr aufgrund der Mobilitätseinschränkungen die Körperpflege immer schwerer fiel, willigte sie schließlich ein, dass morgens ein Pflegedienst zu ihr kommt und sie bei der Körperpflege unterstützt. Insgesamt ist ihr Gesundheitszustand für ihr Alter gut, aber ihre Blase macht ihr sehr zu schaffen. Schon nach den 4 Geburten ihrer Kinder passierte es ihr immer mal wieder, dass sie ungewollt Urin verlor. Vor allem, wenn sie sich anstrengte oder husten musste. Sie besorgte sich Vorlagen und kam damit immer gut zurecht. Deshalb beachtete sie es nicht weiter. Aber nun verliert sie immer häufiger auch größere Mengen Urin. Und wenn sich Harndrang ankündigt, schafft sie aufgrund ihrer Mobilitätseinschränkungen häufig nicht mehr rechtzeitig den Weg zur Toilette. Um Hilfe bitten möchte sie in dieser peinlichen Angelegenheit jedoch nicht, obwohl ihre Schwiegertochter es ihr immer wieder anbietet. Sie mag es nicht, wenn ihr „jemand auf der Toilette zuschaut“.

Dass ihre Schwiegertochter und auch die Pflegefachkraft ihr Blasenproblem in letzter Zeit mitbekommen haben, stört sie sehr. Pflegefachkraft Ingrid beobachtet das schon länger und heute will sie Frau Münster darauf ansprechen.

Informationen sammeln und weitergeben

Nach einer deutschen Studie zur Ermittlung des Informationsbedarfes älterer Menschen mit Harninkontinenz berichtet Braumann (3) von einem hohen Informationsbedarf auch bei „erfahrenen“ Betroffenen. In der Rangordnung stehen Übungen zur Verbesserung der Blasenkontrolle an oberster Stelle, gefolgt von Informationen über Ursachen von Inkontinenz, Wirksamkeit von Therapien und dem Wunsch nach (kontinuierlichen) Ansprechpartnern. Schließlich möchten die Betroffenen Uringeruch vermeiden und über Inkontinenzhilfsmittel informiert werden. Internationale Studien bestätigen dies und berichten davon, dass vor allem ältere Betroffene alltagstaugliche Strategien zur Bewältigung benötigen. Dazu gehören Informationen über öffentliche Toilettenanlagen und Möglichkeiten der persönlichen Hygiene ebenso wie Tipps zur Ernährung und Flüssigkeitszufuhr. (4)

SELBSTREFLEXION

Ausscheidung ist ein intimes und sensibles Thema. Wenn Pflegekräfte sich aus Sicht der Betroffenen unangemessen verhalten, kann dies als verletzend erlebt werden und negative Auswirkungen auf zukünftige Begegnungen haben. Selbstreflexion kann helfen, dies zu vermeiden. Dabei können folgende Fragen überdacht werden:

- Wie aktuell und vollständig ist mein Fachwissen zur Inkontinenz?
- Wie gehe ich im Alltag mit Inkontinenz um?
- Wo stoße ich auf Probleme? Habe ich Lösungen oder Lösungsansätze?
- Wie erfolgreich bin ich bei der Information, Beratung und Anleitung Betroffener?
- Was würde ich mir wünschen, wenn ich betroffen wäre?

Pflegekräfte können die Betroffenen in vielen der genannten Bereiche informieren, beraten und anleiten. Dabei verfolgen sie das Ziel, die Betroffenen zu Experten in eigener Sache zu machen und darüber deren Lebensqualität zu verbessern. (5)

Der erste, vielleicht wichtigste Schritt ist, überhaupt ein Gespräch zu beginnen. Selbst wenn der Betroffene nicht über sein Problem spricht: Wie schon das Fallbeispiel zeigt, wird es für die Pflegefachkraft häufig trotzdem sichtbar. Dann sollte sie aktiv werden und mit dem nötigen Fingerspitzengefühl das Vier-Augen-Gespräch in einer ungestörten Atmosphäre suchen. Der Einstieg kann beispielsweise mit der Frage: „Sagen Sie mir bitte, bis wann die Welt für Sie in Ordnung war“ erfolgen. Daran kann sich die Frage nach einem möglichen Auslöser anschließen.

Dann folgt die ausführliche Anamnese, mit der wichtige Daten strukturiert erhoben werden. Dabei kann eine Checkliste helfen, die die folgenden Aspekte beinhaltet:

- Seit wann besteht der Urinverlust?
- In welchem Zusammenhang ist das Problem erstmals aufgetreten? (z. B. Geburt, Operation, neurologische Erkrankung)
- Wurde das Problem im Laufe der Zeit stärker? Woran könnte das liegen? (z. B. zunehmende Mobilitätseinschränkung)
- Wie oft und wann kommt es zu einem unwillkürlichen Urinverlust? (z. B. bestimmte situative Umstände)
- Wie stark ist der Harndrang? Wie lange kann der Toilettengang bei bestehendem Harndrang hinausgezögert werden?

- Wie sind die individuellen Toilettengewohnheiten?
 - Miktionshäufigkeit (am Tag und in der Nacht)
 - Strahlqualität
 - Probleme beim Stuhlgang (Obstipation ist ein Risikofaktor für Harninkontinenz, der behoben werden kann)
 - Miktionshaltung (empfohlen ist eine aufrechte, lordosierte Haltung mit festem Fußkontakt zum Boden)
- Bestehen Beschwerden bei der Harnausscheidung? (z. B. Schmerzen, Brennen, Krämpfe)
- Werden Hilfsmittel benutzt und falls ja, welche?
- Werden die Hilfsmittel ärztlich verordnet oder selbst beschafft?
- Wie sind die Trinkgewohnheiten?
- Wie groß ist der Leidensdruck?
 - Was belastet den Betroffenen am meisten?
 - Welche Auswirkung hat die Inkontinenz auf die Lebensführung, den Alltag?
 - Wie stark ist die subjektive Lebensqualität beeinträchtigt?

Hilfreich ist es, am Ende des Anamnesegesprächs die Erwartungen zu erfragen, die der Betroffene an die pflegerische Unterstützung richtet. So können die Möglichkeiten und Grenzen besprochen, gemeinsame Ziele entwickelt und Enttäuschungen vermieden werden. Einige der aufgeführten Fragen beantwortet auch ein Miktionsprotokoll. Wenn dieses vorliegt, müssen peinliche Fragen nicht noch einmal gestellt werden und die Beratung und Anleitung kann zügiger beginnen.

Fallbeispiel (Fortsetzung)

Ingrid ist pünktlich um 8 Uhr morgens bei Frau Münster. Gemeinsam gehen sie zur Morgenpflege ins Bad. Nach dem Duschen hilft Ingrid Frau Münster beim Ankleiden. Nachdem Frau Münster wieder angezogen ist und möglichst unbemerkt eine Vorlage in ihren Slip legt, nutzt Ingrid die Gelegenheit und beginnt das Gespräch. Sie erfährt, wie unangenehm Frau Münster diese „Sache“ ist und dass sie sehr unglücklich darüber ist. Früher war der Urinverlust eher die Ausnahme, mittlerweile passiert es ihr sehr häufig und überall. Sogar als ihr Sohn sie letztes ins Restaurant eingeladen hatte, konnte sie es nicht verhindern. Am liebsten wäre sie im Erdboden versunken. Sie hat keine Lust mehr, aus dem Haus zu gehen. Zu Hause fühlt sie sich einfach sicherer und ist schneller auf der Toilette.

Ingrid lässt Frau Münster erzählen und hört ihr aufmerksam zu. Zwischendurch nickt sie immer wieder und bestätigt durch Lautierungen wie „Aha“ oder „Mhm“ ihr Interesse. Am Ende stellt sie einige zusätzliche Fragen und macht sich Notizen. Frau Münster klagt über häufige inkontinente Ereignisse, kann die Anzahl jedoch nicht

beziffern. Deshalb schlägt Ingrid vor, dass sie ein Miktionsprotokoll ausfüllt, auf dessen Grundlage sie gemeinsam eine Lösung erarbeiten können. Frau Münster hat nicht erwartet, dass sich an dem Problem noch etwas ändern lässt. Sie ist positiv überrascht und nimmt den Vorschlag gerne an. Ingrid überreicht Frau Münster das Miktionsprotokoll und gibt ihr noch einige Hinweise dazu. Frau Münster fragt nach, wie sie die ausgeschiedene Urinmenge bestimmen soll. Ingrid empfiehlt ihr, für den Zeitraum in einen ausgedienten Messbecher zu urinieren. So lässt sich die Menge sehr leicht bestimmen. Und wenn sie jede Ausscheidungsmenge gleich einträgt, muss sie den Urin nicht über den ganzen Tag sammeln. Außerdem empfiehlt Ingrid ihr, bei sehr starkem Harndrang oder übermäßig nasser Vorlage nicht ein, sondern 2 Kreuze zu machen. 2 Tage später überreicht Frau Münster Ingrid das Protokoll. Ingrid entnimmt ihm sehr schnell folgende wichtige Informationen:

- Die Trinkmenge an dem Tag betrug 1.050 ml, die Ausscheidungsmenge 1.300 ml.
- Ingrid erfährt auf Nachfrage, dass Frau Münster einige Getränke und auch die Milchsuppe, die sie abends isst, vergessen hat zu dokumentieren.
- Frau Münster suchte insgesamt 14-mal die Toilette auf. 11-mal im Zusammenhang mit Harndrang, wobei es in 7 Fällen zu inkontinenten Ereignissen (nasse Vorlage) führte und sie 4-mal die Toilette rechtzeitig erreichte.

Ingrid erkennt, dass auch eine Drangsymptomatik vorliegt, von der Frau Münster bisher nichts erwähnt hat. In der Tatsache, dass es nicht immer zu einem inkontinenten Ereignis kommt, sieht Ingrid eine Ressource, die sie für die Motivation von Frau Münster nutzen möchte.

Frau Münster hat 3-mal die Toilette aufgesucht, ohne Harndrang zu verspüren.

Ingrid ordnet diese Toilettengänge als „vorsorglich durchgeführte Toilettengänge“ ein, von denen sie ihr abrät. Ingrid vergibt Frau Münster das Kontinenzprofil „unabhängig kompensierte Inkontinenz“. Die 6 Kontinenzprofile stammen aus dem Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“. Sie ermöglichen Pflegekräften eine schnelle Einschätzung des Grades der Abhängigkeit der Betroffenen von personeller und materieller Unterstützung hinsichtlich kontinenzfördernder oder kompensierender Maßnahmen. (4) Sie dienen der Planung und Evaluation pflegerischer Interventionen. Ingrid kann sich vorstellen, dass Frau Münster mittelfristig das Profil „unabhängig erreichte Kontinenz“ erreichen kann, aber zunächst will sie mit kleinen Schritten beginnen.

Dann bespricht Ingrid das Protokoll mit Frau Münster. Sie hebt besonders hervor, dass sie einige Male die Toilette trotz Harndrang rechtzeitig erreicht hat, und legt großen Wert darauf, dass Frau Münster dies auch registriert. Es soll sie ermutigen, dies als Ziel häufiger anzustreben.

Miktionsprotokoll

Name: Elisabeth Münster

Datum: 16.10.22

Bitte zutreffendes ankreuzen.

Uhrzeit	Getränke		Harndrang	Toilettengang	nasse Vorlage	Urinmenge (ml)	Ungewollter Urinverlust aus welchen Gründen?
	Art	Menge (ml)					
7 ¹⁵			X	X	X	150	
8 ⁰⁰	Kaffee	250					
8 ³⁰			X	X	X	150	
9 ¹⁵				X		86	
10 ⁰⁰	Wasser	100					
10 ³⁰			X	X	X	150	
11 ⁰⁰	Wasser	150					
11 ¹⁵			X	X	X	75	
12 ¹⁵			X	X		100	
12 ³⁰	Suppe	200					
13 ⁰⁰	Tea	100					
13 ¹⁵			X	X	X	50	
14 ⁰⁰			X	X		100	
15 ⁰⁰	Wasser	50					
16 ⁰⁰				X		50	
17 ⁰⁰			X		X		Spaziergang
18 ⁰⁰	Wasser	100		X		50	
19 ⁰⁰	Wasser	50					
20 ¹⁵			X	X		100	
22 ⁰⁰				X		50	
3 ⁰⁰	Wasser	50	X	X	X	100	
4 ¹⁵			X	X		100	

Abbildung 2: Miktionsprotokoll für die Selbstauskunft. In Anlehnung an den Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“. Hinweis: Die Kopiervorlage steht online zum Download bereit.

MIKTIONSprotokoll ODER MIKTIONstage- BUCH

Ein Miktionsprotokoll ist ein Instrument zur Beurteilung der Miktionsverhältnisse im Alltag. Zu Beratungsbeginn und als Verlaufs- und Ergebniskontrolle im Rahmen der Evaluation dokumentieren die Betroffenen die Parameter Trinkmenge, Harndrang, Toilettengänge, Harnmenge, inkontinente Ereignisse und Vorlagenverbrauch. Die Werte werden mit den physiologischen Werten abgeglichen und geeignete Maßnahmen abgeleitet. (6)

Es gibt Miktionsprotokolle zur Selbst- und Fremdeinschätzung sowie für verschiedene Zielgruppen. Wegen ihrer therapeutischen Wirkung wird deren Einsatz vom Expertenstandard empfohlen. (4)

Profil	Merkmal personelle Hilfe, Hilfsmittel	Beispiele
Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust, keine Hilfe nötig	
Unabhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust, keine personelle Hilfe nötig, selbstständige Durchführung der Maßnahmen	Selbstständige Benutzung von Hilfsmitteln oder Einnahme von Medikamenten
Abhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung nötig	Begleitete Toilettengänge, Fremd-Katheteris- mus
Unabhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust, keine personelle Unterstützung nötig	Selbstständiger Umgang mit Hilfsmitteln, trotzdem Harnverlust
Abhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung nötig	Übernahme der kompensierenden Maßnah- men (Vorlagewechsel durch Pflegekraft)
Nicht kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung und Maßnahmen werden nicht in Anspruch genommen	Nichtinanspruchnahme von Hilfen wegen Scham Kognitiver Einschränkungen

Tabelle 1: Kontinenzprofile aus dem Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“ (2)

Dann klärt sie Frau Münster über die Wichtigkeit einer ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme auf. Das ist gerade für Menschen, die an Inkontinenz leiden, wichtig, da das Trinken Harnwegsinfekten vorbeugt. Frau Münster findet das komisch, sieht es aber ein. Außerdem erfährt sie, dass koffein-, alkohol-, kohlen säure- und stark zuckerhaltige Getränke ebenso wie viele Teesorten eine harntreibende Wirkung haben. Aber auch bestimmte Lebensmittel wie Tomaten, Spargel, Zwiebeln, Wassermelone, Orange, Reis sowie verschiedene Gewürze und Kräuter, z. B. Pfeffer und Petersilie, wirken entwässernd. Frau Münster hat schon jetzt das Gefühl, von diesem Gespräch zu profitieren. Das Übergewicht spricht Ingrid sehr vorsichtig an. Sie weiß, dass Frau Münster empfindlich darauf reagiert. Dann macht sie Frau Münster den Vorschlag, von einem Gynäkologen abklären zu lassen, ob es organische Ursachen für die Harninkontinenz gibt.

Im nächsten Schritt geht es um die geringen Ausscheidungsmengen pro Miktion und die „prophylaktischen Toilettengänge“. Beides war Frau Münster gar nicht bewusst. Sie erfährt, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, die Blase zu trainieren. Darüber möchte Frau Münster unbedingt mehr erfahren.

Blasentraining

Als Blasentraining oder auch „bladder drill“ bezeichnet man Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, die Intervalle zwischen 2 Toilettengängen zu verlängern. Dies wird möglich durch eine Erhöhung der Blasenkapazität und eine Verbesserung der Blasenkontrolle. Voraussetzung ist die Fähigkeit zur kognitiven Erfassung und Umsetzung der Maßnahmen. Bei Frauen mit Drang-, Belastungs- und

Mischinkontinenz ist die Wirkung belegt, über die Effektivität bei Männern lassen sich derzeit noch keine sicheren Aussagen machen.

Es handelt sich um ein „Verhaltenstraining“, das für einige Wochen bis Monate durchgeführt werden muss. Im ersten Schritt werden auf Grundlage eines Miktionsprotokolls die angestrebten Ausscheidungsintervalle festgelegt. Sie werden nach Möglichkeit jede Woche um 15–30 Minuten verlängert, im Idealfall bis zum Erreichen einer physiologischen Ausscheidungsfrequenz von 6–8-mal täglich bzw. alle 3–4 Stunden. Um aufkommendem Harndrang entgegenzuwirken, kommen verschiedene Aufschubstrategien zum Einsatz.

Fallbeispiel (Fortsetzung)

Schließlich fragt Ingrid Frau Münster, ob sie erfahren darf, welche Vorlagen sie benutzt. Dabei wird klar, dass Frau Münster die Kosten für ihre Vorlagen bisher selbst getragen hat. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt erhält sie eine Verordnung und die Bemusterung übernimmt ein Sanitätshaus. Frau Münster entscheidet sich schließlich für 2 Produkte, die sie je nach Situation verwendet. Sie sind bequem und hautfreundlich und haben eine deutlich bessere Saugleistung als der Artikel aus dem Drogeriemarkt. Seit dem ersten Gespräch sind 3 Monate vergangen. Die gynäkologische Untersuchung hat ergeben, dass Frau Münster an einer Senkung von Gebärmutter und Blase leidet. Zuerst wollte sie kein Pessar tragen. Sie hat in ihrem ganzen Leben niemals einen Tampon benutzt und sich dagegen gesträubt. Schließlich hat sie sich überzeugen lassen und für ein Modell entschlossen, das vom Arzt eingeführt und alle 8 Wochen gewechselt wird. Schnell hatte

sie sich daran gewöhnt und der Druck am Beckenboden, den sie ständig gespürt hat, ist gänzlich verschwunden. Frau Münster hat vieles von Ingrid gelernt und geeignete Aufschubstrategien gefunden, die sie regelmäßig im Alltag anwendet. Ein erneut ausgefülltes Miktionsprotokoll zeigt, dass sich ihre Miktionsfrequenz fast normalisiert hat. Im Gespräch berichtet sie, dass sie sich wieder aus dem Haus traut, obwohl ihr das Gehen weiterhin sehr schwerfällt. Sie hat sich fest vorgenommen, dass sie das als Nächstes in Angriff nimmt. Im Moment fühlt sie sich richtig frei und ist Ingrid im Nachhinein sehr dankbar dafür, dass sie das Thema angesprochen und ihr so viele hilfreiche Tipps gegeben hat.

Literatur

- 1 Hornung, S., Schilcher, B.: *Hilfsmiteinsatz bei Harn- und Stuhlinkontinenz*. Heilberufe 2020; 72(5):25–28.
- 2 Hayder-Beichel, D.: *Interdisziplinäre Kontinenzberatung: Patientorientierte Pflege, Medizin und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer; 2013 (Pflegepraxis).
- 3 Braumann, A.: *Information und ihre Bedeutung bei Harninkontinenz: Die besondere Situation der Frauen und Männer ab dem 60. Lebensjahr*. 1. Aufl. Bern: Huber; 2010 (Multimorbidität im Alter).
- 4 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).
- 5 Schubert, B.: *Doppeltes Tabu brechen: Patientenedukation bei Inkontinenz*. Heilberufe 2019; 71(10):10–2.
- 6 Ghazal, A., Albers, P., et al.: *Spezielle Urologie*. 4. Aufl. Stuttgart, New, York: Georg Thieme Verlag; 2020 (Band 2).
- 7 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.

AUFSCHUBSTRATEGIEN BEI HARNDRANG

- Mit dem Kopf bei sich bleiben, nicht schon auf der Toilette.
- Schließmuskeln und Beckenbodenmuskulatur anspannen, die Knie gegeneinanderdrücken.
- Ein mentales Gespräch mit der Blase führen: „Du bist ein Speicher. Ich gehe erst in 5 Minuten zur Toilette.“
- Ruhig weiteratmen, nicht die Luft anhalten. Die Ausatmung betonen.
- Ausatmung auf Hemmlaute. Beim Ausatmen „sch“, „ch“ oder „fffff“ sprechen. Die stenosierende Ausatmung unterstützt die Haltearbeit der Beckenbodenmuskulatur.
- Ruhe bewahren. Nicht rennen, sondern stehen oder sitzen bleiben.
- Möglichst hinsetzen und mit der Sitzfläche einen Gegendruck aufbauen. Alternativ kann ein Gegendruck auch mit der Hand ausgeübt werden.
- Virtuelles Bonbonlutschen: Mit der Zunge an den Schneidezähnen entlang von unten nach oben in Richtung Gaumendach fahren zur Stimulation oraler Reflexzonen.
- Im Stand rasch auf den Fußballen tippeln. Dabei kräftig vom Boden abdrücken. Das führt zu einer Sympathikuserregung (Kontinenznerv). (7)