

Inkontinenz



Ein Partner der *die* **vital***en* -Gruppe

Inkontinenz

In der Bundesrepublik Deutschland leiden zirka vier Millionen Menschen an Stuhl- oder Harninkontinenz, wobei die Harninkontinenz bei weitem überwiegt. Die Dunkelziffer ist jedoch sehr hoch, da Blasenschwäche ein Tabuthema ist und deshalb oft verschwiegen wird.

Die ICS („International Continence Society“), eine internationale Expertengruppe, definiert das Problem wie folgt:

„Inkontinenz ist der teilweise oder völlige Verlust der erworbenen Fähigkeit, Zeitpunkt und Ort der Blasen-/ Darmentleerung willkürlich zu bestimmen, so dass dies zu einem sozialen und hygienischen Problem wird, das objektiv feststellbar ist.“

■ Welche medizinischen Ursachen hat die Blasenschwäche?

Ein Tumor im Unterbauch oder im Gehirn, ein Unfall mit einer Querschnittslähmung, sonstige Verletzungen des Rückenmarks, ein Schlaganfall und viele andere Erkrankungen können die erworbene Fähigkeit zur willkürlichen Blasen- und Darmentleerung zerstören. Weitere Gründe können eine vererbte Schwäche der Blasenmuskulatur, plötzliche Gewichtszunahme und eine Schwangerschaft sein. Inkontinenz wird somit nicht als eine eigenständige Erkrankung, sondern als Folge einer Erkrankung oder besser als Komplikation verstanden.

Inkontinenz wirkungsvoll begegnen.

Inkontinenz kann jeden treffen. Und jeder Betroffene hat ein Recht auf moderne Hilfsmittel: Erst dann ist die unbekümmerte Teilnahme am öffentlichen Leben wieder möglich.



Sicherheit

Inkontinenz

■ Miktionsablauf (Harnblasenentleerung)

Die Urinproduktion erfolgt in den Nieren. Bei gesunden Nieren rechnet man mit einer Urin-Stundenproduktion von 1 bis 2 ml/kg Körpergewicht. Somit wird die Harnblase bei einem Erwachsenen mit 70 kg Körpergewicht durchschnittlich (abhängig u.a. von der Flüssigkeitsaufnahme) je Stunde mit 100 ml Urin gefüllt.

Harnblase

Die Harnblase, ein muskulöses Hohlorgan, liegt im kleinen Becken hinter dem Schambein. Der Muskel zieht sich bei der Miktion nicht willentlich steuerbar zusammen (Kontraktion der Harnblase). Der äußere Schließmuskel befindet sich im Abschluss des Beckens, in der so genannten Beckenbodenmuskulatur, und umschließt die Harnröhre. Der Beckenboden besteht aus quer gestreifter Muskulatur und wird somit durch das Gehirn aktiv gesteuert.

Dehnungsrezeptoren

Auf der Innenwand der Harnblase befinden sich feine Sensoren (so genannte Dehnungsrezeptoren), die auf Druck reagieren. Abhängig von der Blasenkapazität (bis zu 1 l Füllvolumen) werden die Dehnungsrezeptoren nach 2 bis 5 Stunden (im Normalfall) aktiviert.

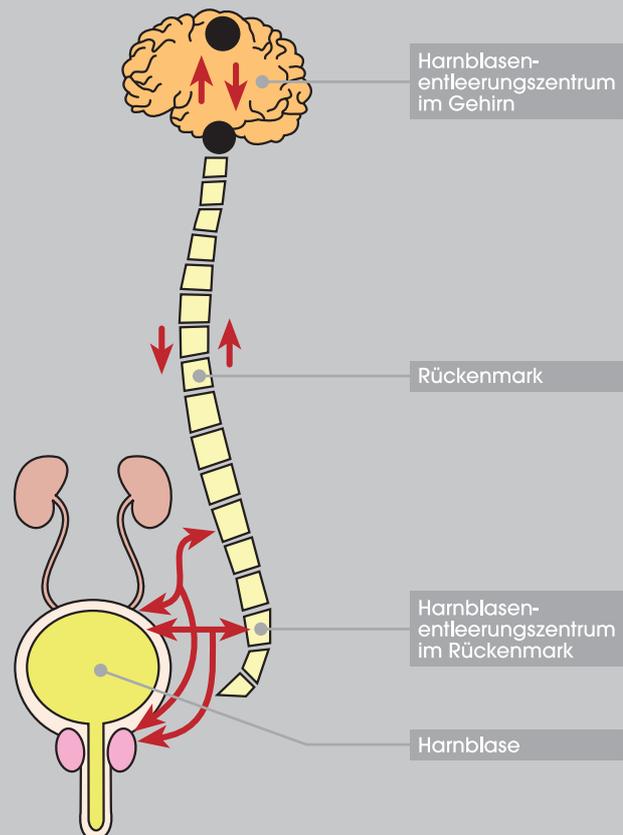
Sakrales Miktionszentrum

Über Nervenimpulse wird die Information über den Füllzustand der Harnblase an das Miktionszentrum im Rückenmark weitergeleitet, und von hier geht die Information über Nervenbahnen durchs Rückenmark an den Hirnstamm und zu höheren Hirnzentren weiter.

Zentrales Miktionszentrum

Sobald die Information dem Gehirn gemeldet worden ist, wird der Harndrang bewusst. Das Entleeren der Harnblase wird jedoch zunächst durch hemmende Impulse auf den äußeren Schließmuskel verhindert. Erst die bewusste Entscheidung, die Blase zu entleeren, hebt die hemmenden Impulse auf und öffnet den Schließmuskel. Die Harnblase zieht sich zusammen und die Beckenbodenmuskulatur senkt sich. Die Blasenentleerung wird aktiv durch die Bauchpresse unterstützt. Nach Beendigung der Miktion kontrahiert der Schließmuskel, die Blase füllt sich wieder und der dargestellte Ablauf beginnt erneut.

Das komplizierte Zusammenspiel zwischen Harnblase, Rückenmarksregion und Gehirn steuert den reibungslosen Ablauf der willkürlichen Miktion. Wird der Informationsablauf der beteiligten Regionen gestört, kann eine Harninkontinenz (Unfähigkeit zur willkürlichen Blasenentleerung) entstehen.

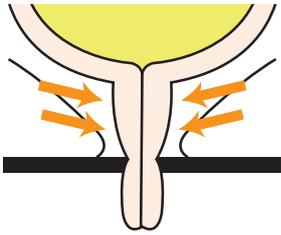


Inkontinenz

■ Störungen des Miktionsablaufes

Die Blasenentleerung kann durch folgende Ursachen gestört sein:

- Der Informationsablauf wird durch defekte Überleitungen behindert. Dies kann auf durchtrennten spinalen Bahnen z. B. bei einer Querschnittslähmung beruhen oder an Durchblutungs-/Stoffwechselstörungen der Nervenbahnen z. B. bei multipler Sklerose oder Diabetes liegen.



Schematische Darstellung des intakten weiblichen Verschlussapparates



Insuffizienter, nachgiebiger Beckenboden bei Stressinkontinenz

- Durch Schädigungen oder Störungen des Gehirns werden die vorliegenden Informationen falsch umgesetzt. Die beschriebenen Hemmpulse werden dann nur schwach oder gar nicht wahrgenommen. Diese Störung kann bei Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson, Demenz oder als Nebenwirkung von Medikamenten (Psychopharmaka, Schlafmitteln) auftreten.
- Bei Stoffwechselstörungen können die Dehnungsrezeptoren der Blasenmuskulatur ungenügend arbeiten. Dies kann bei beschädigten Nerven (Polyneuropathien z. B. bei Diabetes, Alkoholabusus) auftreten. Blasenentzündungen, Schwangerschaft oder plötzliche Gewichtszunahme schädigt ebenfalls die Blasenmuskulatur.
- Sonstige Störungen sind vor allem Stenosen der Harnröhre (Prostatahypertrophie), Tumoren der Blase, hormonelle Veränderungen, psychische Probleme und Schmerzen bei der Blasenentleerung.

Auf der Grundlage dieser Ursachen werden die Inkontinenzformen nach ihrer Herkunft und ihrem Schweregrad eingeteilt.

■ Harninkontinenzformen und Schweregrade

Die, nach der gängigen Einteilung der ICS (International Continence Society), sechs Inkontinenzformen treffen wir zum Teil in Mischformen an. Insbesondere bei älteren Menschen kann das Zusammentreffen verschiedener Ursachen eine Inkontinenzmischform zur Folge haben. Häufig wird eine kombinierte Stress- und Dranginkontinenz beobachtet. Diese Mischformen erschweren oft die Diagnostik, mindern aber auch die Erfolgsaussichten einer Therapie.

Stressinkontinenz

Zu Beginn der Stressinkontinenz gehen nur kleine Mengen tröpfchenweise ab. Typischerweise zeigt sich diese Inkontinenzform bei Belastung des Beckenbodens – so z. B. beim Niesen, Husten, Lachen oder bei körperlicher Anstrengung (Lasten heben usw.).

Die Stressinkontinenz ist somit auf eine Beckenbodenschwäche, speziell auf eine mangelnde Funktion des äußeren Schließmuskels, zurückzuführen, z. B. nach und in der Endphase von Schwangerschaften, bei Muskelkrankungen und lang andauernden körperlichen Gebrechen. Im Verlauf kommt es bei akutem Druckanstieg im Bauchinnenraum (z. B. beim Wechsel aus der waagerechten in die senkrechte Position nach der Nachtruhe) zu starkem Urinfluss. Von der Stressinkontinenz sind fast ausschließlich Frauen betroffen.

Drei Körperöffnungen (Harnröhre/Scheide/After) machen den weiblichen Beckenboden für Druckbelastungen anfälliger.

So gelten insbesondere die Schwangerschaft und der Geburtsvorgang als wichtigste Risikofaktoren: Bei etwa 20% aller Frauen tritt bereits nach der ersten Schwangerschaft eine leichte Stressinkontinenz auf. Stressinkontinenz bei Männern ist vor allem bei Schließmuskelverletzungen, z. B. durch eine Prostata-Operation, zu beobachten.

Dranginkontinenz

Patienten mit motorischer oder sensorischer Dranginkontinenz leiden unter sehr starkem Harndrang. Gleichzeitig können sie die Entleerung ihrer Blase nicht hemmen bzw. verzögern.

Die motorische Dranginkontinenz (auch als Urge-Inkontinenz bezeichnet) ist die typische Form der „Altersinkontinenz“. Sie entsteht durch altersbedingte Schädigungen des Gehirns (z. B. nach Schlaganfall, bei der Alzheimer-Erkrankung und Durchblutungsstörungen des Gehirns). In der Anfangsphase hat der Betroffene einen zwingenden Harndrang. Ihm bleibt wenig Zeit, die Toilette zu erreichen. Im weiteren Verlauf wird die Hemmung des Schließmuskels erst bei stark gefüllter Blase – leider ohne Zeitverzögerung – aufgehoben. Es kommt zu „sturzbachartigen“ Blasenentleerungen. Psychische Stresssituationen (Angst u. Ä.) sind auslösende Faktoren der Kontraktion.

Inkontinenz

Die sensorische Dranginkontinenz wird ausgelöst durch Schädigungen an der Blase selbst, beispielsweise bei Entzündungen, Blasensteinen und Tumoren.

Reflexinkontinenz

Die gefüllte Blase wird reflektorisch entleert. Da der Informationsfluss zum Hirn unterbrochen ist, kann die Blasenentleerung nicht vom Gehirn aus gesteuert werden. Reflexinkontinenz tritt insbesondere bei Querschnittslähmung auf.

Überlaufinkontinenz

Nach Operationen, fehlender Blasenmotorik oder bei verengter Harnröhre (Prostatavergrößerung) befindet sich in der Blase eine große Restharmenge. Die Restharmenge „läuft über“ und die Blase entleert sich durch allmähliches Tröpfeln.

Extraurethrale Inkontinenz

Urinabgang durch Kanäle außerhalb des natürlichen Harnableitungssystems.

Moderne Versorgungsmaterialien sind diskret und hautfreundlich.



Schweregrade der Harninkontinenz 1–4

Aufsaugende und ableitende Systeme bei Blasenschwäche müssen dem Schweregrad der Erkrankung angepasst werden. Folgt man den von der Industrie verwendeten Schweregradskalen, so lässt sich der Schweregrad bei manchen Inkontinenzformen direkt ableiten. Die Stressinkontinenz entspricht demnach immer dem Grad 1 und die Reflexinkontinenz immer dem Grad 4. Viele aufsaugende Materialien sind mit einer Farbcodierung gekennzeichnet, die einem bestimmten Schweregrad entspricht.

Die Gesellschaft für Inkontinenz (www.gih.de) ist die große Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Blasen- und/oder Stuhlentleerungsstörungen.

Einteilung der Schweregrade nach GIH:

Grad 1: sporadische Harninkontinenz (Harnverlust < 10 ml/h)

Grad 2: belastende Harninkontinenz (Harnverlust < 25 ml/h)

Grad 3: schwere Harninkontinenz (Harnverlust < 50 ml/h)

Grad 4: absolute Harninkontinenz (Harnverlust > 50 ml/h)

Auch die GIH betont, dass für die Beurteilung des Schweregrades der Inkontinenz von entscheidender Bedeutung ist, ob eine zusätzliche Stuhlinkontinenz festgestellt werden kann.

Schweregrade der Stuhlinkontinenz 1–3

Bei der selteneren Stuhlinkontinenz unterscheidet man nur drei Schweregrade.

Einteilung der Schweregrade:

Grad 1: leichte Form, unkontrollierter Abgang von Winden, z.T. mit leichter Verschmutzung der Wäsche

Grad 2: mittlere Form, wie Grad 1 und unkontrollierter Abgang bei Durchfall und gelegentlicher Stuhlabgang

Grad 3: schwere Form, keine Kontrolle über Abgang von Stuhl und Winden

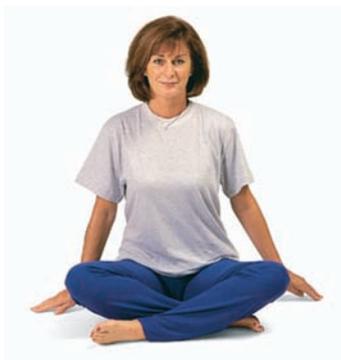
Inkontinenz

Beckenbodentraining hilft gegen Stressinkontinenz

Stressinkontinenz ist die häufigste Form der Blasenschwäche bei Frauen und Männern. Mit Hilfe des Beckenbodentrainings, einer sehr wirkungsvollen konservativen Therapie, kann das Leiden gelindert werden. Vor allem bei leichten Formen der Stressinkontinenz wird mit dem Training meist wieder Kontinenz erreicht. Bei der Altersinkontinenz dient das Beckenbodentraining der Unterstützung des Toiletentrainings.

Beckenbodentraining:

Unter fachlicher Anleitung ist die gezielte Aktivierung bestimmter Muskelgruppen, verbunden mit richtiger Atemtechnik, die Grundlage des Beckenbodentrainings.



Bei Reflexinkontinenz wird ein Katheter bedarfsweise eingelegt und nach dem Harnabgang wieder entfernt. Diese Methode nennt man intermittierenden Katheterismus. Vor allem für alte Menschen ist das regelmäßige „Toiletentraining“ sinnvoll. Dabei werden Darm und Blase immer zur gleichen Zeit entleert. Tatsächlich gewöhnen sich beide Organe an den immer gleichen Zeitplan. Unfreiwilligen Stuhl- oder Harnabgängen wird vorgebeugt.

Toiletentraining hilft bei Dranginkontinenz:

Das Toiletentraining hilft vor allem bei motorischer Dranginkontinenz, die zum Beispiel nach Schlaganfall, Parkinson und Alzheimer auftritt.

Vor dem Toiletentraining wird die Blase, so gut es geht, gefüllt. Dies ist für einige Patienten mühsam, da der Harndrang durch aktives Anspannen der Blasenmuskulatur („Verkneifen“) hinausgezögert werden muss. Das so durchgeführte Blasen-Training ist aufgrund der großen Infektionsgefahr bei liegendem Dauerkatheter umstritten und darf nur mit ärztlicher Genehmigung angewandt werden.

Bei dem Toilettengang wird für und mit dem Betroffenen ein individueller Zeitplan erstellt:

- 1 morgens vor dem Aufstehen die Urinflasche/ das Steckbecken anlegen
- 2 nach dem Frühstück (Kaffee!) zweiter Toilettengang
- 3 danach alle zwei Stunden (auch ohne Harndrang) die Toilette aufsuchen bis gegen 22 Uhr
- 4 die Zeitintervalle zwischen den Toilettengängen werden langsam auf drei Stunden verlängert
- 5 die Nachtruhe ab 22 Uhr sollte mit sicherer Versorgung garantiert werden
- 6 der Zeitplan muss immer an die individuellen Gewohnheiten (z. B. eine veränderte Flüssigkeitszufuhr) angepasst werden

Grundsätzlich bitte beachten:

- „Wasserlassen“ immer im Sitzen – liegend schafft das kaum jemand
- ein Timer erinnert durch ein Funksignal an die vereinbarten Zeiten für den Toilettengang
- der Trainingsablauf sollte dokumentiert werden

Inkontinenz



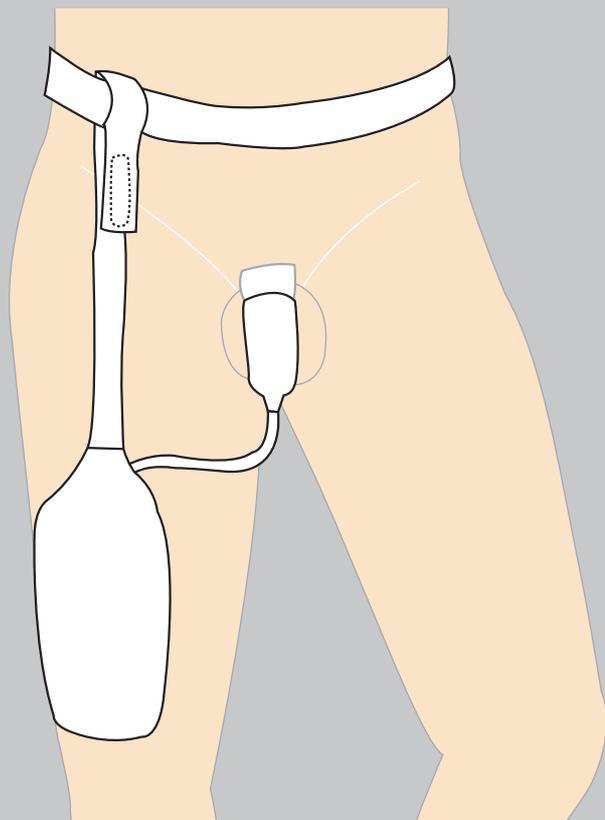
Gut erreichbare Toiletten, gepolsterte Sitzflächen auf Toilettenstühlen, Toilettenstuhlerhöhungen und Haltegriffe sind für bewegungseingeschränkte Menschen weitere wertvolle Hilfen für eine leichtere Blasen- und Darmentleerung.

■ Welche Hilfsmittel gibt es bei Inkontinenz?

Unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Betroffenen kann eine gute Inkontinenzversorgung den Betroffenen vor physischen und psychischen Schäden bewahren, die Selbstständigkeit erhalten und die gesellschaftliche Reintegration unterstützen. Die Inkontinenzversorgung mit Hilfsmitteln sollte trotzdem nicht als letzte Maßnahme angesehen werden, sondern während der Therapie, speziell beim Toilettentraining, eine begleitende Maßnahme darstellen.

Grundsätzlich werden 2 Systemarten, die aufsaugenden Materialien und die ableitenden Systeme, angeboten.

Kondomurinal mit Beinbeutel.



Inkontinenz

Aufsaugende Materialien nehmen je nach Ausführung kleinere oder größere Mengen Urin auf. Körperferne Versorgungen sind Einweg- oder Mehrwegkrankenunterlagen, die bei allen Schweregraden eingesetzt werden können. Körpernahe Versorgungen bilden Tropfenfänger für den Mann und diskrete Vorlagen für die Frau. Beide Hilfen werden bei Schweregrad 1 verwendet: Aber auch für höhere Schweregrade gibt es saugstärkere Vorlagen, die meist mit einem Fixierslip befestigt werden.

Bei ableitenden Systemen wird, dauerhaft oder vorübergehend, der Harn aufgefangen und über eine Schlauchverbindung in einen Sammelbehälter geleitet. Bei der

instrumentellen Ableitung durch Blasenkatheter wird ein Katheter durch die Haut oder durch die Harnröhre in die Blase eingeführt.

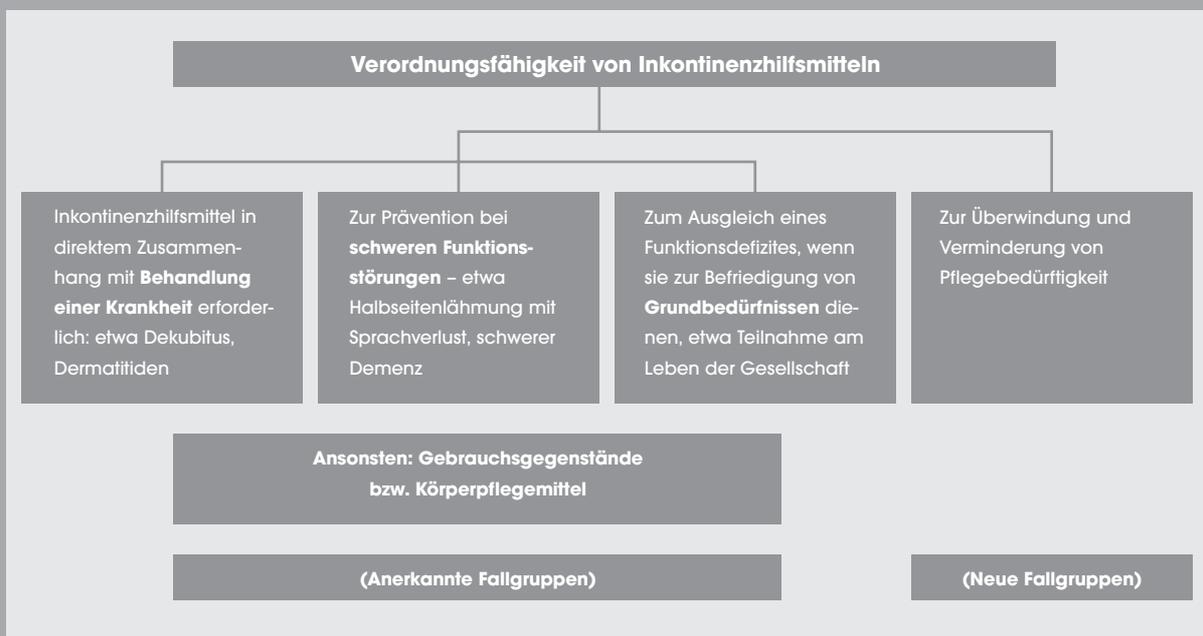
Dauerkatheter sind wegen der hiermit verbundenen Infektionsgefahr umstritten. Eine gute Alternative zum Dauerkatheter sind Kondomurinale und Einmalkatheter.

Die in vielen Größen erhältlichen Urinale leiten den Urin in Bein- oder Nachtbeutel ab. Durch spezielle Ventile (Klappen) kann der Urin nicht zurückfließen.

■ Wann werden Inkontinenzhilfen verordnet?

Inkontinenzartikel, auch Betteinlagen, sind meist verordnungsfähige Hilfsmittel.

Wichtig für Verordner und Kostenträger:





Gut beraten

Böge Home Care

- Alltagshilfen
- Kompressionstherapie
- Medizinische Messgeräte
- Gesundheits- und Massageartikel
- Dekubitusversorgung
- Enterale Ernährung
- Parenterale Ernährung
- Wundmanagement
- Stomaversorgung
- Inkontinenzversorgung
- Trachealversorgung

Böge Orthopädie Technik

- Brustprothetik
- Bandagen und Sportbandagen
- Kompressionsstrumpftherapie
- Prothesen Testzentrum
- Fußfit Zentrum
- Klinische Orthopädie
- Lymphkompetenz Zentrum

Böge Reha Technik

- Rollstühle
- Pflegebetten
- Lagerungskonzepte
- Reha Hilfsmittel
- Krankenpflege Hilfsmittel
- Hebe- und Stehhilfen
- Sitz- und Gehhilfen

Böge Reha Sonderbau

- Sitzorthesen
- Sitz- und Rückensysteme
- Individuelle Planung von Unterbauten für Sitzorthesen
- Individueller Umbau und Weiterentwicklung von handelsüblichen Hilfsmitteln



Sanitätshaus Böge GmbH
Landstraße 66
42781 Haan

Tel.: 021 29 34 94 0
Fax: 021 29 311 78
info@boege-online.de
www.boege-online.de

Home Care
Orthopädie Technik
Reha Technik
Reha Sonderbau

Öffnungszeiten:
Montag - Freitag
8.00 - 18.00 Uhr

Standorte:

Haan (City) Neuer Markt 14-16, 42781 Haan, Tel.: 021 29 34 94 0

Haan (Ost) Landstraße 66, 42781 Haan, Tel.: 021 29 34 94 0
mit DriveIn – Zur bequemen Kunden Anlieferung/Abholung

Gevelsberg Hagenerstr. 7, 58285 Gevelsberg, Tel.: 023 32 509 44 15
Hamburg Friedrich-Ebert-Damm 93f, 22047 Hamburg-Wandsbek,
Tel.: 040 355 813-36

Velbert Noldestr. 3, 42549 Velbert, Tel.: 020 51 807 96 96

Wuppertal Gemarker Str. 4, 42275 Wuppertal-Barmen, Tel.: 021 29 34 94 0

Notdienst-Tel.: 02129 8716