



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Patientinnenedukation - Beratung, Schulung und Information Am Beispiel Harninkontinenz bei Frauen

Verfasserin:

Marlene Kogler-Sobl, 0600656

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.^aphil.)

Wien, Dezember 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Roswitha Engel

Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie meiner Betreuerin Mag.^a Dr.ⁱⁿ Roswitha Engel. Sie stand mir im Laufe meiner gesamten Arbeit mit Ratschlägen zur Seite und hat wesentlich zur Auswahl treffender Bezeichnungen beigetragen.

Ein Dank gilt meinen Eltern Monika und Johann, die mir mein Studium erst ermöglicht haben. Auch für ihre tatkräftige Unterstützung über all die Jahre hinweg möchte ich mich besonders bedanken.

David, dir gilt ein außerordentlicher Dank, da du mich in jeder Hinsicht unterstützt und mich emotional begleitest.

Danke auch an meine Großeltern Rosa und Manfred, die mich ebenfalls finanziell unterstützen und mit denen ich eine enge und herzliche Beziehung pflege.

Meinen Freundinnen (besonders Regina) möchte ich ebenfalls danken, da sie mir immer zur Seite stehen.

Zusammenfassung | Abstract

PATIENTINNENEDUKATION - BERATUNG, SCHULUNG UND INFORMATION
Am Beispiel Harninkontinenz bei Frauen

*EDUCATING FEMALE PATIENTS - CONSULTING, TRAINING AND INFORMATION
The case of urinary incontinence in women*

Zusammenfassung

Harninkontinenz betrifft in Österreich mehrere hunderttausend Frauen. Dennoch wird diese Problematik häufig nicht angesprochen und in der Öffentlichkeit tabuisiert. Es ist nicht nur seitens der betroffenen Frauen ein mit Scham besetztes Thema, sondern auch die professionell Pflegenden haben nicht selten Schwierigkeiten darüber zu sprechen. Aber genau diese Berufsgruppe kann aufgrund des hohen Patientinnenkontaktes etwas an der scheinbar ausgeweglosen Situation verändern. Im Rahmen dieser Literaturarbeit konnte herausgefunden werden, dass die Rolle der Pflegenden in diesem Zusammenhang sehr vielfältig ist. Nicht nur die Wissensaneignung ist ent-

Abstract

Urinary incontinence affects several hundred thousand women in Austria. Yet this problem is often not discussed and remains taboo in public. Not only are the affected women ashamed to talk about their affliction, but it is often problematic for the professional caregivers to discuss it as well. It is precisely this group, however, that can change this seemingly hopeless situation thanks to the close contact it has with the female patients. A result of the thesis is that in this framework, the caregivers can take on quite a diverse role. Not only is it crucial (for the caregivers) to acquire the necessary knowledge, it is also important to confront the issue with an interdisciplinary approach. It is

scheidend, sondern auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Außerdem zeigen die Betroffenen vielfach ein Vermeidungsverhalten bezüglich der Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Dies ist auf viele Gründe zurückzuführen, wobei Scham und Unwissenheit im Zentrum stehen. Das vielfältige Aufgabengebiet der Kontinenz- und Stomaberaterinnen liegt unter anderem in der Beseitigung des Wissensmangels. Auch die Unterstützung und Anleitung bei speziellen pflegerischen Maßnahmen ist Teil ihrer Kompetenz. Dazu gehört auch die Schulung in der korrekten Handhabung des Miktionsprotokolls sowie der Inkontinenzprodukte. Außerdem ist das Kontinenztraining ein wichtiger Aspekt, worin die Frauen geschult und angeleitet werden sollten. Ebenso konnte bei der Bearbeitung des Themas herausgefunden werden, dass die Betroffenen einen hohen Informationsbedarf bezüglich Harninkontinenz haben. Hier steht wieder die Wissensaneignung der Pflegepersonen im Vordergrund, um auf diesen Bedarf adäquat reagieren zu können.

common for the affected patients to refuse professional help. This behavior can occur for several reasons, primarily due to feelings of embarrassment and a lack of proper knowledge. Among the manifold tasks of advisers on incontinence and stoma is the education of patients. In addition, the competency to provide patients support and instruction regarding specialized care-giving techniques are essential. This includes training on the protocol of micturition as well as on the use of products against incontinence. In this regard, an important aspect is the continence training for the women. This study also revealed that among the affected women there was a high demand for information on the topic of urinary incontinence. In order to adequately respond to this demand, it is, again, of utmost importance that the caregivers acquire this knowledge.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Forschungsfragen	3
1.2	Ziel der Arbeit	3
2	Patientinnenedukation	5
2.1	Beratung	6
2.1.1	Lösungsorientierte Beratung im Kontext der Harninkontinenz	6
2.2	Schulung	20
2.3	Information	22
2.3.1	PatientInneninformationszentren (PIZ)	24
2.3.2	Evidenzbasierte PatientInneninformation	25
3	Medizintheoretischer Hintergrund	26
3.1	Anatomie und Physiologie	26
3.1.1	Lage und Aufbau	26
3.1.2	Die Harnentleerung (Miktion)	28
3.2	Prävalenz der Harninkontinenz	30
3.3	Risikofaktoren	30
3.4	Formen der Harninkontinenz	33
3.4.1	Belastungsinkontinenz (früher „Stressinkontinenz“)	33
3.4.2	Drang- oder Urgeinkontinenz	34
3.4.3	Mischinkontinenz	35
3.4.4	Inkontinenz bei chronischer Harnretention (früher „Überlaufin- kontinenz“)	35

3.4.5	Extraurethrale Inkontinenz	36
3.4.6	Unkategorisierbare Inkontinenz	36
3.5	Therapiemöglichkeiten bei Harninkontinenz	36
3.5.1	Medizinische Diagnostik	37
3.5.2	Konservative Therapie	40
3.5.3	Chirurgische Therapie	45
4	Pflegetheoretischer Hintergrund	49
4.1	Die Zielerreichungstheorie von Imogene King	49
4.2	Die Rolle der Pflegenden	55
4.2.1	Rollenerwartung/soziale Rolle	55
4.2.2	Wissensaneignung	56
4.2.3	Weiterbildung zur Kontinenzberaterin	59
4.2.4	Informationssammlung	61
4.2.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	67
5	Beratung - Schulung - Information	70
5.1	Beratung bei Harninkontinenz	70
5.1.1	Vermeidungsverhalten der Betroffenen	71
5.1.2	Das Aufgabengebiet der Kontinenzberaterin	77
5.1.3	Ziele der Kontinenzberatung	80
5.2	Schulung bei Harninkontinenz	81
5.2.1	Kontinenztraining	81
5.2.2	Inkontinenzhilfsmittel	86
5.2.3	Miktionsprotokoll	89
5.3	Information bei Harninkontinenz	89
5.3.1	Informationsbedarf	90
5.3.2	Informationsquelle Internet	97
6	Schlussfolgerung	99
	Literaturverzeichnis	V

Abkürzungsverzeichnis	XVII
Abbildungsverzeichnis	XVIII
Tabellenverzeichnis	XIX
Appendizes	i
A Beratungsstellen in Österreich	i
B Ehrenwörtliche Erklärung	vii
C Curriculum Vitae	viii

Kapitel 1

Einleitung

Harninkontinenz ist ein verbreitetes und in jeder Altersstufe auftretendes Problem (vgl. Hayder, 2007, S. 45). Statistisch gesehen betrifft dies überwiegend Frauen (vgl. Hayder et al., 2008, S. 19). In Österreich sind es derzeit etwa 850.000 weibliche Personen, die an einer Form der Harninkontinenz leiden. In der Altersgruppe der über 70-Jährigen weist bereits jede dritte Frau dieses Beschwerdebild auf (vgl. Madersbacher, Schatzl, 2009, S. 12). Trotz dieser hohen Zahl der Betroffenen ist die Harninkontinenz nach wie vor ein Tabuthema des 21. Jahrhunderts (vgl. Welz-Barth, 2007, S. 363). Aufgrund dessen schwanken die Zahlen in den einzelnen Studien teilweise erheblich (vgl. Hayder et al., 2008, S. 19). Häufig haben die harninkontinenten Frauen Schamgefühle, wenn sie sich mit diesem Thema auseinandersetzen müssen (vgl. Hayder, 2004, S. 750). Rasch wird deutlich was es so schwierig macht offen über das Thema Harninkontinenz zu sprechen (vgl. Besendorfer, Schulz, 2007, S. 552).

Stellen wir Kontinenz mit Inkontinenz gegenüber ist Kontinenz für uns Erwachsen-Sein, Normal-Sein und Erfolg. Dagegen ist Inkontinenz für uns peinlich, Ekel erregend, beschämend, stinkend, teuer, isolierend, regressiv und stigmatisierend (vgl. Besendorfer, Schulz, 2007, S. 552-553).

Menschen die unter Harninkontinenz leiden, leben in einer ständigen Furcht vor peinlichen Situationen. Tritt eine solche dann tatsächlich ein tun sie häufig so, als ob ihnen so etwas noch nie zuvor passiert sei. Diese Menschen fühlen sich dann hilflos und blamiert. Jeder Besuch, jede Aktivität oder jede Reise ist mit Angst verbunden die Toilette nicht rechtzeitig zu erreichen oder keine Toilette in der Nähe zu finden. Deshalb redu-

zieren die Betroffenen die Flüssigkeitsaufnahme, bis sie sich unangenehm ausgetrocknet fühlen. Gönnen sie sich dann aber eine Tasse Tee, dann haben sie das Gefühl die Blase alle fünf Minuten entleeren zu müssen um „auf der sicheren Seite“ zu sein (vgl. Gomez, 2006, S. 9-10). Für die Betroffenen ist es sehr schwer ihre Harninkontinenz anzusprechen, es kostet Überwindung und auch Mut. Viele schaffen es nie darüber zu sprechen. So ist es manchmal nur der Zufall, der das Problem erkennen lässt. Es werden häufig weder Familienmitglieder noch Freunde eingeweiht. Betroffene scheuen sich auch professionellen Helferinnen¹ von ihrem Problem zu berichten und deren Unterstützung in Anspruch zu nehmen (vgl. Hayder et al., 2008, S. 37).

Aufgrund der beträchtlichen Anzahl harninkontinenter Frauen in Österreich und deren Problematik liegt es an der Profession Pflege, infolge des hohen Patientinnenkontaktes, den Betroffenen das Leben mit ihrem Leiden zu erleichtern. Fertigkeiten und Wissen können gezielt durch Patientinnenedukation vermittelt werden (durch Beratung, Schulung und Information). Darüber hinaus dürfen die Betroffenen nicht nur darauf aufmerksam gemacht werden, dass es Hilfen gibt, sondern auch wo sie sich diese und die entsprechenden Informationen holen kann.

Nicht zuletzt dadurch liegt es an der Profession Pflege, weil von den Medizinerinnen Kontinenzprobleme nicht primär als ärztliches, sondern hauptsächlich als pflegerisches Problem angesehen werden (vgl. Pfisterer et al., 2008, S. 413).

Patientinnenautonomie ist das Ziel von Patientinnenedukation. Durch Unterstützung sollen Betroffene in die Lage versetzt werden ihre eigene Situation einzuschätzen und sich nicht auf ihr Krankheitsbild zu fokussieren. Die Betroffenen sollen ihre Alltagskompetenz wieder gewinnen und die Fähigkeit (wieder-)erlangen eigene Entscheidungen zu treffen (vgl. Brömmeling, 2007, S. 9).

Das Fehlen von Informationen, zum Beispiel zu professionellen Ansprechpartnern oder auch Möglichkeiten der Alltagsbewältigung, führt bei den betroffenen Personen zu Ungewissheit und Unsicherheit (vgl. Braumann, 2010, S. 139). Hier wird deutlich, wie wichtig dieser Teil der Patientinnenedukation ist.

Auch die Beratungskomponente spielt eine wesentliche Rolle. Der Beratungsbedarf über Therapiemöglichkeiten, die Beratung über Präventionsmöglichkeiten und der Be-

¹In dieser Arbeit wird die weibliche Form verwendet, die männliche Form ist immer eingeschlossen.

ratungsbedarf bezüglich Alltagsmanagement um nur einige zu nennen (vgl. Schäfer, 2009, S. 30-32).

Der Aspekt der Schulung spielt ebenso eine große Rolle wie die Beratung und Information, nicht zuletzt dadurch, da die Schulung Komponenten der Beratung und Information aufweist (vgl. Warmbrunn, 2007, S. 15). Den Pflegenden kommt bei der Patientinnenedukation häufig eine Vermittlerrolle zu. Sie sind durch den dichten Patientinnenkontakt häufig die ersten, die von diesem Leiden erfahren. Deshalb liegt es auch an der Profession Pflege, ob die Betroffenen ihr Schicksal hinnehmen, oder ob ihnen Möglichkeiten aufgezeigt werden das Problem der Inkontinenz zu bessern oder gar zu lösen (vgl. Sachsenmaier, 1991, S.14).

1.1 Forschungsfragen

Die definierten Fragestellungen werden anhand einer Literaturliste bearbeitet.

- Welche Rolle spielen die Pflegenden bei der Patientinnenedukation von Harninkontinenz?
- Warum vermeiden die Frauen mit Harninkontinenz den Besuch einer Beratungsstelle beziehungsweise warum wollen diese keine Hilfe in Anspruch nehmen?
Was ist das Aufgabengebiet der Kontinenzberaterinnen und welche Ziele werden verfolgt?
- Worin sollten die Frauen, welche von Harninkontinenz betroffen sind, geschult werden?
- Welchen Informationsbedarf haben Frauen mit Harninkontinenz?
Welchen Nutzen hat das Internet für die Informationsbeschaffung?

1.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist es aufzuzeigen, warum harninkontinente Frauen ein Vermeidungsverhalten bezüglich der Hilfesuche an den Tag legen. Weiters soll das Aufgaben-

gebiet der Kontinenzberaterinnen vorgestellt werden. Es wird auch versucht herauszufinden, worin die betroffenen Frauen geschult werden sollten um besser mit dieser Situation umzugehen. Der Informationsbedarf der Frauen wird hier ebenfalls berücksichtigt. Auch die Rolle der Pflegenden in diesem Zusammenhang soll erläutert werden. Weiteres soll die Öffentlichkeit auf das Thema Inkontinenz, insbesondere Harninkontinenz, sensibilisiert werden, da es nach wie vor ein Tabuthema darstellt. Diese Arbeit soll außerdem dazu beitragen, dass sich die Profession Pflege bewusst wird, dass es vorwiegend in ihren Kompetenzen liegt die Betroffenen Frauen zu unterstützen und ihnen Hilfe und Informationen zukommen zu lassen. Es liegt auch an den Pflegepersonen sich Wissen bezüglich Harninkontinenz anzueignen, um adäquat auf die Fragen der Betroffenen zu reagieren. Fachliches Wissen ist auch erforderlich, um den Frauen im Gespräch Sicherheit vermitteln zu können.

Kapitel 2

Patientinnenedukation

Ein Kernbestandteil der praktischen Arbeit im Gesundheitswesen ist die Patientinnenedukation (vgl. Klug Redman, 2009, S. 15). Hier lassen sich die Aktivitäten der Beratung, Schulung und Information unterscheiden (vgl. London, 2003, S. 21). Der Begriff Edukation ist ein eher ungeeigneter Begriff und darf keinesfalls mit „Erziehung“ übersetzt werden, eher noch mit „Bildung“. Patientinnenedukation gründet sich auf eine Reihe von Faktoren, denn Betroffene möchten aktiver sein und informierte Entscheidungen treffen. Pflegende als Berufsgruppe sind hier gefordert, Beratung, Information und Schulung in Fragen der alltäglichen Versorgung zu übernehmen. Die Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten ist eine wichtige Ressource für diese Tätigkeiten (vgl. Zegelin, 2006, S. 16-17). Patientinnenedukation muss ebenfalls frei von Vorurteilen bezüglich Geschlecht, Alter und kulturellem Hintergrund sein. Ebenso sollte sie nutzbringend für Menschen aller Bildungsstufen sein (vgl. Klug Redman, 2009, S. 15).

Mit Hilfe der Patientinnenedukation kann nicht nur eine Veränderung im Verhalten sondern auch im Wissen erreicht werden (vgl. Hayder, 2004, S. 751).

2.1 Beratung

Beratung ist ein ergebnisoffener, dialogischer Prozess. Es wird eine bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet (vgl. Zegelin, 2006, S. 16).

Das Thema Beratung gewinnt in der Pflege immer mehr an Bedeutung. Durch die Dominanz chronischer Erkrankungen liegt der Fokus der Pflege auf Unterstützung der Patientin in der Krankheitsbewältigung (vgl. Doll, Hummel-Gaatz, 2006, S. 206).

Patientinnenberatung hat unter anderem auch das Ziel, den Betroffenen ein Stück Autonomie und Würde „zurückzugeben“ (vgl. Abt-Zegelin, 2000, S. 56).

2.1.1 Lösungsorientierte Beratung im Kontext der Harninkontinenz

In Anlehnung an die lösungsorientierte Beratung von Günter G. Bamberger wird das Konzept der Beratung erläutert.

Die lösungsorientierte Beratung baut auf der Gruppe der systemischen Ansätze auf (vgl. Engel, 2006, S. 41). Ebenfalls zählt der lösungsorientierte Ansatz zu der Gruppe der Kurzzeittherapie. Die Kürze der Beratung ist dabei ein Effekt der beraterischen Vorgehensweise. Von Anfang an wird das Ende fokussiert, nämlich die Lösung (vgl. Bamberger, 2005, S. 220). Es wird primär nach der Lösung gesucht um sich vom Problem zu entfernen. Dies geschieht gemeinsam mit der Klientin (vgl. Engel, 2006, S. 43 und S. 147).

Systemisches Denken geht davon aus, dass der Mensch ein beziehungsorientiertes Wesen ist. Das Verhalten vom Individuum muss deshalb hauptsächlich als interaktives Geschehen gesehen werden, sozusagen als Aktion und Reaktion. Das Verhalten kann auch nur so in seinem Sinn verstanden werden. Der Mensch als Individuum interessiert weniger bei Problemen, sondern der betreffende Lebenskontext in dem dieser lebt und sich mit Interaktionsmustern ausgestattet hat. Die systemische Theorie besteht aus drei zentralen Grundannahmen, nämlich *Kybernetik (zweiter Ordnung)*, *Zirkularität*

und *Konstruktivismus*. Diese Begriffe sollen in ihrer *Bedeutung für die Beratungsarbeit* kurz erläutert werden, da sie in der systemischen Literatur immer wieder vorkommen (vgl. Bamberger, 2005, S. 6-8).

Kybernetik zweiter Ordnung: Die Beraterin ist ebenso Interaktionspartnerin und begünstigt sowohl bewusst als auch unbewusst bestimmte Interaktionsmuster. Die Beraterin ist keine objektive Beobachterin und kann daher auch nicht wissen was für die Klientin „objektiv“ gut ist. Dies nimmt ihr die Last das „einzig Richtige“ tun zu müssen. Daher bleibt ihr ein kreativer Spielraum mit der Klientin gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen (vgl. Bamberger, 2005, S. 9-10).

Zirkularität: Das Verhalten der Einzelnen ist immer (mit-)bedingt durch die Verhaltensweisen der anderen und umgekehrt. Das Problem ist also das Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer Beteiligter. Selbst wenn sich nur eine Person als Problemträgerin bestimmen lässt. Die Beraterin konzentriert sich auf diese zirkulären Prozesse und versucht sie zu erkennen. Weiters versucht sie die verschiedenen Wahrnehmungs-, Werthaltungs- und Vorstellungskonstruktionen sowie die Handlungspläne und Handlungsrealisationen der beteiligten Personen zu bestimmen und verstehbar zu machen (vgl. Bamberger, 2005, S. 10-11). Zirkuläres Denken versucht das Verhalten als Regelkreis zu beschreiben (vgl. von Schlippe, Schweitzer, 2007, S. 118).

Konstruktivismus: Es kann keine „objektive Realität“ festgestellt werden (vgl. von Schlippe, Schweitzer, 2007, S. 78). Durch verschiedene Interaktionserfahrungen mit der Umwelt macht sich jedes Individuum ein eigenes Bild von der Wirklichkeit. Dieses Bild beeinflusst außerdem wie das Wahrgenommene bewertet wird und welche Verhaltenspläne entwickelt werden. Interpersonelle Differenzen ergeben sich aufgrund unterschiedlicher Realitätskonstruktionen. Jedes Individuum sieht die gleiche Sache anders, wobei auf die eigene Annahme der Realität bestanden wird. In der Beratung kann weder die Beraterin noch die Klientin wissen, welche Konstruktion der Wirklichkeit richtig ist. Die Beraterin geht davon aus, dass etwas Konstruiertes noch umkonstruiert werden kann („Was wäre, wenn...?“). Da die Klientin auch Expertin für ihre Situation ist, kann sie am besten beurteilen welche Konstruktion für sie und ihr Leben nützlich ist (vgl. Bamberger, 2005, S. 13-15).

Aufgrund der Abwendung vom Problem hin zur Lösung scheint die lösungsorientierte Beratung ein guter Ansatz bei Harninkontinenz zu sein. Nachdem die Ursache der Harninkontinenz genau abgeklärt wurde und die Klientin eine Beratung in Anspruch nimmt, wird versucht eine Lösung zu finden ohne das Problem nochmals zu analysieren. Weil das Thema Harninkontinenz ohnehin tabuisiert wird und mit Scham verbunden ist, kann es für die betroffenen Frauen eine Erleichterung darstellen, wenn gemeinsam mit ihnen nach einer Lösung gesucht wird und das Problem nicht nochmals beleuchtet wird.

Folgende Grundhaltungen sollen bei der Gesprächsführung eingehalten werden:

Akzeptanz: „Akzeptanz bezeichnet das Offensein gegenüber Gedanken, Gefühlen und Vorstellungen des Gesprächspartners sowie das nicht wertende Annehmen derselben“ (Engel, 2006, S. 62).

Empathie: „Unter Empathie ist die Fähigkeit zu verstehen, sich in andere einzufühlen, ohne dabei zu urteilen“ (Engel, 2006, S. 63).

Echtheit: „Unter Echtheit ist die Bereitschaft zu verstehen, die innerlich ablaufenden Gefühle und Einstellungen mit Worten und gleichzeitig im Verhalten auszudrücken“ (Engel, 2006, S. 64).

„Lösungsorientierte Beratung ist ein kooperativer kommunikativer Prozess verbaler, paraverbaler und nonverbaler Art (Bamberger, 2005, S.41). Lösungsorientierte Beratung kann man als einen kooperativen Prozess zur Konstruktion von Lösungen beschreiben“ (Bamberger, 2005, S. 296)

Die Klientin¹ ist dabei der Ausgangspunkt für eine lösungsorientierte Beratung. Sie erlebt sich in einer Ist-Soll-Diskrepanz und steckt in ihren Bemühungen fest, vom einen zum anderen zu kommen, dies wird von ihr selbst als „Problem“ genannt (vgl. Bamberger, 2005, S. 45).

¹Ich spreche hier von Klientinnen, um die Autonomie der Behandelten hervorzuheben.

Die lösungsorientierte Beraterin versucht der Klientin folgende Punkte näher zu bringen.

Problem als Veränderung sehen

Probleme ziehen die ganze Aufmerksamkeit auf sich und alles Denken kreist um diese eine Sache. Die Klientin fühlt sich deprimiert und irgendwie steckt sie in dieser Situation fest. Im wahrsten Sinn ist das Leben zum Problem geworden. Wichtig ist es, die Klientin in diesem leidvollen Problemerleben bewusst zu sehen und das Leid tatsächlich als Leid zu respektieren und auch zu würdigen. Lösungsorientierte Beraterinnen betrachten das Problem jedoch als völlig normal, das zum Leben dazugehört. Probleme stehen für Herausforderungen und bieten die Chance, sich neu zu entscheiden. Probleme machen die Menschen veränderungsfähig. Werden die Probleme als etwas Normales angesehen, dann ist es für den Beratungsprozess natürlich viel einfacher eine Lösung zu finden. Denn ein „normales“, zum Leben gehörendes, Problem kann die Klientin mit etwas Hilfe selbst bewältigen. Mit solch einem Problemverständnis ist es nun möglich, die Klientin einzuladen, diese „Herausforderung von Zukunft“ anzunehmen, sich vom aktuellen Status zu lösen und nach vorne zu blicken. Und genau diese Wende zu unterstützen ist das Ziel dieses Beratungskonzepts (vgl. Bamberger, 2005, S. 33-34).

Neue Entscheidungen treffen

Es geht darum, dass der „Möglichkeitssinn“ geschärft wird, indem der Blick auf das ganze Handlungspotenzial eröffnet wird. Der Klientin soll so mehr Spielraum für das eigene Tun geboten werden. Dadurch werden Wahlmöglichkeiten geschaffen und es wird zu Neuentscheidungen ermutigt. Beratung heißt, dass die Verhaltensoptionen der Klientinnen erweitert werden, um so in Teilen des Lebens gewünschte Veränderungen zu ermöglichen (vgl. Bamberger, 2005, S. 34-35).

Kompetenzen entwickeln und Ressourcen hervorheben

Um Lösungsmöglichkeiten zu finden ist es bedeutend, nützliche Persönlichkeitsanteile und Lebensumstände bewusst zu machen. Also danach zu fragen was die Klientin tut, was gut für sie ist. Es soll nicht nach dem gesucht werden was falsch läuft. Ressour-

cen können Begabungen, Geschicklichkeiten, Tugenden, Gewohnheiten, Einstellungen, Wünsche, Beziehungen, Ideale, Erwartungen, Visionen, Werthaltungen usw. sein. Also Ressourcen, die in der Person der Klientin liegen oder solche, die der soziale Kontext bietet, in dem die Klientin lebt. Dies können persönliche, soziale, intrapsychische oder interpersonelle Ressourcen sein. Ihnen ist gemeinsam, dass sie für die Klientin Optionen bieten, Bedürfnisse zu befriedigen und definierte Ziele zu realisieren. Ressourcen sind also all das, was die Klientin ausmacht und ihr Leben in irgendeiner Weise beeinflusst. Diese werden aber erst dann zu lösungspotenten Ressourcen, wenn die Klientin sie als solche sieht und auch wahrnimmt. Beratung bedeutet also bildlich gesprochen: „*die Hebung von Schätzen ins Licht des Bewusstseins*“. Menschen nutzen nur einen geringen Teil ihrer Ressourcen und Probleme entstehen nicht zuletzt dadurch. Der größere Teil der Ressourcen liegt im Unbewussten. Die Aufgabe der Beraterin besteht darin, den inneren Suchprozess anzustoßen, damit die Klientin wieder über ein umfassenderes Kompetenzbewusstsein verfügt und mit einer größeren Eigenwirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit handeln kann (vgl. Bamberger, 2005, S. 35-38).

Teamwork

Aus der Ressourcenorientierung ergibt sich in logischer Konsequenz ein neues Selbstverständnis der Beraterin. Sie sieht sich nicht mehr in der Rolle der Problemlöserin, sondern als „Moderatorin von Entwicklungen“ (vgl. Bamberger, 2005, S. 38-39).

Der erste Schritt

Lösungen werden verstanden als Veränderungen eines Teils eines Systems, also Veränderungen von Gedanken, Gefühlen, Lebensplänen und ähnliches. Jede kleine Veränderung kann zu einer tiefgreifenden Neuorganisation des Systems führen und das Leben in eine neue Richtung eröffnen. Warum sich ein Problem ergeben hat spielt eigentlich keine Rolle. Die Beratung kann selbst dann effektiv sein, wenn die Beraterin nicht einmal weiß was eigentlich das Problem ist. Alles was die Beraterin wissen muss ist, woran für die Klientin erkenntlich sein wird, dass das Problem gelöst ist. Jetzt ist es möglich sich darüber Gedanken zu machen wie eine Lösung zustande kommen könnte, beziehungsweise wie der erste Schritt in diese Richtung aussehen würde und was jetzt

als erstes zu tun ist. Lösungsorientierte Beraterinnen verstehen sich als Begleiterinnen für den ersten Schritt (vgl. Bamberger, 2005, S. 39-40).

Selbstbestimmung gewinnen

Das Ziel dieses Konzepts, also des lösungsorientierten Konzepts, besteht darin, der Klientin einen Lernprozess zu ermöglichen in dem sie sich bewusst wird, dass sie sich selbst regulieren kann. So kann sie mit möglichen aktuellen oder zukünftigen Problemen besser zurechtkommen. Zuletzt geht es also um die Förderung von Selbstregulationskompetenz. Mit diesem Bewusstsein von Selbstwirksamkeit wird die Klientin schließlich eine größere Selbstachtung gewinnen und mehr Balance zwischen ihren Stärken und Begrenzungen erleben (vgl. Bamberger, 2005, S. 40).

Das Ziel der lösungsorientierten Beratung ist die persönlichen Kompetenzen und sozialen Ressourcen einer Klientin zu identifizieren und zu aktivieren. Denn die Annahme lautet, dass der Mensch grundsätzlich über die Fähigkeit verfügt das Leben aus eigener Kraft positiv zu gestalten. Damit kann die Klientin den Herausforderungen die im Augenblick noch als „Problemsituation“ gesehen werden, besser gerecht werden. So ist also nicht die Lösung, sondern die Lösungsorientierung das Ziel der lösungsorientierten Beratung (vgl. Bamberger, 2005, S. 45).

Die lösungsorientierte Beratung wird in fünf Phasen eingeteilt (vgl. Bamberger, 2005, S. 46) und in den Kontext der Harninkontinenz gestellt.

Die **ERSTE BERATUNGSPHASE**, hier **BESTÄTIGUNG** genannt, beginnt mit einem respektvollen Aufeinanderzugehen (vgl. Bamberger, 2005, S. 50). Der Klientin wird die Struktur der Arbeitssitzungen vorgestellt und sie wird gefragt, ob diese für sie in Ordnung ist (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 99-100). Klientinnen beschreiben oft präzise das Problem, weil sie glauben, dass die Beraterin umso effektiver helfen kann je genauer sie das Problem kennt. Wenn sich die Klientin verstanden fühlt kann sie sich auf die beraterische Beziehung einlassen und engagiert mit der Beraterin zusammenarbeiten (vgl. Bamberger, 2005, S. 58). Die Beraterin versucht auch herauszufinden was

die Klientin schon alles unternommen hat um das Problem zu lösen beziehungsweise zu vermindern. Damit wird die Kompetenz der Klientin ausgedrückt, weil sie für fähig gehalten wird Schritte zu setzen die eine Veränderung des Problems herbeiführen. Dadurch können die Stärken der Klientin sichtbar gemacht werden, da die von ihr gesetzten Interventionen auch Erfolge bewirkt haben (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 103). Der Klientin wird in dieser Phase auch bestätigt, dass es sich wirklich um ein Problem handelt und dass es richtig war Beratung in Anspruch zu nehmen und an einer Lösung zu arbeiten. Es wird auch die Entscheidung jetzt Hilfe zu suchen, genau in dieser Lebenssituation, als wichtig hervorgehoben, *„weil jetzt genau der Punkt erreicht ist, an dem eine Neuentscheidung über die zukünftige Lebensgestaltung ansteht“*. Es wird ihr auch ein Kompliment darüber gemacht wie ernsthaft sie all das angeht, und aus einer behutsamen Veränderung der Blickrichtung entsteht die Atmosphäre für einen Neubeginn - „jetzt“ (vgl. Bamberger, 2005, S. 60).

Kontext Harninkontinenz. Am Beispiel der Harninkontinenz ist das respektvolle Aufeinanderzugehen besonders wichtig. Die Betroffenen sind oft verunsichert und haben Schamgefühle, wenn sie über dieses Thema sprechen oder Hilfe in Anspruch nehmen. Mit der Frage nach der Zustimmung für die Struktur der Sitzungen fühlt sich die Betroffene verstanden und auch Ernst genommen. Auch die Frage was sie schon unternommen hat um eine Veränderung des Problems herbeizuführen spielt eine wesentliche Rolle. Die Frau fühlt sich in ihrer Kompetenz gestärkt, da sie selbst aus eigener Kraft Maßnahmen setzt die eine Veränderung herbeiführen. Wenn die Beraterin der Klientin klar macht, dass es richtig war gerade jetzt die Beratung in Anspruch zu nehmen fühlt sie sich bestätigt und der erste Schritt für einen Neubeginn ist getan.

In der **ZWEITEN BERATUNGSPHASE**, hier als **RICHTUNGSWECHSEL** bezeichnet, geht es darum Möglichkeiten zu schaffen, um sich vom Problem zu distanzieren (vgl. Bamberger, 2005, S. 69).

Beratung versucht beim Problemlösen eine Hilfestellung zu geben. Um sich eine Lösung vorstellen zu können lautet die zentrale Frage: *„Was ist, wenn das Problem nicht ist beziehungsweise nicht mehr wäre?“* Eine solche Frage dient erstens dazu, dass die Klientin ihre Erwartungen formulieren kann und zugleich beschreiben kann in welche

Richtung sie ihr Leben verändern möchte. Und zweitens begünstigt eine lösungsorientierte Frage das lösungsorientierte Denken, das lösungsorientierte Handeln sowie die eigentliche Lösung (vgl. Bamberger, 2005, S. 69-71).

Klientinnen neigen häufig dazu das Problem als ständig existent wahrzunehmen, aber Probleme sind nicht immer präsent. Es gibt immer Umstände im Verlauf eines 24 Stunden Tages beziehungsweise der 365 Tage eines Jahres unter denen sie nicht so stark auftreten. Die Beraterin soll die Klientinnen nach solchen **Ausnahmen** fragen und ihre Aufmerksamkeit auf diese richten. So kann die Beraterin das Verhalten der Klientin in dieser beschwerdefreien Zeit analysieren (vgl. Bamberger, 2005, S. 76-78). Die Beraterin macht die Klientin durch das Erfragen der Ausnahmen darauf aufmerksam, dass es auch beschwerdefreie Zeiten gibt (vgl. De Shazer, 2010, S. 71). Diese Ausnahmen sollten sich auf die letzte Zeit beziehen und nicht zu lange zurückliegen. Ausnahmen die schon länger zurückliegen sind weniger nützlich als solche die vor kurzer Zeit stattgefunden haben. Die Klientinnen können sich an die kürzlich stattgefundenen Ausnahmen besser erinnern und es scheint glaubhafter, dass solche wieder vorkommen könnten (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 167).

Hier nimmt auch die sogenannte „**Wunderfrage**“ eine zentrale Stellung ein. Die Wunderfrage könnte lauten:

„Angenommen, es würde eines Nachts, während Sie schlafen, ein Wunder geschehen und Ihr Problem wäre gelöst. Wie würden Sie das merken? Was wäre anders?“ (De Shazer, 2010, S. 24).

So erhalten sowohl die Beraterin als auch die Klientin eine Vorstellung davon, wie eine Lösung aussehen könnte (vgl. De Shazer, 2010, S.24). Der Zauber wirkt indem sich die Klientin selbst in einer solchen hypothetischen Zukunft sieht („*Stellen Sie sich vor, wie Sie...*“), und zwar als aktiv Handelnde („*Was würden Sie dann tun? Was für Auswirkungen hätte das?*“). Die Versuchung ist groß es wirklich zu tun, wenn gesehen wird wie gehandelt werden könnte. Genau diese Phantasien fördern den Wirklichkeits-sinn, und dieser Wirklichkeitssinn schafft Wirklichkeit (vgl. Bamberger, 2005, S. 91). Werden die Klientinnen nach den Zielen der Beratung gefragt, dann geben sie häufig an, dass sie sich besser fühlen wollen. Werden sie jedoch indirekt mit der Wunderfrage nach den Zielen gefragt, dann kann ihnen eine konkrete und gezielte Verhaltensweise

entlockt werden. Selbst wenn das Problem nur unpräzise geschildert wird, durch die Wunderfrage kann die Beraterin ein klares Bild bekommen, wie die Lösung aussehen könnte (vgl. De Shazer, 2010, S. 24).

Kontext Harninkontinenz. Harninkontinente Frauen können in dieser Phase ihr Leben visualisieren, wie es wäre, wenn sie nicht von der Inkontinenz betroffen wären. Es zeigt auf, in welche Richtung sich ihr Leben verändern würde. Die Beraterin soll die betroffene Klientin an die Ausnahmen erinnern, die Tage, Stunden oder Minuten, wo das Problem nicht ständig existent ist. Probleme sind im Verlauf eines 24 Stunden Tages nicht immer präsent, genau das sollte der Klientin ins Gedächtnis gerufen werden. Mit der sogenannten Wunderfrage schaffen sich die Betroffenen eine mögliche Zukunft und die Versuchung ist groß, diese Zukunft erreichen zu wollen.

Die **DRITTE BERATUNGSPHASE** soll hier **RÜCKMELDUNG** genannt werden.

Der Wechsel der Blickrichtung weg vom Problem hin zur Lösung ist ja geschafft. Sich darüber im Klaren zu sein was getan werden könnte beziehungsweise was getan werden sollte heißt aber nicht automatisch, dass dieses tatsächlich umgesetzt wird. Es reicht nicht, wenn die Beraterin der Klientin die Informationen zur Problemlösung sachlich mitteilt, sondern diese Informationen müssen die ganze Person erreichen (vgl. Bamberger, 2005, S. 135).

Die im Gespräch gesammelten Informationen müssen in der Rückmeldung so strukturiert werden, dass diese für die Klientin nützlich sind, nützlich beim Entwickeln einer Lösung. Die Rückmeldung die am Ende der Sitzung erfolgt hebt aber bloß die Informationen hervor, die die Klientin selbst im Gespräch geäußert hat (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 183-184).

In dieser Phase sollte eine **Pause** von fünf bis zehn Minuten gemacht werden. Die Beraterin soll auch den Raum verlassen. Die Klientin bleibt im Gesprächszimmer. Sie sollte bereits zu Beginn der Beratung auf diese Pause vorbereitet werden. Die Beraterin erklärt der Klientin, dass diese Pause dazu dient über ihre Situation nachzudenken bevor eine Rückmeldung folgt. Die Pause kann auch dazu führen, dass die Klientin neugierig darauf ist was die Beraterin zu sagen hat, wenn sie wiederkommt (vgl. De

Jong, Berg, 2008, S. 184-185).

Erfolgt nun die Rückmeldung, sollte diese aus drei Teilen bestehen. De Shazer und seine KollegInnen (1986) benannten die drei Teile wie folgt: Komplimente, Überleitung und eine Aufgabe oder ein Vorschlag. **Komplimente** bedeuten für die Klientin Bestätigung. Wird die Rückmeldung mit Komplimenten begonnen, dann kann dies überraschende Auswirkungen haben. Die Klientin schöpft Hoffnung und baut auf ihren Stärken und Erfolgen auf (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 185). Komplimente können außerdem die Kooperation zwischen Klientin und Beraterin fördern (vgl. De Shazer, 2010, S. 113-114).

Kontext Harninkontinenz. Die Klientin sagt, sie möchte zwar in erster Linie für sich selbst aber auch für ihren Familie eine Veränderung herbeiführen. Deshalb, da sie kaum mehr aus dem Haus geht und nichts mehr mit ihnen unternimmt, weil sie Angst hat, dass ihr ein „Missgeschick“ passiert. Sie würde auch wieder joggen gehen weil sie etwas für ihre Gesundheit tun möchte, sie ist sich aber unsicher, weil sie ständig Angst hat Harn zu verlieren. Ein Kompliment könnte dann wie folgt aussehen. Anerkennung kann darüber ausgesprochen werden, dass sie ein Familienmensch sei und dass sie auch Wert auf ihre Gesundheit legt und daher ihr Bestes geben möchte.

Die **Überleitung** soll die Komplimente mit den Vorschlägen oder Aufgaben verbinden, die in der Rückmeldung sichtbar werden. Diese Überleitung sollte für die Klientin einen Sinn ergeben, denn sonst wird sie ignoriert. Die Überleitung beziehungsweise der Inhalt der Überleitung orientiert sich häufig an den Stärken, Zielen oder anderen Wahrnehmungen der Klientin. Beginnen kann eine überleitende Aussage mit: „Ich stimme Ihnen zu, dass...“. Die Beraterin sollte Wörter oder Ausdrücke der Klientin einbauen (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 187).

Kontext Harninkontinenz. Wird an das obige Beispiel der Harninkontinenz angeknüpft, dann könnte folgende Überleitung herangezogen werden: „Ich stimme Ihnen zu, dass es wichtig ist *eine Veränderung herbeizuführen*. Es ist auch wichtig, dass Sie *etwas für ihre Gesundheit tun möchten*. Ich schlage deshalb vor, dass...“.

Vorschläge bzw. Aufgaben sind der dritte Teil der Rückmeldung (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 185). Der Lösungsvorschlag besteht aus eindeutigen Verhaltensanweisungen. In Form einer „Hausaufgabe“ ist dies bis zur nächsten Sitzung zu erledigen.

Das lösungsorientierte Veränderungsgeschehen spielt sich also in der Zeit zwischen den Beratungssitzungen ab. Hausaufgaben gehören zum Repertoire der lösungsorientierten Vorgehensweise. Die Verhaltensvorschläge sollten aber so einfach und sparsam wie nur möglich sein, trotzdem können sie eine große Wirkung in Gang bringen. Die Aufgaben laden die Klientin ein, irgendetwas anders zu machen als zuvor. Neues soll somit in Gang gebracht werden. Dies ermöglicht neue Erfahrungen mit der eigenen Person und der Interaktion mit anderen (vgl. Bamberger, 2005, S. 164-165). Fünf Aufgabenkategorien werden unterschieden (vgl. Bamberger, 2005, zit. n. Eberling, Hargens, 1996, S. 165).

- Nachdenken: was positiv verläuft und unverändert bleiben soll
- Beobachten: was ist in Zeiten der Ausnahmen anders, und was kann davon als Baustein für eine Lösung herangezogen werden
- Vorhersagen: wie wird sich das Problem in den nächsten Tagen verwandeln und sich dabei in Richtung Lösung verändern
- So-tun-als-ob: das Wunder geschehen ist und die Lösung bereits vorhanden
- zielorientiertes Handeln: mehr das tun, was funktioniert

Kontext Harninkontinenz. Die Aufgabe bei harninkontinenten Frauen könnte genau so aussehen. Die Beraterin gibt ihr die Aufgabe nachzudenken, und zwar über das was gut läuft, trotz Harninkontinenz, und deshalb genau so bleiben soll. Das kann zum Beispiel die Gesprächsrunde einmal in der Woche mit Freundinnen sein oder auch die Stunde Gymnastik welche dreimal wöchentlich durchgeführt wird. Weiters könnte eine Aufgabe sein, dass die Klientin beobachtet, was sich in der beschwerdefreien Zeit verändert. Sie ist zum Beispiel unternehmungslustiger oder besser gelaunt. Eine Aufgabe könnte auch sein, dass die Klientin Beckenbodenübungen durchführt und dann berichtet inwieweit ihr diese geholfen haben (siehe Kapitel 5.2). Auch das Führen eines Miktionsprotokolls könnte eine solche Hausaufgabe darstellen (siehe Kapitel 3.5 und 5.2).

Mit der Zusammenfassung der Vereinbarungen ist das Ende der ersten Beratungsstunde erreicht. Die Beraterin sollte zur Absicherung fragen, ob irgendetwas offen geblieben ist. Ist alles gesagt, dann sollten die getroffenen Vereinbarungen von der Klientin selbst nochmals zusammengefasst werden. Die Beraterin hält die Zusammenfassung dieser

Vereinbarungen stichwortartig fest. Ein letztes Kompliment verstärkt nochmals die Motivation und Kooperationsbereitschaft der Klientin (vgl. Bamberger, 2005, S. 169). Sind auch alle Fragen im Zusammenhang mit der „Hausaufgabe“ geklärt, ist nun zu entscheiden, ob die Beratung damit beendet werden kann oder ob noch ein Folgetermin zu vereinbaren ist (vgl. Bamberger, 2005, S. 171). Häufig gehen aber die Klientinnen davon aus, dass mehr als eine Sitzung nötig ist um das Problem zu lösen. So könnte es unter Umständen falsch verstanden werden, wenn die Klientin gefragt wird, ob sie es für nützlich hält wieder zu kommen (vgl. De Jong, Berg, 2008, S.215). Im praktischen Beratungsalltag wird in der Regel von drei bis fünf Sitzungen ausgegangen. Als kleinstes Zeitintervall wann sich Klientin und Beraterin wiedersehen gilt eine Woche. Mehr ist oft besser, damit die Hausaufgabe erledigt werden kann und auch noch Zeit für Neuanpassungsprozesse der Verhaltensmuster bleibt. Der Zeitabstand sollte auch so gewählt werden, dass eine bestimmte Ungeduld bei der Klientin entstehen kann und sie selbst zu diesem Folgegespräch drängt (vgl. Bamberger, 2005, S. 171). Die Klientin wird jedoch auch gefragt, welchen Zeitraum sie für angemessen erachtet zur nächsten Sitzung zu kommen (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 215).

Die **VIERTE BERATUNGSPHASE** wird hier als **VERÄNDERUNG IDENTIFIZIEREN** bezeichnet.

Hier beginnt die neue Gesprächsrunde. Sozusagen die zweite Sitzung (vgl. Bamberger, 2005, S. 188). Die Beraterin führt ein Gespräch mit der Klientin, was sich verbessert hat. In dieser Phase wird nochmals nach den „Ausnahmen“ gesucht. Ausnahmen die sich seit dem letzten Gespräch ergeben haben und somit wieder Bausteine für eine Lösung sind (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 219).

Mit der Frage: *„Was ist seit unserem letzten Treffen besser geworden?“* rückt die Fokussierung der Verbesserung in den Mittelpunkt. Wichtig ist es, dass jede positive Veränderung beachtet wird und auch registriert. Auch kleine Veränderungen werden hervorgehoben, als Beweis dafür, dass der Veränderungsprozess, der einen Lösungsprozess darstellt, in Gang gekommen ist. Begeisterung und Fragen seitens der Beraterin stärken die Klientin und vermitteln ihr ein Kompetenzgefühl (*„Wirklich? Sagen Sie das noch einmal!“*) (vgl. Bamberger, 2005, S. 189-190). Es ist wichtig, dass die Bera-

terin alle Dinge erkundet die für die Klientin fortsetzungswürdig sind (vgl. De Shazer et al., 2008, S. 191). Hier wird wieder, wie in der ersten Sitzung, eine Pause gemacht. Danach erfolgt die Rückmeldung in der Struktur des Kompliments, der Überleitung und der Aufgabe oder dem Vorschlag (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 220). Abschließend wird festgelegt wie es mit der Beratung weitergeht (vgl. Bamberger, 2005, S. 196). Es wird auch darüber nachgedacht, wann sich die Klientin dazu bereit fühlt die Gespräche zu beenden (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 220).

Kontext Harninkontinenz. Beim Beispiel der harninkontinenten Frau könnte die Verbesserung sein, dass sie nicht ständig die Angst hat, dass sie Harn verliert. Sie habe ja gesehen, dass es Ausnahmen gibt. Situationen wo ihr kein „Missgeschick“ passiert ist. Die Gesprächsrunde mit Ihren Freundinnen um nur eines zu nennen. Mit der Frage: *„Wirklich? Sagen Sie das noch einmal!“* vermittelt die Beraterin der Frau Interesse und zeigt ihr, dass sie sich mit ihr freut.

Es kann aber sein, dass es zu keiner Verbesserung der Situation gekommen ist. Es kann auch sein, dass die Klientin schildert, dass alles viel schlimmer geworden ist (vgl. De Jong, Berg, 2008, S. 257). Ist keine Verbesserung erkennbar, weil es zum Beispiel zu einem Misserfolg gekommen ist, liegt es vielleicht daran, dass nur dem Endergebnis Beachtung geschenkt wird. Somit wird manchmal etwas als Misserfolg abgewertet. Mit einem Perspektivenwechsel sieht die Sache jedoch oft anders aus. Hat sich die Situation verschlechtert, soll die Beraterin der Klientin mitteilen, dass „Rückschläge“ zu jedem Veränderungsprozess dazugehören (vgl. Bamberger, 2005, S. 200-201). Die Beraterin versucht der Klientin klar zu machen, dass die Erfolge ohne Misserfolge nicht erkannt werden können.

Kontinenz Harninkontinenz. Harninkontinente Frauen erzählen davon, dass sie ständig Harn verlieren, vergessen aber, dass es auch Zeiten gibt wo es zu keinem Harnverlust kommt. Diese Ausnahmen müssen der Frau vor Augen geführt werden. Sie muss erkennen, dass das Problem nicht ständig existent ist. Sie kann auch den Erfolg nicht erkennen, wenn es nie zu einem Misserfolg kommen würde.

Die **FÜNFTE BERATUNGSPHASE** ist die letzte und wird deshalb als **AB-SCHLUSS** bezeichnet.

Eine lösungsorientierte Beratung ist eine Arbeitsbeziehung auf Zeit. Der Zeitpunkt, wann diese Beziehung beendet wird, ergibt sich aus einem Prozess der Annäherung an die Lösung. Diesen Prozess in das Bewusstsein zu heben ist wichtig. Eine Beraterin die ressourcenorientiert arbeitet sollte sich so bald als möglich entbehrlich machen. Es kann schon ausreichen, dass die Klientin in der Annäherung an ihre Lösung das Gefühl hat wieder kompetent und effektiv handeln zu können. Der Begriff „Lösung“ darf nicht so verstanden werden das alle Probleme gelöst sind. Vielmehr ist ein Status gemeint, in dem die Klientin wieder in ihrem Leben Fuß gefasst hat und Schritt für Schritt vorankommt (vgl. Bamberger, 2005, S. 212).

Um die Arbeitsbeziehung zu beenden ist es sinnvoll, dass nach zwei oder drei Monaten noch eine Sitzung geplant wird. Es wird jedoch der Klientin überlassen, ob dieses Gespräch dann auch notwendig ist (Vielleicht-Gespräch). Bei Bedarf kann jedoch auch ein rascher Termin vereinbart werden (Optiongespräch) (vgl. Bamberger, 2005, S. 215).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die lösungsorientierte Beratung die Lösung beziehungsweise die Lösungsfindung in den Mittelpunkt des Geschehens stellt. Die Klientin mit ihren Ressourcen steht im Zentrum und das ermöglicht einen anderen Zugang zur Lösung des Problems.

Die Ressourcen der Ratsuchenden bilden das Potential, aus dem sich Lösungen ergeben. Diese werden versucht zu ermitteln und produktiv einzusetzen. Einen wesentlichen Stellenwert haben Fragen, die den Lösungsprozess steuern: Fragen nach Lösungen, nach Ausnahmen und insbesondere die so genannte „Wunderfrage“. Bereits mit dem Aufsuchen der Beratung hat die Klientin einen ersten Schritt in Richtung einer Lösung getan. Diese erste Veränderung wird positiv in die Beratung integriert (vgl. Engel et al., 2008, S. 109). Die lösungsorientierte Beratung ist handlungsorientiert und peilt keine langwierigen Beratungsprozesse an. Lösungsorientierte Beraterinnen vermeiden es weitgehend über das Problem zu sprechen, so es nicht nur kurzzeitig der Lösungsfindung dient. Sie behandeln ausschließlich Inhalte, die zur Entwicklung von Lösungen beitragen (vgl. Engel et al., 2008, S. 93).

Wie am Anfang des Kapitels erwähnt, handelt es sich bei der lösungsorientierten Bera-

tung um ein Kurzzeitkonzept. Die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen beschränkt sich zwischen vier und sieben. Das zeitliche Intervall zwischen den Sitzungen kann sich über wenige Tage oder auch Monate erstrecken. Die Effektivität des Kurzzeitkonzepts wurde in wissenschaftlichen Studien bestätigt (vgl. Bamberger, 2005, S. 220).

2.2 Schulung

Schulung ist ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Wissen und Fertigkeiten. Am Ende erfolgt eine Ergebnissicherung (vgl. Zegelin, 2006, S. 16). Die Vermittlung von Informationen, die Anleitung und die Beratung sind enthaltene Komponenten der Schulung (vgl. Warmbrunn, 2007, S. 15).

Die Begriffe Schulung und Anleitung werden oftmals synonym verwendet. Die pflegerischen und alltagspraktischen Handlungskompetenzen stehen bei der Anleitung von Patientinnen im Vordergrund, sowie die Erhöhung der Selbstständigkeit die durch die pädagogische Aufgabe der Pflegepersonen erreicht werden soll (vgl. Warmbrunn, 2007, S. 33).

Um eine Schulung erfolgreich zu gestalten müssen individuelle Aspekte beachtet werden. Das Vorwissen, der Zeitpunkt, die seelische Verfassung, die Umfeldbedingungen der betroffenen Person um nur einige zu nennen (vgl. Zegelin, 2006, S. 3).

Eine effektive Patientinnenschulung setzt in der Praxis ein zielgerichtetes und planvolles Vorgehen voraus. Dieses muss auf die spezifischen Problemlagen und Ressourcen der Betroffenen zugeschnitten sein. Hierfür ist eine systematische Einschätzung des individuellen Schulungsbedarfs, der Lernvoraussetzungen und -fähigkeiten grundlegend (vgl. Müller-Mundt, Schaeffer, 2001, S. 226; vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 43-44). Durch die Patientinnennähe und die direkte Patientinneninteraktion im Rahmen ihrer Tätigkeit haben Pflegende am ehesten einen Einblick in die Situation und auch Lebensgewohnheiten der von ihnen betreuten Patientinnen. Somit können sie auch die Lernfähigkeiten besser abschätzen. So verfügen Pflegende überall dort, wo sie in die

Patientinnenbetreuung miteinbezogen sind, über einen alltagsnahen Zugang zu bedeutenden Informationen der Betroffenen (vgl. Müller-Mundt, Schaeffer, 2001, S. 228).

Die Patientin wird als Partnerin und als Expertin in eigener Sache verstanden und ihre Autonomie wird durch Befähigung zum Selbstmanagement unterstützt. Förderung der Eigenverantwortung und die Stärkung der Selbstpflegekompetenz spielen eine große Rolle (Netzwerk Patienten- und Familienedukation e.V./Universität Witten/Herdecke, 2008, S. 2).

Mindestanforderungen einer Schulung: (vgl. Pimmer, Buschmann-Steinhage, 2008, S. 624-625)

1. Vorliegen von Schulungsmanuals mit Angaben zu Zielgruppe, Gruppengröße, Zielen und Inhalten der Schulung sowie Angaben zum methodischen Vorgehen, einschließlich geeigneter Schulungsmaterialien.
2. Ziele der Patientinnenschulung sollten sein a. Wissenserwerb b. Training von Fertigkeiten c. Motivation zu gesundheitsförderlichem Lebensstil d. Krankheitsbewältigung und e. Training von krankheitsspezifischer Kompetenz
3. Bei der Durchführung der Schulung werden geeignete didaktische Methoden gefordert: neben frontalen Vorträgen sollten in jeder Stunde aktivierende Methoden wie zum Beispiel Kleingruppenarbeiten eingesetzt werden, die das Lernen durch die persönliche Erfahrung fördern.

Der Schulungsleiterin kommt hier eine Schlüsselrolle zu, da sie den Teilnehmerinnen die Inhalte der Schulung vermittelt und sie auch bei der Einübung von Fertigkeiten anleitet. Hierfür benötigt sie nicht nur umfassendes Wissen über die Erkrankung, sondern auch didaktische Fähigkeiten und Gesprächsführungskompetenz (vgl. Pimmer, Buschmann-Steinhage, 2008, S. 625).

Es gibt sowohl Einzelschulungen wie auch Gruppenschulungen. Wobei von Gruppenschulungen bei heiklen Themen die auch mit Schamgefühl und Peinlichkeit verbunden sind eher abzuraten ist.

Vorteile von Einzelschulungen sind unter anderem, dass sie auf den persönlichen Bedarf und die Belange des Einzelnen abgestimmt werden kann und dass sie personell auch weniger aufwendig sind (vgl. Schudt, 2005, S. 109). Vorteil von Gruppenschulungen: Gruppendynamik, soziale Kontakte knüpfen und ein Erfahrungsaustausch untereinander (vgl. Schudt, 2005, S. 109).

Mikroschulung:

Hier handelt es sich um kleine Lehr- und Lerneinheiten, die eine spezifische Fertigkeit oder Verhaltensweise schulen (vgl. Zegelin, 2006, S.19).

Die Lerneinheiten sollten 30 Minuten nicht überschreiten. Es werden Verhaltensweisen oder Fertigkeiten trainiert oder eine „Wissensportion“ wird vermittelt. Die Mikroschulung richtet sich an ein bis zwei Adressatinnen. Ein Beispiel für eine Mikroschulung wäre die „Subcutane Injektion“. Mikroschulungen brauchen ein Konzept. Es geht darum, dass in gleicher Weise und auch Qualität vermittelt wird und nicht, dass jede Pflegeperson „irgendwie etwas“ macht. Auch bei Mikroschulungen findet am Ende eine Ergebnissicherung und eine Evaluation statt (vgl. Zegelin, 2006, S. 3-4.)

Die Ergebnissicherung am Ende einer Schulung erfolgt durch eine Zusammenfassung oder durch eine „kleine Prüfung“ (vgl. Abt-Zegelin, 2006, S. 63).

Die wissenschaftlich belegte Wirksamkeit einer Schulung beziehungsweise eines Schulungsprogramms gilt als wichtiges Qualitätsmerkmal (vgl. Pimmer, Buschmann-Steinhage, 2008, S. 626).

2.3 Information

Information ist eine gezielte Mitteilung. Auch die Bereitstellung von Medien, die Vermittlung bedeutender Adressen in einem offenen Angebot sowie die Recherchehilfe gehören zur Information. (vgl. Zegelin, 2006, S. 16.)

Eine pflegebezogene Information setzt auf eine individuelle Adressatin (vgl. Zegelin, 2006, S. 18).

Informieren ist eine sehr häufige Interaktion im Pflegealltag. Pflegende informieren

nicht nur, sie geben auch Hinweise und empfehlen Selbsthilfegruppen. In der Regel überwiegt die mündliche Information. Das Führen eines strukturierten Gesprächs, das sich an Vorgaben zu Inhalt und Ablauf orientiert, sichert eine umfassende Information der Patientin. Dieses kann durch Leitfäden und schriftliche Ergänzungen, zum Beispiel eine Patientinnenbroschüre unterstützt werden. Broschüren sind eine geeignete Form um Informationen weiterzugeben. Broschüren werden in ein Informationsgespräch eingebettet. Viele Broschüren können kostenlos über Selbsthilfegruppen, Krankenkassen, Interessensgruppen und Stiftungen (zum Beispiel Krebshilfe) bezogen werden. Zuvor sollten die Materialien aber von den Pflegenden gesichtet und auf ihre Qualität und ihren Inhalt geprüft werden. Häufig fehlt aber auch geeignetes Material, dann liegt es nahe eigene Broschüren oder Faltblätter zu entwickeln. Erste Entwürfe eines Informationsblattes sollten bei der Zielgruppe getestet und gegebenenfalls angepasst werden. Betroffene Menschen haben oft andere Fragen als die Pflegepersonen denken und oft sind auch Texte, Abbildungen und Skizzen zu kompliziert (vgl. Menche, 2007, S. 207-208).

Im Bereich Information können noch viele andere Wege genutzt werden. So können Fotomappen und Poster bestellt oder auch selber hergestellte Plakate verwendet werden - in Krankenhäusern eignen sich besonders Wartezonen oder Fahrstühle zum Aushang. Auch neue Medien können genutzt sowie Videos oder DVDs ausgegeben werden (vgl. Menche, 2007, S. 208).

Einen immer größeren Bereich nehmen Informationen über das Internet ein. Viele Einrichtungen stellen Patientinnen einen Zugang zur Verfügung, besonders jüngere Menschen nützen diese Informationsquelle. Dabei ist es schwierig, seriöse von unseriösen Informationen zu trennen (vgl. Menche, 2007, S. 208-209).

Informationen können zu riskanten Informationen werden: Sind sie richtig, wahr oder sind sie falsch oder nur in bestimmten Teilen falsch (vgl. Engel, Sickendiek, 2005, S. 165)? Deshalb ist es für die informationssuchende Patientin eine große Hilfe, wenn Pflegepersonen (für ihr Betätigungsfeld) über die seriösen Internetangebote Bescheid wissen um gegebenenfalls Rat geben zu können (vgl. Menche, 2007, S. 208-209).

2.3.1 PatientInneninformationszentren (PIZ)

Nach Vorbild des „Patient-Learning-Center“ einer Klinik in Boston (USA), wurde 1999 eine ähnliche Einrichtung in Westfalen gegründet. Diese Einrichtung ist ein Kooperationspartner des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke (vgl. Abt-Zegelin, 2000, S. 57). Unter dem PatientInneninformationszentrum wird eine Biblio- und Mediothek verstanden, die von den Betroffenen und Ratsuchenden genutzt werden kann. Auch können sie sich zu Pflege- und Gesundheitsfragen informieren (vgl. Abt-Zegelin, 2000, S. 57; vgl. Zegelin, 2006, S. 20).

In einem PIZ sollte es ein großes Spektrum an Büchern, Broschüren, Zeitschriften, Videofilmen und CD-ROMs geben. Ebenso sollte es die Zugriffsmöglichkeiten auf das Internet geben. Es müssen zunächst auch Kriterien für die Medienauswahl festgelegt werden. Verständlichkeit der Medien für Nichtfachleute, Aktualität, eine anerkannte Autorenschaft und die inhaltliche Fundiertheit stehen im Vordergrund. Als sinnvoll erachtet wird auch das Bereitstellen von Erfahrungsberichten von Betroffenen. Die Wahl bei der personellen Besetzung eines PIZ sollt grundsätzlich auf Pflegepersonen fallen. Diese können auf gesundheitsbezogene Fragestellungen der Besucherinnen des PIZ angemessen reagieren. Neben der pflegerischen Fachkompetenz wird zusätzlich auf Berufserfahrung, Erfahrung in Bereich Schulung und Beratung und gute EDV-Kenntnisse sowie hohe soziale Kompetenz Wert gelegt. Der Tätigkeitsschwerpunkt sollte in der Bibliothek auf der Unterstützung bei der Informationsrecherche liegen. Um auch Konflikte mit anderen Berufsgruppen zu vermeiden werden Grundsätze für die tägliche Arbeit entwickelt. Im PIZ werden keine (vgl. Büker, 2007, S. 23-25):

- Diagnosen gestellt
- Therapievorschläge gemacht

Im PIZ erfolgt keine (vgl. Büker, 2007, S. 25):

- Beeinflussung der Patientin in eine bestimmte Richtung
- Bewertung bisheriger Behandlungsverfahren
- Information und Beratung über nicht anerkannte Verfahren

Der PIZ-Besuch ist außerdem kein Ersatz für einen Besuch bei einer Ärztin. Vielmehr ist dieses als Ergänzung zu verstehen (vgl. Büker, 2007, S. 25).

2.3.2 Evidenzbasierte PatientInneninformation

Damit die Patientin informierte Entscheidungen treffen kann, ist eine evidenzbasierte PatientInneninformation (EBPI) Voraussetzung (vgl. Steckelberg et al., 2005, S. 343).

Die folgende Tabelle zeigt die **Kriterien einer EBPI** auf.

Kriterium 1: Anforderungen an Informationen • Vor jeglichen Maßnahmen muss über das Ziel informiert werden sowie über die Prognose bei Nichtintervention. Auch über die Behandlungsoptionen und die Wahrscheinlichkeit für den Erfolg muss aufgeklärt werden. Das weitere Vorgehen muss geplant und die Beratungs- und Unterstützungsangebote erläutert werden. • Verständlichkeit • Interessenskonflikte (zum Beispiel finanzieller Art) müssen offengelegt werden. • Genügend Zeit für eine Entscheidung muss zur Verfügung stehen. • Die Möglichkeit, dass die Maßnahme abgelehnt wird, darf kein Grund sein, die Information vorzuenthalten. Angaben bezüglich Metainformation • Verfasserin und Sponsorin • Finanzielle Abhängigkeiten • Ziele der Publikation, Informationsquellen und Aktualität der Information • Hinweise auf Adressen für weitere Informationsquellen sowie auf Unterstützungsangebote und Selbsthilfegruppe	
Kriterium 2: Erwünschte und unerwünschte Wirkungen werden gleichwertig kommuniziert.	Kriterium 3: Fehlen von Evidenz wird kommuniziert.
Kriterium 4: Darstellung von Zahlen und Ergebnissen entsprechend der Erkenntnisse.	Kriterium 5: Keine alleinige sprachliche Darstellung von Risiken.
Kriterium 6: Ergänzung durch (angemessene) grafische Darstellungen.	Kriterium 7: Darstellung von Verlust und Gewinn Risikoinformationen, die den "Verlust" darstellen, eignen sich besser, um Menschen zu einem bestimmten Verhalten zu überreden.
Kriterium 8: Berücksichtigung kultureller Besonderheiten (PatientInneninformation in Muttersprache).	Kriterium 9: Angemessenes Layout: PatientInneninformation soll das Lesen erleichtern und das Verständnis unterstützen.
Kriterium 10: Angepasste, nicht bevormundende Sprache sowie aktiver Sprachstil.	

Tabelle 2.1 – Kriterien für evidenzbasierte PatientInneninformationen (vgl. Steckelberg et al., 2005, S. 344-347)

PatientInnen-Wissen ist nur dann wirksam, wenn die Inhalte evidenzbasiert und relevant sind (vgl. Mühlhauser, Lenz, 2008, S. 225).

Kapitel 3

Medizinthoretischer Hintergrund

Kontinenz ist die Fähigkeit, die Blase zu einem bestimmten Zeitpunkt willentlich zu entleeren (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 16). Harninkontinenz ist dagegen jeglicher unfreiwillige Verlust von Urin (vgl. Abrams et al., 2002, S. 168).

3.1 Anatomie und Physiologie

3.1.1 Lage und Aufbau

Zur Veranschaulichung nachfolgender Erklärungen siehe Abbildung 3.1 auf Seite 27.

Die Harnblase ist ein dehnbares und kräftiges Hohlorgan. In leerem Zustand ist sie praktisch flach und mit dem Einlaufen des Urins rundet sie sich (vgl. Gomez, 2006, S. 13). Die Harnblase (Vesica urinaria) liegt im kleinen Becken hinter dem Schambein (Os pubis). Oben ist sie vom Bauchfell (Peritoneum) überzogen und kann sich in der Füllungsphase über das Schambein hinaus erweitern (immer der vorderen Bauchwand angelehnt). Ihre Innenfläche ist mit Schleimhaut (mehrschichtiges Epithel (1)) ausgekleidet, die sich bei zunehmender Blasenfüllung glättet. Der Detrusormuskel (Detrusor vesicae (2)) bezeichnet die Gesamtheit der längs- und querverlaufenden Muskelfasern, aus denen die Harnblase besteht. Dieser Detrusor zieht sich zusammen (Kontraktion), wenn sich die Blase entleeren soll. Dieser unterliegt dem vegetativen Nervensystem und kann daher willentlich nicht gesteuert werden. Der innere Schließmuskel (Sphincter urethrae internus (3)) wird durch die Muskelfasern des unteren Blasenanteils am

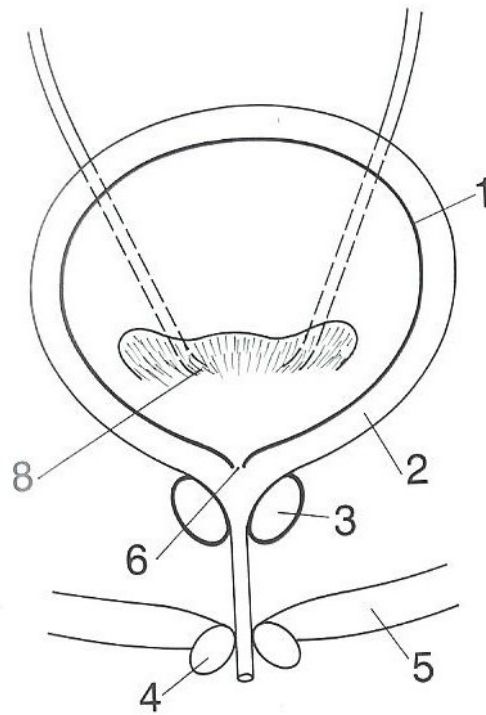


Abbildung 3.1 – Schematische Darstellung der Blase von der Frau (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 17)

Übergang zur Harnröhre gebildet. Dieser Schließmuskel unterliegt ebenfalls dem vegetativen Nervensystem, im Gegensatz zum äußeren Schließmuskel (Sphincter urethrae externus (4)). Dieser umschließt die Harnröhre und besteht aus quergestreifter Muskulatur und ist Teil der gesamten Beckenbodenmuskulatur (5). Am Blasen Hals geht die Harnblase in die Harnröhre (Urethra (6)) über, die bei Frauen drei bis vier Zentimeter lang ist. Die Harnröhre endet im äußeren Geschlechtsorgan. Die Harnleiter treten schräg in die Blasen hinterwand ein und an dieser Eintrittsstelle der Harnleiter in die Blase befinden sich die Ostien (8). Durch das Zusammenziehen von Muskelfasern bei der Miktion verhindern sie den Rückfluss (Reflux) von Harn in die Nieren. Die Harnblase hat die Aufgabe den Harn zu sammeln (vgl. Sachsenmaier, 1991, S.16-17; vgl. Weibelhuth, 2006, S. 11).

3.1.2 Die Harnentleerung (Miktion)

Die Miktion ist ein komplexer Vorgang, der eine bestimmte Koordination zwischen den verschiedenen Nervenbahnen, dem Rückenmark und dem Gehirn erfordert (vgl. Gomez, 2006, S. 15). Die Kontraktion des Blasenwandmuskels führt zu einem Druckanstieg in der Blase und dadurch wird die Harnentleerung eingeleitet (vgl. Webellhuth, 2006, S. 13).

Der Miktionsablauf

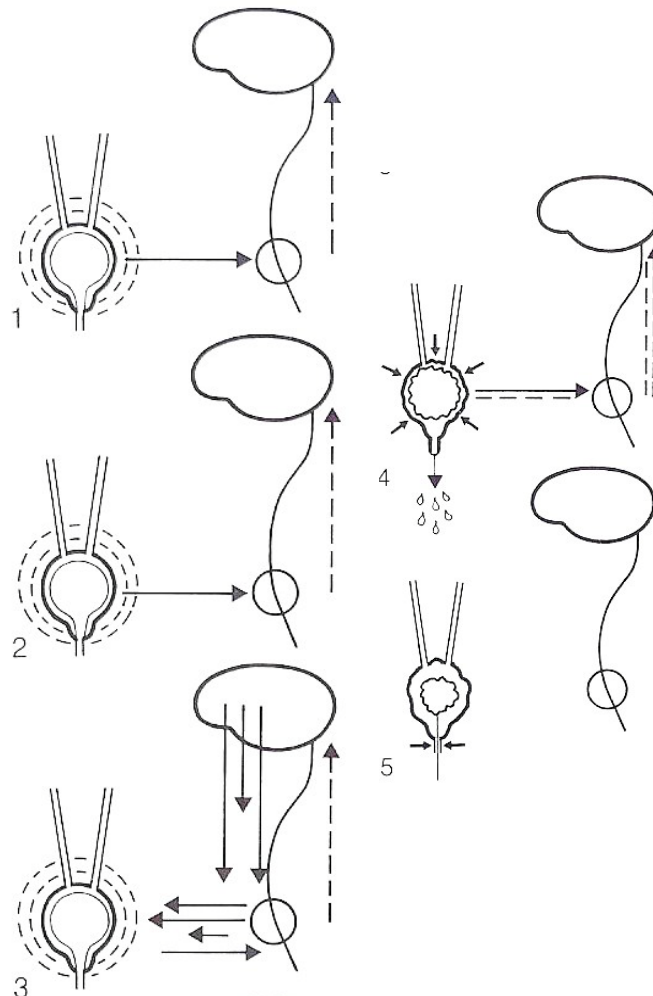


Abbildung 3.2 – Miktionsablauf (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 18)

Über das sakrale Miktionszentrum im Rückenmark lösen die Dehnungsrezeptoren die Meldung der Blasenfüllung zum Gehirn aus (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 17-18). Die Dehnungsrezeptoren befinden sich auf der Innenwand der Harnblase und sind wie feine Sensoren, die auf Druck reagieren (vgl. <http://www.dieitalen.de/Presse/pdf/inkontinenz.pdf>[Stand:13.08.2010]). In diesem Moment stellen wir fest, dass Harndrang vorhanden ist (siehe 1 und 2 in der Abbildung 3.2 auf 28). Damit einer automatischen Blasenentleerung entgegengewirkt werden kann, werden hemmende Impulse vom Gehirn zurück zur Harnblase entsandt (3). Das Zusammenziehen des Blasenmuskels (Detrusorkontraktion) findet erst dann statt, wenn wir eine Toilette erreicht haben und somit bewusst die Hemmung auflösen. Mit der Kontraktion der Blasenmuskulatur öffnet sich gleichzeitig der Blasen Hals, die Harnblase zieht sich zusammen und die Beckenbodenmuskulatur senkt sich. Willentlich öffnet sich der äußere Schließmuskel. Mittels Bauchpresse kann ermöglicht werden, dass sich der Harnstrahl verstärkt (4). Die Schließmuskel ziehen sich nach Beendigung der Miktion zusammen und die Blase kann sich erneut füllen (5) (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 18).

Das Fassungsvermögen der Harnblase und ab wann der Harndrang einsetzt weicht von den einzelnen Literaturangaben gering ab.

Webelhuth (2006) gibt an, dass bei zirka 300 ml der Harndrang einsetzt und die Blase ein Fassungsvermögen von etwa 500 ml hat, wobei Gomez (2006) beschreibt, dass der Drang bereits bei 175 bis 250 ml zu verspüren ist und die Blase ein Fassungsvermögen irgendwo zwischen 500 und 800 ml hat. Die Blasenfüllmenge nimmt ab dem 40. Lebensjahr ab (vgl. Gomez, 2006, S. 15). Für eine uneingeschränkte Miktion ist nicht nur die Überleitung der Nervenimpulse zwischen Gehirn, sakralem Miktionszentrum im Rückenmark und der Blase maßgeblich, sondern auch der Blasenmuskel (Detrusor vesicae) selbst muss unversehrt sein sowie der innere und der äußere Schließmuskel (Beckenbodenmuskulatur) müssen dem Blaseninnendruck standhalten. Kommt es an einer dieser Stellen zu einer Beeinträchtigung, dann kann dies zur Inkontinenz führen (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 18).

3.2 Prävalenz der Harninkontinenz

Wie bereits in der Einleitung erwähnt wurde, leiden zirka 850.000 Frauen in Österreich an einer Form der Harninkontinenz. Insgesamt sind eine Million ÖsterreicherInnen von diesem Problem betroffen. 2035 wird sich diese Zahl auf 1,8 Million erhöhen (vgl. Madersbacher, Schatzl, 2009, S. 12). Menschen die älter als 65 Jahre sind, sind besonders von dieser Problematik betroffen (vgl. Kirschner-Hermanns, 1998, S.19). Selten liegen konkrete Zahlen vor, da dieses Thema oft mit Scham und Unbehagen seitens der Betroffenen verbunden ist. Aufgrund dessen lassen sich genaue Zahlen nur schwer erforschen. Von Harninkontinenz sind vorwiegend Frauen und auch Personen fortgeschrittenen Lebensalters beider Geschlechter betroffen (vgl. Hayder et al., 2008, S.19). Bereits jede dritte Frau weist in der Altersgruppe der über 70-Jährigen dieses Beschwerdebild auf (vgl. Madersbacher, Schatzl, 2009, S. 12).

3.3 Risikofaktoren

Um frühzeitig präventive Maßnahmen einleiten zu können, ist das Wissen über die Risikofaktoren einer Harninkontinenz wichtig. Daher kommt auch der Identifikation von Patientinnen mit Risikofaktoren oder Anzeichen für eine Harninkontinenz ein besonderer Stellenwert zu. Die Pflegeperson muss auch Anzeichen für eine Harninkontinenz erkennen und auch in der Lage sein Symptome zuzuordnen zu können (vgl. Bölker et al., 2007, S. 28). Es gibt eine Reihe von Risikofaktoren die für die Entstehung von Harninkontinenz mitverantwortlich sind.

Wichtige personenbezogene Risikofaktoren sind Belastungen des Beckenbodens durch Übergewicht, Schwangerschaft oder chronischen Husten. Andere Faktoren sind bestimmte Erkrankungen oder die Einnahme von speziellen Medikamenten wie zum Beispiel Diuretika (vgl. Bölker et al., 2007, S. 28). Perabo (2009) beschreibt ebenfalls, dass das Übergewicht im Zusammenhang mit Harninkontinenz steht, ebenso wie die eingeschränkte körperliche Aktivität, die Anzahl der Geburten, neurologische Erkrankungen, Depressionen, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Rauchen.

Ein Harnwegsinfekt kann eine mögliche Ursache für eine vorübergehende Harninkontinenz sein oder auch eine zu hohe oder zu niedrige Flüssigkeitsaufnahme, da die

Aufnahme von zu wenig Flüssigkeit die Entstehung eines Harnwegsinfekts begünstigen und durch die Konzentration des Urins einen erhöhten Harndrang bewirken kann. Auch das weibliche Geschlecht stellt in gewisser Maßen einen Risikofaktor dar, denn Frauen sind bis zu viermal häufiger von Harninkontinenz betroffen als Männer. Einen besonderen Stellenwert im Zusammenhang mit Harninkontinenz hat jedoch das Lebensalter (vgl. Bölker et al., 2007, S. 28-29). Dies wird auch in vielen Studien gezeigt (vgl. Hayder et al., 2008, S. 20). Faktoren wie verminderte körperliche und kognitive Fähigkeiten, Multimorbidität, Immobilität, Demenz, spezielle chronische Erkrankungen und die Einnahme verschiedener Medikamente können die Harninkontinenz auslösen (vgl. Bölker et al., 2007, S. 28-29). Psychopharmaka, Opiate, Diuretika, Antidepressiva, Neuroleptika, Anticholinergika, Antihistaminika oder auch Kalziumantagonisten können die Ursache für eine Harninkontinenz sein (vgl. Hayder et al., 2008, S. 21). Harninkontinenz im Alter muss jedoch wie die anderen Risikofaktoren individuell betrachtet werden, da ein höheres Lebensalter lediglich ein Hinweis auf ein mögliches Risiko ist. Es ist die Aufgabe der Pflegeperson zu bewerten, ob individuell bei der Patientin ein Problem mit Harnkontinenz vorliegt (vgl. Bölker et al., 2007, S. 28-29).

Tabelle 3.1 auf Seite 32 gibt einen Überblick zu den Risikofaktoren einer Harninkontinenz.

Selbst bei Sportarten wie Joggen, Golfen, Tennisspielen, Power-Walking und Aerobic steigt das Risiko einer Harninkontinenz (vgl. Gomez, 2006, S. 12).

Abbildung 3.3 auf Seite 32 zeigt, wie Sachsenmaier (1991) die begünstigten Faktoren für das Auftreten der Harninkontinenz zusammenfasst.

Es gibt auch umgebungsbedingte Risikofaktoren einer Harninkontinenz. Hierzu zählen die erschwerte Erreichbarkeit, Nutzbarkeit und Zugänglichkeit von Toiletten wie zum Beispiel schlecht beschilderte oder verschmutzte Toiletten, weite Wege, Türschwellen, fehlende Haltegriffe aber auch unpraktische Kleidung und andere Barrieren (vgl. Bölker et al., 2007, S. 29).

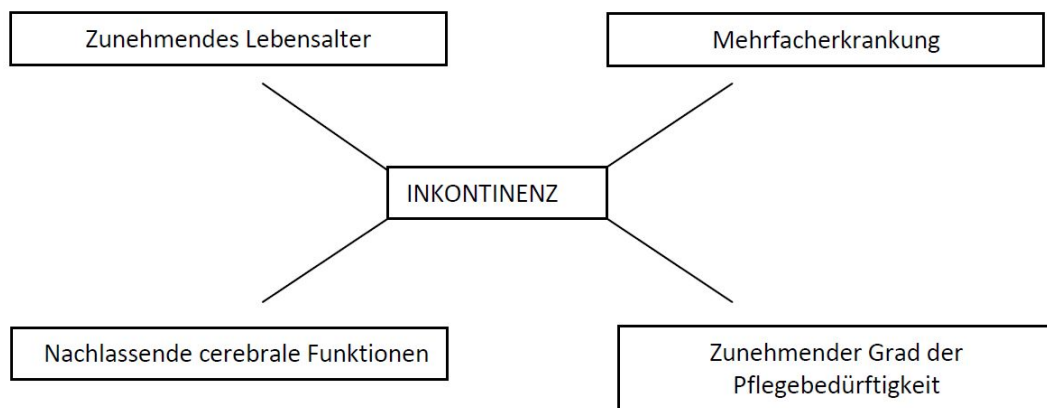


Abbildung 3.3 – Begünstigende Faktoren für das Auftreten einer Harninkontinenz (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 15)

Risikofaktor	Geschlechtsunabhängig	Frauen
Kognitive Einschränkungen	x	
Körperliche Einschränkungen	x	
Alter	x	
Erkrankungen zum Beispiel: Schlaganfall Multiple Sklerose Morbus Parkinson Demenz Diabetes mellitus	x	
Medikamente zum Beispiel - Diuretika - Anticholinergika - Antihistaminika - Antidepressiva - Neuroleptika - Kalziumantagonisten - Opiate	x	
Harnwegsinfektion	x	
Obstipation		x
Belastung des Beckenbodens durch zum Beispiel Schwangerschaft/Entbindung, Adipositas		x
Östrogenmangel		x

Tabelle 3.1 – Risikofaktoren für Harninkontinenz (vgl. Bölker et al., 2007, S. 29)

3.4 Formen der Harninkontinenz

In Anlehnung an die Terminologie der International Continence Society wurde die Einteilung der Formen von Harninkontinenz wie folgt vorgenommen (vgl. Hayder, 2008, S. 53):

3.4.1 Belastungsinkontinenz (früher „Stressinkontinenz“)

„Unfreiwilliger Urinverlust, der synchron mit körperlicher Belastung bei Erhöhung des intraabdominellen Druckes (zum Beispiel Husten, Niesen, Lachen) einhergeht“ (Hayder et al., 2008, S. 55).

Der Ausgangspunkt der Belastungsinkontinenz ist die Muskelschwäche. Durch Überdehnung der Muskelfasern (zum Beispiel durch eine lange und schwierige Geburt) aber auch durch den normalen Alterungsprozess werden die Muskeln, einschließlich der Schließmuskeln, geschwächt. Zusätzlich nimmt der unterstützende Einfluss der Sexualhormone auf das Gewebe durch das näher kommen der Menopause ab. Nicht nur der unkontrollierte und unfreiwillige Harnverlust ist Merkmal der Belastungsinkontinenz, sondern auch ein schwacher Strahl, der in ein Tröpfeln übergeht (vgl. Gomez, 2006, S. 20).

Eine weitere Ursache der Belastungsinkontinenz kann die Lageveränderung der Blase sein. Dies kann als Folge einer Entfernung oder Senkung der Gebärmutter auftreten, ebenso erhöht erhebliches Übergewicht die Belastung des Beckenbodens und verstärkt eventuell auch die Symptomatik (vgl. Webelhuth, Heuser, 2006, S. 16).

Die Belastungsinkontinenz wird in **drei Schweregrade** unterschieden (vgl. Webelhuth, Heuser, 2006, S. 16):

- I. Grad: Harnverlust beim Pressen, Husten oder Niesen
- II. Grad: bei Veränderung der Körperlage (Liegen - Sitzen, Sitzen - Stehen, Gehen)
- III. Grad: Harnverlust im Liegen

3.4.2 Drang- oder Urgeinkontinenz

„Unfreiwilliger Urinverlust, der mit plötzlich auftretendem, nicht unterdrückbarem (imperativem) Harndrang verbunden ist“ (vgl. Hayder et al., 2008, S. 54).

Unwillkürliche und nicht beherrschbare Kontraktionen der Harnblase führen zum unwillentlichen Harnverlust, eine Störung des Schließmuskels liegt im Allgemeinen nicht vor (vgl. Webelhuth, Heuser, 2006, S. 17).

Der Impuls Wasser zu lassen ist bei der Dranginkontinenz so massiv, dass das Erreichen der Toilette oft nur schwer möglich ist. Hier ist die Ursache des Problems nicht der Schließmuskel wie bei der Belastungsinkontinenz, sondern die sich willkürlich oder zur falschen Zeit zusammenziehende Blasenmuskulatur (vgl. Gomez, 2006, S. 21).

Mögliche Ursachen können unter anderem Blasensteine, bakterielle Entzündungen der Blase oder Tumore der Blase sein. Auch zentralnervöse Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Multiple Sklerose oder Demenz können dazu führen, dass ein Miktionsdrang bei relativ geringer Füllung der Blase nicht gehemmt wird (vgl. Webelhuth, Heuser, 2006, S. 17).

Die Menge des unfreiwilligen Urinverlustes reicht von geringen Tropfen bis zu mehr als 100 ml (vgl. Hayder et al., 2008, S. 55).

Die Dranginkontinenz wird eingeteilt in die **motorische** und **sensorische Inkontinenz** (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 19).

Bei der **motorischen Dranginkontinenz** zieht sich der für die Blasenentleerung verantwortliche Muskel unvorhersehbar zusammen, obwohl die Blase noch halb leer ist (vgl. Gomez, 2006, S. 22). Ursachen der motorischen Dranginkontinenz sind unter anderem Apoplexie und Morbus Alzheimer. Sie entsteht dann, wenn Schädigungen des Gehirns entstehen (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 19).

Bei der **sensorischen Dranginkontinenz** ist die Ursache eine entzündete oder irrierte Blase, ein Stein oder ein Tumor. In der Regel kann die Empfindung kontrolliert und eine unerwünschte Harnentleerung auch vermieden werden (vgl. Gomez, 2006, S. 22).

Hyperaktive Blase (Overactive bladder - OAB)

Von einer hyperaktiven Blase wird gesprochen, wenn die Kontrolle der Blasenfunktion gestört ist, was vor allem ältere Menschen betrifft (vgl. Fischer, 2000, S. 20). Gekennzeichnet ist die hyperaktive Blase durch imperativen Harndrang, gesteigerte Miktionsfrequenz tagsüber und auch nachts. Bei einem Viertel der Betroffenen verursacht die hyperaktive Blase eine Dranginkontinenz (vgl. Madersbacher, 2008, S. 27-28).

3.4.3 Mischinkontinenz

„Unfreiwilliger Urinverlust, der mit imperativen Harndrang und mit körperlicher Belastung einhergeht“ (Hayder et al., 2008, S. 56).

Drang- und Belastungsinkontinenz treten hier gemeinsam auf und werden manchmal auch durch häufiges Bedürfnis Wasser zu lassen erschwert (vgl. Gomez, 2006, S. 21). Vielfach findet sich diese Form im höheren Lebensalter und kann verschiedene Ausprägungen der Belastungs- oder Drangkomponente haben (vgl. Perabo, 2009, S. 21).

3.4.4 Inkontinenz bei chronischer Harnretention (früher „Überlaufinkontinenz“)

„Unfreiwilliger Urinverlust in Zusammenhang mit Restharnbildung“ (Hayder et al., 2008, S. 56).

Diese Form der Inkontinenz beschreibt einen Zustand in dem die Blase, nicht schmerzhaft, mit hohem Restharn voll ist (vgl. Perabo, 2009, S.22).

Typisch ist ein kontinuierliches Harntröpfeln oder eine Serie kleinerer Harnverluste ohne Muskelanstrengung (vgl. Webelhuth, Heuser, 2006, S. 18). Weitere Symptome sind ein verzögerter Start der Miktion, Pressen beim Wasserlassen sowie ein schwacher Harnstrahl, häufiges Wasserlassen, Nykturie sowie das Empfinden einer nicht entleerten Blase (vgl. Hayder et al., 2008, S. 57). Hier werden **zwei Grundformen** unterschieden. Erstens wird ein erschwelter Harnfluss durch eine Obstruktion genannt (vgl. Gomez, 2006, S. 22-23). Dies wird als **obstruktive Ursache** bezeichnet (vgl. Diedrich et al., 2007, S. 182). Bei der zweiten Form kommt es zu einem Verlust der Nervenkontrolle. Hier wird die Blase nicht mehr richtig entleert, deshalb ist sie ständig zum Teil

gefüllt, weshalb sie dann auch überläuft. Die Ursachen können Schlaganfälle, Multiple Sklerose, Diabetes oder auch Parkinson sein (vgl. Gomez, 2006, S. 23). Bei dieser Form wird von **neurogenen Störungen** gesprochen (vgl. Diedrich et al., 2007, S. 182). Die Gesundheit kann durch diese Form der Harninkontinenz gefährdet werden, da Nierenschädigungen durch einen möglichen Harnaufstau und Harnwegsinfektionen möglich sind (vgl. Hayder et al., 2008, S. 57). Die chronische Harnretention betrifft jedoch fast ausschließlich Männer (vgl. Webelhuth, Heuser, 2006, S. 18).

3.4.5 Extraurethrale Inkontinenz

„Ständiger Urinverlust über andere Kanäle als die Harnröhre (Fisteln)“ (Webelhuth, Heuser, 2006, S. 16)

Gelegentlich kann sich zwischen der Blase und der Vagina oder auch der Gebärmutter ein falscher Weg, auch Fistel genannt, entwickeln (vgl. Gomez, 2006, S. 23). Ursachen können zum Beispiel Fisteln nach gynäkologischen Operationen sein, eine Geburt oder Bestrahlung. Es kann sich aber auch um angeborene Pathologien handeln (vgl. Perabo, 2009, S. 21). Für diese Form der Inkontinenz ist eine Operation die einzige Möglichkeit die Abhilfe schaffen kann (vgl. Gomez, 2006, S. 24).

3.4.6 Unkategorisierbare Inkontinenz

„Hier liegt ein beobachtbarer unfreiwilliger Urinverlust vor, der anhand von Symptomen und Befunden nicht eindeutig den anderen Kategorien zugeordnet werden kann“ (Hayder et al., 2008, S. 58).

Die auf Seite 37 angeführte Tabelle zeigt die Harninkontinenz in Bezug auf die Speicher- und Entleerungsstörungen.

3.5 Therapiemöglichkeiten bei Harninkontinenz

Grundlage für jede Therapie der Harninkontinenz ist eine gründliche Abklärung der Ursache (vgl. Zellweger, Gasser, 2007, S. 35).

„Die Therapie der Harninkontinenz erfolgt primär ursachenorientiert und, falls deren

	Speicherstörung	Entleerungsstörung
Dranginkontinenz	X	
Stressinkontinenz	X	
Mischinkontinenz	X	
Inkontinenz bei chronischer Harnretention		X
Extraurethrale Inkontinenz	X	X
Unkategorisierbare Inkontinenz	?	?

Tabelle 3.2 – Harninkontinenz in Bezug auf Speicher- und Entleerungsstörungen der Harnblase (vgl. Hayder et al., 2008, S. 58)

Behebung nicht mehr möglich ist, sekundär symptomorientiert“ (Betschart et al., 2008, S. 23).

Es gilt jedoch, dass die chirurgische Therapie erst dann zum Einsatz kommt, wenn alle Maßnahmen der konservativen Therapie ausgenutzt wurden (vgl. Betschart et al., 2008, S. 24; vgl. Lüftenegger, 2006, S. 12). Vor allem bei den konservativen Therapiemöglichkeiten spielt die Motivation und die Mitarbeit der Betroffenen eine große Rolle (vgl. Kirschner-Hermanns, 1998, S. 24).

3.5.1 Medizinische Diagnostik

In diesem Abschnitt soll auf die Diagnostik der Harninkontinenz kurz eingegangen werden.

Zuerst wird die **Anamnese** durchgeführt. Es werden konkrete Fragen gestellt um genaueres über die Art und auch den Schweregrad des Leidens zu erfahren (vgl. van der Weide, 2001, S. 35). Hier wird unterschieden zwischen der **spezifischen Anamnese** (Seit wann besteht die Inkontinenz? Wie oft tritt sie auf? Werden Einlagen benötigt? usw.) und der **allgemeinen Anamnese** (Operationen, Krankheiten, Medikamente, usw.) (vgl. Zellweger, Gasser, 2007, S. 35).

Danach folgt die **körperliche Untersuchung**. Es werden die äußerlichen Geschlechtsorgane untersucht und durch Beklopfen des Bauches kann der Umfang und die Lage der Blase herausgefunden werden. Auch werden die inneren Geschlechtsorgane einer

Untersuchung unterzogen wobei es hier wichtig ist zugleich die Beckenbodenmuskulatur zu beurteilen (vgl. van der Weide, 2001, S. 35).

Der **Ultraschall** dient zur Restharnbestimmung. Bei Mengen über 100 ml muss eine Abklärung durch einen Facharzt erfolgen (vgl. Zellweger, Gasser, 2007, S. 35).

Bei der **urodynamischen Untersuchung** wird die Funktion des unteren Harntraktes überprüft. Die Patientin muss zum Untersuchungszeitpunkt eine volle Blase aufweisen damit sie auf dem Flowmeter die Blase entleeren kann. Das Flowmeter misst, wieviel und auch wie schnell der Urin entleert wird. Danach bekommt die Patientin zwei Katheter, einen rektal und einen urethral, eingeführt um zu sehen, ob die Blase auch tatsächlich vollständig entleert wurde. Jetzt wird Wasser in die Blase appliziert und die Patientin muss angeben, ab wann sie Harndrang verspürt beziehungsweise wann dieser stark ist. Die Patientin sollte versuchen so lange als möglich nicht zu urinieren. Die Patientin wird aufgefordert zu husten, um zu sehen ob es dadurch zu Urinverlusten kommt. Den Schließdruck und die Länge der Harnröhre liefert das Harnröhrendruckprofil. Dieses erhält man, wenn der Katheter aus der Blase langsam herausgezogen wird (vgl. van der Weide, 2001, S. 35-36).

Mittels Röntgenaufnahmen wird die Form der Blase vor, während und nach der Miktion dargestellt. Dies wird **Miktionszystourethrographie** genannt.

Die **Zystoskopie** dient dem Ausschluss von Blasentumoren und Blasensteinen (vgl. Zellweger, Gasser, 2007, S. 35). Das Zytoskop wird bei der Frau meist ohne Betäubung durch die Harnröhre in die Blase vorgeschoben. Damit die Blase beziehungsweise das Innere der Blase besser gesehen werden kann wird sie durch den Katheter mit Wasser gefüllt. Die Zystoskopie dauert meist nicht länger als zehn Minuten (vgl. van der Weide, 2001, S. 37).

Die **Urinanalyse** dient dem Ausschluss von Harnwegsinfekten und bösartigen Zellen (vgl. van der Weide, 2001, S. 37).

Das **Miktionstagebuch** dient nicht nur der medizinischen Diagnostik, es ist auch ein wichtiges Messinstrument für die Pflegepersonen (vgl. van der Weide, 2001, S. 38).

Bitte zutreffendes ankreuzen + eintragen

[illegible]

Art und Größe der Vorlage:

Notizen:

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

Abbildung 3.4 – Miktionsprotokoll zur Selbsteinschätzung (vgl. Hayder et al., 2008, S. 67)

Hier lassen sich nicht nur Aussagen machen über die Trinkmenge, Miktionsmenge und Miktionsfrequenz, sondern auch über die Häufigkeit von Drangsymptomen und Episoden der Inkontinenz (vgl. Hampel et al., 2007, S. 375). Der Protokollierungszeitraum sollte laut der Expertinnenarbeitsgruppe des Nationalen Expertenstandards drei bis fünf Tage sein (vgl. Hayder et al., 2008, S. 66).

Bevor jedoch angefangen wird ein Miktionsprotokoll zu führen sollte eine Harnwegsinfektion ausgeschlossen werden, da dieses dann nicht informativ wäre (vgl. Hayder et al., 2008, S. 67). Führt man das Miktionsprotokoll gewissenhaft, kann dies auch Aufschluss darüber geben, um welche Form der Inkontinenz es sich handelt. Ebenfalls hat man eine genaue Aussage darüber, wie viele Miktionen am Tag stattgefunden haben. So kann versucht werden die Häufigkeit zu verringern und man sieht auch gleich, ob ein Erfolg erzielt wurde (vgl. van der Weide, 2001, S. 52).

3.5.2 Konservative Therapie

Nicht-medikamentöse Therapie

Bei der **Belastungsinkontinenz** gibt es verschiedene Therapieformen, die nicht-medikamentös durchgeführt werden.

Dazu gehören in erster Linie das Beckenbodentraining (eventuell unterstützt durch Biofeedback, Elektrostimulation und Vaginalkonusen). Danach finden auch noch Pessare und Kontinenztampons Einsatz in der konservativen Therapie (vgl. Betschart et al., 2008, S. 24).

Beim **Beckenbodentraining** werden die Beckenbodenmuskeln gestärkt. Der Beckenboden wird durch Kontraktionen des Beckenbodens, über zehn Sekunden lang, gestärkt. Dieses Training ist dreistufig aufgebaut wobei die erste Stufe anatomische und funktionelle Kenntnisse des Beckenbodens vermittelt. In der zweiten Stufe werden bereits die Beckenbodenmuskeln trainiert und in der dritten Stufe werden auch Verhaltensstrategien geübt und die Kontraktionsübungen in den Alltag eingebaut (vgl. Betschart et al., 2008, S. 24). Das Grundprinzip hinter diesem Konzept ist, dass das Bewusstsein über den Beckenboden und die Muskelkraft gestärkt werden (vgl. Glavind

et al., 1999, S. 76). Hier wird jedoch nicht näher auf das Beckenbodentraining eingegangen. Nähere Erläuterung finden sich in Kapitel 5.2.

Beim Beckenbodentraining unterstützt durch **Biofeedback** lernt man die Muskeln zu kontrollieren. Dadurch, dass ein Sensor eingesetzt wird, kann man erkennen wie kräftig die Vagina zusammengepresst wird und ob auch die Muskeln (des Beckenbodens) ausreichend angespannt sind und an Stärke gewinnen (vgl. Gomez, 2006, 124).

Bei der unterstützenden **Elektrostimulation** wird die Kontraktion passiv ausgeführt, bei Patientinnen, die den Beckenboden nicht selbständig anspannen können. Dies geschieht durch nicht implantierte vaginale, anale oder Oberflächen Elektroden (vgl. Naumann, 2009, S. 168).

Das Konzept der **Vaginalkoneen** dient der Unterstützung der Gymnastik des Beckenbodens. Hier werden Koneen verschiedenen Gewichtes in die Scheide eingeführt. Diese müssen einige Minuten gehalten werden. Das Gewicht liegt zwischen 20 und 70 Gramm (vgl. Naumann, 2009, S. 163).

Die Verwendung eines **Vaginalpessars** dient dazu, dass eine Obstruktion der Harnröhre geschaffen wird und auch der Blasenhal stabilisiert wird. Es muss jedoch beachtet werden, dass die Pessare von den Patientinnen selbst eingelegt und gereinigt werden müssen. Dies ist eine Voraussetzung, ist jedoch in den meisten Fällen simpel (vgl. Naumann, 2009, S. 162).

Bei den **Kontinenztampons** wird die vordere Scheidenwand angehoben und ebenso der Blasenhal unterstützt. Meistens bestehen diese Tampons aus Schaumstoff oder Hartplastiken. Hier wird ein Druck auf die Urethra ausgeübt und dadurch kommt es auch zur Steigerung des Urethralverschlussdruckes (vgl. Betschart et al., 2008, S. 25).

Auch bei der **Dranginkontinenz** gibt es mehrere nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten.

Hierzu zählt die Verhaltenstherapie wie das Miktionsstraining, das Toilettentraining und das Blasentraining sowie physiotherapeutische Maßnahmen wie das Beckenbodentraining und die Elektrostimulation (vgl. Perabo, 2009, S. 85-88).

Beim **Miktionsstraining** werden die Miktionsintervalle verlängert, um ein normales Miktionsvolumen (altersentsprechend) ohne Restharn und Kontinenz zu erreichen (vgl.

Hofmann, Wagner, 2009, S. 50).

Das **Toilettentraining** ist das zur Toilette gehen nach einem festen Zeitplan und nicht weil die betroffene Person einen Harndrang verspürt (vgl. van der Weide, 2001, S. 40). Es soll erreicht werden, dass die Inkontinenzphasen reduziert oder gar vermieden werden (vgl. Boelker, 2006, S. 55). Es wird der angebotene Toilettengang vom Toilettengang zu festgelegten Entleerungszeiten und dem Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten unterschieden (vgl. Hayder, 2007, S. 79-84). Hier sind eher Menschen betroffen die nicht mehr selbstständig die Toilette erreichen können oder kognitiv eingeschränkt sind (vgl. Boelker, 2006, S. 55-56).

„Das Ziel von Miktions- und Toilettentrainingsprogrammen ist, über einen längeren Zeitraum hindurch die Intervalle zwischen den Miktionen schrittweise zu verlängern und die Blasenfüllmenge zu vergrößern“ (Talas, 2009, S. 14).

Ziel des **Blasentrainings** ist es, dass die Patientin lernt, die Miktion aufzuschieben und somit die Kapazität der Blase vergrößert wird (vgl. van der Weide, 2001, S. 109). Angestrebt wird, dass ein Wasserlassen alle drei Stunden ermöglicht wird. Die Zeitabstände in denen die Miktion aufgeschoben wird werden alle paar Tage um zirka fünf Minuten erhöht. Ein Zeitlimit gibt es nicht um das gewünschte Ziel zu erreichen (vgl. Gomez, 2006, S. 118).

Die **physiotherapeutischen Maßnahmen** wurden bereits bei der Belastungsinkontinenz erläutert.

Da bei der **Mischinkontinenz** Symptome sowohl von der Belastungs- als auch von der Drangkomponente vorhanden sind, ist auch die Therapiemöglichkeit eine Kombination beider Formen. Die Behandlung sollte sich jedoch nach der dominierenden Form der Inkontinenz richten (vgl. <http://www.urologie.uni-goettingen.de/informationen/inkontinenz.php>[Stand:10.09.2010]).

Bei der **Inkontinenz bei chronischer Harnretention** steht die chirurgische Sanierung sowie die medikamentöse Therapie im Vordergrund (vgl. Diedrich et al., 2007, S. 182). Dies wird in den dafür vorgesehenen Unterkapiteln erläutert.

Wie im Unterkapitel 3.4.4 bereits erwähnt, handelt es sich bei der **extraurethralen Inkontinenz** um einen Urinverlust über eine Fistel, sprich andere Kanäle (vgl. Webelhuth, Heuser, 2006, S. 16). Aus diesem Grund ist der einzige Ausweg eine Operation (vgl. Gomez, 2006, S. 24).

Aufsaugende Hilfsmittel können bei Harninkontinenz Abhilfe schaffen. Sie können sowohl temporär als auch Therapie unterstützend zum Einsatz kommen. Da jedoch eine umfassende Anleitung und Schulung der Patientinnen unabdingbar für einen erfolgreichen und selbstständigen Gebrauch sind (vgl. Hayder et al., 2008, S. 142), wird hier nicht näher darauf eingegangen. Eine ausführlichere Darstellung wird in Kapitel 5.2.2 angeführt.

Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie der Harninkontinenz soll in diesem Abschnitt nur kurz angeführt werden. In der Literatur werden häufig Dosisangaben beschrieben, die hier jedoch keine Berücksichtigung finden, da sie für den Nutzen dieser Arbeit nur sekundär von Bedeutung sind.

Madersbacher (2008) spricht bei der medikamentösen Therapie der **Belastungsinkontinenz** von **Duloxetin** (vgl. Madersbacher, 2008, S. 27). Duloxetin ist ein Serotonin-Noradrenalin-Antagonist und steigert die Kontraktion des externen urethralen Sphinkters (vgl. Naumann, 2009, S. 156).

Midodrin wird ebenfalls als Therapie angeführt (vgl. Lüftenegger, 2006, S. 12). Midodrin ist ein Alphaadrenorezeptor-Agonist und führt durch Muskelkontraktion der glatten Muskulatur zu einem Harnröhrenverschluss. Da jedoch randomisierte Studien die nur dürftige Besserung aufzeigen, finden Alphaadrenorezeptor-Agonisten keine Anwendung mehr in der Behandlung der Inkontinenz. (vgl. Naumann, 2009, S. 153-154). Eine weitere Verwendung findet die Hormontherapie wie **Östrogen**. Die Wirksamkeit der Östrogene ist jedoch strittig, zumindest bei der Belastungsinkontinenz. Bei der Dranginkontinenz ist der positive Effekt vielmehr durch Studien erwiesen (vgl. Naumann, 2009, S. 154-155).

„Östrogene haben keinen direkten Einfluss auf den urethralen Kontinenzmechanismus, jedoch einen positiven trophischen Effekt auf das Bindegewebe, Muskeln und Blutgefäße, der zu einer Verringerung der Harninkontinenz führt“ (Naumann, 2009, S. 154).

Die **Dranginkontinenz** ist gewiss das Gebiet der medikamentösen Therapie der Harninkontinenz (vgl. Madersbacher, 2008, S. 27). Genannt werden hier unter anderem Anticholinerika/Antimuskarinika (Tropiumchlorid, Oxybutynin, Tolterdon), Trizyklische Antidepressiva und Östrogene (vgl. Lüftenegger, 2006, S.12; vgl. Perabo, 2009, S. 94-98) sowie Botulinum-Toxin (vgl. Lüftenegger, 2006, S. 12).

Anticholinerika „...blockieren die von den autonomen Nerven an den Blasenmuskel durchgegebene Botschaft, sich zusammenzuziehen und die Blase zu entleeren. Wenn sich der Muskel entspannt, lässt der Druck in der Blase nach und ihre Kapazität erhöht sich“ (Gomez, 2006, S. 103). Anticholinerika setzen die Häufigkeit der Miktionen herab und bringen so Erleichterung. Jedoch sind Nebenwirkungen wie Obstipation, Mundtrockenheit und Akkomodationsstörungen bekannt (vgl. Krumpl-Ströher, 2007, S. 26).

Trizyklische Antidepressiva wird eine anticholinerge, muskelrelaxierende und alpha-adrenerge Wirkung zugeschrieben (vgl. Perabo, 2009, S. 98).

Östrogene haben, wie bereits weiter oben erwähnt, einen durch Studien erwiesenen positiven Effekt (vgl. Naumann, 2009, S. 154).

Das **Botulinumtoxin** ist eine andere medikamentöse Möglichkeit, wenn die Antimuskarinika nicht wirksam genug sind oder nicht vertragen werden (vgl. Madersbacher, 2008, S. 29). Die Botulinumtoxin-Typ-A-Injektion wird in den Detrusor injiziert (zytoskopisch, mit Hilfe einer flexiblen Nadel). Dreißig Injektionen werden über die Blase verstreut (vgl. Schurch, 2007, S. 40). Dadurch kommt es zu einer schlaffen Lähmung des glatten Detrusormuskels, weil es zu keiner Ausschüttung von Acetylcholin kommt (vgl. Apostolidis et al., 2006, S. 645). Hier handelt es sich um ein minimalinvasives Verfahren (vgl. Madersbacher, 2008, S.30) welches im Allgemeinen in Lokalanästhesie erfolgt (vgl. Boy, Seif, 2009, S. 107).

Auch bei der **Mischinkontinenz** werden **Anticholinerika** viel versprechend eingesetzt. Besonders die Mischinkontinenz stellt eine Herausforderung der therapeutischen Optionen dar, da ihre vielfältige Symptomatik mehrere Ursachen aufweisen kann (vgl. <http://www.kup.at/kup/pdf/7840.pdf>[Stand: 14.09.2010]).

Die medikamentöse Therapie der **Überlaufinkontinenz** erfolgt mit **Alpha-Blockern** oder **Muskelrelaxantien**, weil versucht wird den Blasendruck herabzusetzen und die Urethra zu relaxieren. Möchte man den Detrusor verstärken, kann die Gabe von **Cholinerika** Abhilfe verschaffen (vgl. Diedrich et al., 2007, S. 182).

Bei der **Extraurethralen Inkontinenz** ist die chirurgische Sanierung die einzige Möglichkeit (vgl. Gomez, 2006, S. 24).

3.5.3 Chirurgische Therapie

„Operationen bei Harninkontinenz reichen von einfachen Eingriffen in örtlicher Betäubung bis hin zu ausgedehnten Eingriffen zur Wiederherstellung des geschädigten Beckenbodens“ (Roth, 2004, S. 43).

Es gibt viele chirurgische Möglichkeiten für die **Belastungsinkontinenz**, jedoch begrenzt die Chirurgin dies auf wenige Operationen. Nicht nur deshalb, weil die meisten Operationen Abwandlungen eines allgemeinen Prinzips sind, sondern auch, weil immer Operationen mit einer empfehlenswerten Datenlage zu favorisieren sind. Auch bevorzugt die Chirurgin Operationen mit denen sie vertraut ist und auch die nötige Erfahrung mitbringt (vgl. Riss, 2009, S. 25).

Zuerst ist die **Kolposuspension nach Burch** zu nennen. Über einen Unterbauchquerschnitt wird dieser Eingriff vorgenommen und der Blasenhalshals wird in Richtung Symphysenhinterwand angehoben. Dies geschieht mit nicht resorbierbaren Fäden (vgl. Riss, 2009, S. 25; vgl. Schmitz, Müller, 2009, S. 180). Dadurch werden der Blasenhalshals und die Schließmuskeln der Harnröhre gestützt (vgl. Gomez, 2006, S. 113). Der Blasenhalshals wird dadurch nicht nur stabilisiert, sondern die Kontinenz wird wiederhergestellt

(vgl. Schmitz, Müller, 20009, S. 180). Diese Operation wird unter Vollnarkose durchgeführt und dauert in etwa eine Stunde. Jedoch muss beachtet werden, dass in den ersten drei Monaten nach der Operation Belastungen wie zum Beispiel etwas Hochheben, unterlassen werden soll. Die Kolposuspension hat eine Erfolgsrate zwischen 80 und 90 Prozent, das heißt, die Patientinnen sind danach beschwerdefrei (vgl. Gomez, 2006, S. 113).

Weiters wird die **TVT-Methode (Tensionsfree vaginal tape nach Ulmsten)** angeführt (vgl. Eberhard, Geissbühler, 2000, S. 44). Hier werden zwei kleine Schnitte über dem Schambein gemacht. (vgl. Gomez, 2006, S. 114). Im Normalfall erfolgt diese Operation in Lokal- oder Lumbalanästhesie und dauert in etwa 30 Minuten (vgl. Fischer, Lüftenegger, 2002, S. 27). Es wird ein Polypropylenband von der Scheide hinter dem Schambein entlang nach oben bis unter die Bauchdecke geführt. Dieses Band wird spannungsfrei (tensionsfree) eingelegt (vgl. Schmitz, Müller, 2009, S. 181). Das Vaginalband ist eine Stütze, die den Blasenhal in einer bestmöglichen Position hält, was zur Kontinenz führt (vgl. Gomez, 2006, S. 114).

Die **SupraPubic ARC- (SPARC) Methode** ist mit der TVT-Methode vergleichbar. Der Unterschied besteht darin, dass bei der SPARC-Methode das Band nicht von der Scheide aus platziert wird, sondern suprapubisch (oberhalb des Schambeins) (vgl. Bauer, 2009, S. 38).

Bei der **Faszienzügelplastik** wird der Blasenhal unterstützt (vgl. Riss, 2009, S. 27), indem aus körpereigenem Material (meistens aus der vorderen Bauchwand) ein Zügel um diesen gelegt wird. Dadurch wird der Blasenhal angehoben (vgl. Schmitz, Müller, 2009, S. 180).

Der **künstliche Schließmuskel** ist eine Methode die bei einem kompletten Ausfall des Schließmuskelapparates zum Einsatz kommt (vgl. Webelhuth, Hausmann, 2006, S. 31). Dieser Sphinkter besteht aus drei Teilen. Einer Manschette, auch Cuff genannt, die um den Blasenhal oder die Harnröhre gelegt wird, einem Druckreservoir, dass den Druck in der Manschette reguliert und somit der Blasenaustrag beziehungsweise die Harnröhre verschlossen wird und einem Kontrollpumpensystem, dass bei den Frauen in der großen Schamlippe liegt (vgl. Webelhuth, Hausmann, 2006, S. 31; vgl. Gomez, 2006, S. 115).

„Nur wenige Urologen verfügen über Erfahrung auf dem Gebiet dieser komplexen Operationsmethode“ (Gomez, 2006, 115).

Die chirurgische Therapie der **Dranginkontinenz** ist eher selten (vgl. Glavind et al., 1999, S. 79). Bei dieser Form der Inkontinenz kommt unter anderem die **Augmentation der Blase (Harnblasenerweiterung)** als operatives Verfahren infrage (vgl. Fischer, Müller, 2009, S. 135). Die hier am meisten durchgeführte Operation ist die Clam-Zystoplastik. Bei der Clam-Operation wird die Blase geteilt und durch ein Stück Darm (meistens Ileum) vergrößert (vgl. Glavind et al., 1999, S. 79-80). Die Blase wird also wie bei einer Muschel („Clam“) geöffnet (vgl. Fischer, 2000, S. 32). Durch diese Vergrößerung sinkt der Druck in der Blase und somit wird die Spannung gedämpft und der Drang reduziert (vgl. Gomez, 2006, S. 115).

Auch die **Brickerblase (Ileum-Conduit)** findet als operatives Verfahren Anwendung (vgl. Glavind et al., 1999, S. 79). Hier erfolgt die Harnableitung über ein Dünndarmsegment. Beim sogenannten **Urostoma** wird ein ca. zwanzig Zentimeter langes Darmstück ausgeschalten und End-zu-End anastomosiert. Das orale Ende wird verschlossen und das aborale Ende in die Bauchdecke implantiert und die Harnleiter mit dem ausgeschalteten Darmstück anastomosiert. (vgl. Rödder, 2008, S. 20-21). Das aborale Ende wird im rechten Unterbauch als Hautstoma ausgeleitet. Ein Urinbeutel dient als Behälter. Dieser Behälter umrandet das Stoma an der äußeren Bauchwand (vgl. Webelhuth, Hausmann, 2006, S. 34).

Wie bereits bei der konservativen Therapie erwähnt, besteht die Therapiemöglichkeit der **Mischinkontinenz** aus einer Kombination der Therapieformen der Belastungs- und Dranginkontinenz (vgl. <http://www.urologie.uni-goettingen.de/informationen/inkontinenz.php>[Stand:10.09.2010]). Sind jedoch die Symptome der Belastungsinkontinenz überlegen, können mit einer chirurgischen Therapie bei etwa 50 Prozent der behandelten Frauen akzeptable Ergebnisse erzielt werden (vgl. Reinke, 2003, S. 36; vgl. Goepel, 2003, S. 812). Ebenso kann dies aber auch die Drangsymptomatik verschlimmern (vgl. Goepel, 2003, S. 812).

Bei der Therapie der **Inkontinenz bei chronischer Harnretention** ist es notwendig, dass zuerst die Ursache der Blasenentleerungsstörung herausgefunden werden muss. Der erste therapeutische Schritt ist die Beseitigung der Ursache (Operation bei Obstruktion und die Behandlung der Grunderkrankung) (vgl. Gauruder-Burmester, 2009, S. 16).

Da es sich bei der **Extraurethralen Inkontinenz** über einen Harnverlust über andere Kanäle als die Harnröhre handelt (Fisteln) (vgl. Webelhuth, Heuser, 2006, S. 16), kann das Problem nur operativ behandelt werden. Die Fistel kann durch Exzision und Fistelverschluss entfernt werden, sollte jedoch erfahrenen Chirurginnen vorbehalten bleiben, da diese Operation mit hoher Komplikationsrate versehen ist (vgl. Schmitz, Müller, 2009, S. 179).

Kapitel 4

Pflegetheoretischer Hintergrund

4.1 Die Zielerreichungstheorie von Imogene King

Laut Meleis zählt die Theorie der Zielerreichung von Imogene King zu den Interaktionstheorien (vgl. Meleis, 1999, S. 519). King leitet diese von ihrem allgemeinen Systemmodell ab (vgl. Fawcett, 1998, S. 114).

King begreift Pflege als *„einen aus Aktion, Reaktion und Interaktion bestehenden Prozess, in dem sich Pflegekraft und Klient über ihre jeweiligen Wahrnehmungen in der pflegerischen Situation austauschen. Durch zielgerichtete Kommunikation formulieren sie Ziele, Probleme oder Besorgnisse. Sie suchen nach Mitteln, mit deren Hilfe sich die gewünschten Ziele erreichen lassen, und einigen sich auf eine gemeinsame Vorgehensweise. Aus dieser Interaktion zwischen Pflegekraft und Klient folgen dann die ersten Schritte in Richtung Zielerreichung“* (Fawcett, 1998, zit. n. King, 1981, S. 134).

Aufgrund dessen soll hier die Zielerreichungstheorie von Imogene King Erwähnung finden, da diese in guten Zusammenhang mit der lösungsorientierten Beratung und der Patientinnengruppe harninkontinenter Frauen gebracht werden kann.

Wie bereits im zweiten Kapitel erwähnt, baut die lösungsorientierte Beratung auf der Gruppe der systemischen Ansätze auf (vgl. Engel, 2006, S. 41). Systemisches Denken geht davon aus, dass der Mensch ein beziehungsorientiertes Wesen ist. Das Verhalten vom Individuum muss deshalb hauptsächlich als interaktives Geschehen gesehen

werden, sozusagen als Aktion und Reaktion (vgl. Bamberger, 2005, S. 6). Hier ist die Beraterin, ebenso wie die Pflegeperson bei der Zielerreichungstheorie, eine Interaktionspartnerin (vgl. Bamberger, 2005, S. 9). In beiden Fällen wird versucht gemeinsam mit der Patientin/Klientin durch Kommunikation Ziele beziehungsweise Lösungen zu finden.

„Theorien stellen Bezugspunkte zur Verfügung, von denen aus Ereignisse in unserer Welt beschrieben, erklärt und vorhergesagt werden können. Sie leiten an, Fakten auf systematische Art zu sammeln, Hypothesen zu formulieren und zu testen, zu beantwortende Fragen aufzuwerfen und das für eine Profession nützliche Wissen zu erweitern. Eine Theorie ist ein Weg zur Systematisierung und Vereinheitlichung von Wissen; sie ermöglicht, Wissenslücken einer Disziplin zu erkennen“ (King, 2008, S. 188).

Imogene King betont, dass das Ziel ihres Pflegesystems die Gesundheit für Individuen, die Gesundheit für Gruppen wie zum Beispiel Familien und die Gesundheit für Gemeinschaften in der Gesellschaft ist. Weiters beschreibt sie, dass den Pflegepersonen eine Schlüsselrolle im Gesundheitssystem zu Teil wird, da sie die Ziele und auch die dafür erforderlichen Mittel festlegen (vgl. King, 2008, S. 188).

„Pflegekräfte sind zu allererst und hauptsächlich menschliche Wesen, die ihre Aufgaben im Rahmen einer professionellen Rolle erfüllen. Pflegekräfte unterscheiden sich von anderen Gesundheitsprofessionen durch die Art, wie sie in ihrer professionellen Rolle mit Individuen umgehen“ (King, 2008, S. 189).

Anhand der vier Komponenten wird das Metaparadigma der Pflege der Zielerreichungstheorie von Imogene King dargestellt.

Ein Metaparadigma ist die abstrakteste Ebene des Pflegewissens. Es kann mit einer Art „Weltbild“ verglichen werden das den Theorien der Pflege zugrunde liegt und einen Rahmen bildet. In diesem Rahmen werden die Konzepte benannt und zueinander in Beziehung gesetzt. Für die Pflege lauten diese Konzepte Mensch, Gesundheit, Umwelt

und Pflege. Das Metaparadigma beinhaltet Aussagen wie in einer Theorie die pflegerischen Aspekte eingebunden sein sollten (vgl. Menker, Waterboer, 2006, S. 87).

Ein Konzept kann verstanden werden als ein Begriff, der das Wesentliche einer Sache festhält (vgl. Kühne-Ponesch, 2004, zit. n. Thiel, 2002, S. 36).

MENSCHEN sind offene und ganzheitliche Systeme, die mit ihrer Umwelt interagieren und auch Anspruch haben auf Informationen über ihren Gesundheitszustand (vgl. Herold, 2001, S. 81). Das heißt, Menschen sind mit ihrer Umwelt durch Transaktion verbunden, was bedeutet, dass Mensch und Umwelt in Verbindung stehen, eine Einheit sind und keine Trennung vollzogen werden kann (vgl. King, 2008, S.190). Sie haben auch das Recht an Entscheidungsprozessen, die Einfluss auf ihren Gesundheitszustand haben, teilzuhaben und integriert zu werden (vgl. Herold, 2001, S. 81). Menschen haben unterschiedliche Bedürfnisse, Ziele und auch Wünsche. Durch die Einzigartigkeit des Menschen sind auch die Werte individuell charakterisiert, wodurch sich auch die Ziele eines Menschen zurückführen lassen (vgl. King, 2008, S. 190).

Kontext Harninkontinenz. Am Beispiel Harninkontinenz bei Frauen würde dies bedeuten: Der betroffenen Frau darf nicht nur die Möglichkeit einer Operation vorgeschlagen werden. Sie darf nicht nur über diese Möglichkeit informiert werden, sondern sie muss auch über die medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie aufgeklärt werden. Ihr muss erläutert werden welche unterschiedlichen Möglichkeiten es zur Behandlung der Harninkontinenz gibt. Sie muss die Möglichkeit haben sich an diesem Entscheidungsprozess zu beteiligen. Die Frauen müssen auch über das zugrunde liegende Problem der Harninkontinenz aufgeklärt werden.

GESUNDHEIT UND KRANKHEIT werden von King nicht als Kontrast gesehen. Gesundheit ist für sie vielmehr ein Erfahrungsprozess bei dem die persönlichen Ressourcen eingesetzt werden und eine Anpassung an die Stressfaktoren der Umgebung erfolgt. Auch der Lebensstandard übt Einfluss auf den Gesundheitszustand aus (vgl. Herold, 2001, S. 81). Krankheit hingegen bezeichnet Imogene King als „... *ein aus der Balance geratenes Verhältnis in den biologischen Strukturen und den psychologischen oder sozialen Gegebenheiten*“ (Herold, 2001, S. 81-82).

Kontext Harninkontinenz. Am Beispiel Harninkontinenz bei Frauen würde dies bedeuten: Kann sich die betroffene Frau also nicht mehr an die Stressfaktoren der Umgebung anpassen und ihre persönlichen Ressourcen einsetzen, dann würde das für sie Krankheit bedeuten. Es würde aber auch bedeuten, wenn die sozialen Gegebenheiten ausreichend vorhanden wären und die Umgebung dementsprechend eingerichtet wäre, dass sich eine harninkontinente Frau wahrscheinlich kaum beeinträchtigt fühlen würde, hätte sie immer und überall, bei jeder Tätigkeit, eine Toilette zur Verfügung. Dies würde ihr Sicherheit vermitteln.

Pflegepersonen gehören zur **UMWELT** der Klientinnen. Die externe Umwelt ist bestimmt durch Rollen, Verhaltensweisen und Praktiken. Die unmittelbare und weitere Umwelt hat Einfluss auf (vgl. Herold, 2001, S. 82) „... *das menschliche Verhalten über Religion, Erziehung, Familie, Arbeit, Organisationen, Macht und Entscheidungsprozesse*“ (Herold, 2001, S. 82). Man spricht vom sozialem System (vgl. Herold, 2001, S. 82).

Kontext Harninkontinenz. Am Beispiel Harninkontinenz bei Frauen würde dies bedeuten: Ist die Vergangenheit der harninkontinenten Frau durch Erziehung, Arbeit, Rollen usw. so geprägt, dass Harninkontinenz mit Scham, Kindlichkeit und Gestank verbunden wird, ist es für sie umso schwerer dieses Problem anzusprechen. Pflegepersonen spielen also insofern eine Rolle, da sie auch zur Umwelt der Patientinnen gehören und sie das Thema sensibel zur Sprache bringen müssen und feinfühlig darauf eingehen sollen. Empathie spielt genau hier eine große, nicht außer Acht zu lassende, Rolle.

Für die direkte **PFLEGE** gibt es bei Imogene King drei zentrale Begriffe. Diese sind Wahrnehmung, Interaktion und Transaktion (vgl. Herold, 2001, S. 82). King versteht unter Wahrnehmung „...*die individuelle Vorstellung jedes Menschen, die er von der Realität gewinnt und mit der er sich „seine Welt“ schafft. In die Wahrnehmungen gehen Wissen, persönliche Erfahrungen, kultureller Hintergrund und soziale Prägungen ein*“ (Herold, 2001, S. 81-82). Auch in der systemischen Denkweise macht man darauf aufmerksam, dass jedes Individuum durch verschiedene Interaktionserfahrungen ein eigenes Bild von der Wirklichkeit hat. Dieses Bild beeinflusst außerdem wie das

Wahrgenommene bewertet wird und welche Verhaltenspläne entwickelt werden. (vgl. Bamberger, 2005, S. 13).

Den Wahrnehmungs- und Kommunikationsprozess zwischen den Personen und auch zwischen der Person und der Umwelt bezeichnet King als Interaktion (vgl. Herold, 2001, S. 82).

„Als Transaktion bezeichnet sie das aus Interaktionen entstehende gemeinsame zielgerichtete Handeln, das dann zur Zielerreichung führt“ (Herold, 2001, S. 82). Pflegen bedeutet für King, dass die Pflegeperson in direkter Interaktion mit Menschen denkt, wahrnimmt, abwägt, urteilt und handelt (vgl. King, 2008, S. 191). Das heißt, gemeinsam mit den Menschen Entscheidungen zu treffen und über die dafür erforderlichen Mittel zu kommunizieren.

„Eine Pflegesituation ist die unmittelbare Umgebung, die räumliche und zeitliche Realität, in der zwei Individuen eine Beziehung eingehen, um den Anforderungen einer bestimmten Situation zu begegnen“ (King, 2008, S. 191).

Der Informationsaustausch zwischen Pflegenden und den Individuen spielt für Imogene King eine wesentliche Rolle. Denn die Pflegenden sind für diesen zuständig, damit die Menschen Entscheidungen treffen können, die ihren Gesundheitszustand betreffen (vgl. Herold, 2001, S. 82).

„Auch sind sie verantwortlich dafür, dass sie Informationen über die Wahrnehmungen der Patienten sammeln, damit eine Kongruenz zwischen ihren Zielen und denen der Patienten (Transaktion) hergestellt werden kann“ (Herold, 2001, S. 82).

Kontext Harninkontinenz. Am Beispiel Harninkontinenz bei Frauen würde dies bedeuten: Die Pflegende muss sich darüber im Klaren sein, dass jede Patientin ihr eigenes Bild von der Wirklichkeit hat. Die professionell Pflegende hat Verantwortung über den Informationsaustausch. Dieser ist entscheidend dafür, dass die harninkontinente Patientin Entscheidungen treffen kann. Es wird gemeinsam mit der Betroffenen über die erforderlichen Mitteln, die für eine Zielerreichung notwendig sind, kommuniziert. Diese Mittel müssen unbedingt zur Sprache gebracht werden.

„Pflegekräfte spielen im Prozess menschlichen Wachstums und menschlicher Entwicklung eine strategische Rolle und helfen Individuen, Gesundheitsstörungen in der

Gesundheit zu bewältigen... Professionelle Pflegekräfte haben es mit dem Verhalten von Individuen und Gruppen in potentiell stressreichen Situationen im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit und Krisen zu tun. Sie helfen anderen Menschen, Veränderungen täglicher Lebensaktivitäten zu bewältigen“ (King, 2008, zit. n. King, 1981, S. 13).

Die Theorie der Zielerreichung entstand aus zehn von Imogene King ausgewählten einzelnen Konzepten die die Grundlage des Pflegewissens bilden. Die Konzepte lauten wie folgt: das Selbst, Wahrnehmung, Kommunikation, Interaktion, Transaktion, Wachstum und Entwicklung, Stress, Zeit, persönlicher Raum und soziale Rolle (vgl. Herold, 2001, S.82; vgl. King, 2008, S. 191).

Das Transaktionsmodell entstand aus einigen von diesen Konzepten. Die Basis des Transaktionsmodells ist der menschliche Interaktionsprozess, dieser stellt nämlich das theoretische Wissen dar. Dieses theoretische Wissen setzen die Pflegekräfte ein um die Ziele der Individuen zu erreichen (vgl. King, 2008, zitiert nach King, 1981, S. 61).

Abbildung 4.1 auf Seite 55 dient zur Veranschaulichung.

„Dieses Prozessmodell identifiziert die Natur der Interaktionen zwischen Pflegekraft und Klient, die zur Zielerreichung führen. Zwei Menschen (Pflegekraft und Klient), die sich in der Regel fremd sind, begegnen sich in einer Pflegesituation, um zu helfen und sich helfen zu lassen, damit die Gesundheit erhalten bleibt, die soziale Rollenerfüllung ermöglicht. Dieser Prozess zeigt, dass Pflegekräfte gemeinsam mit den Klienten Ziele setzen, zusammen nach Mitteln suchen und Vereinbarungen treffen, wie diese Ziele zu erreichen sind“ (King, 2008, S. 191).

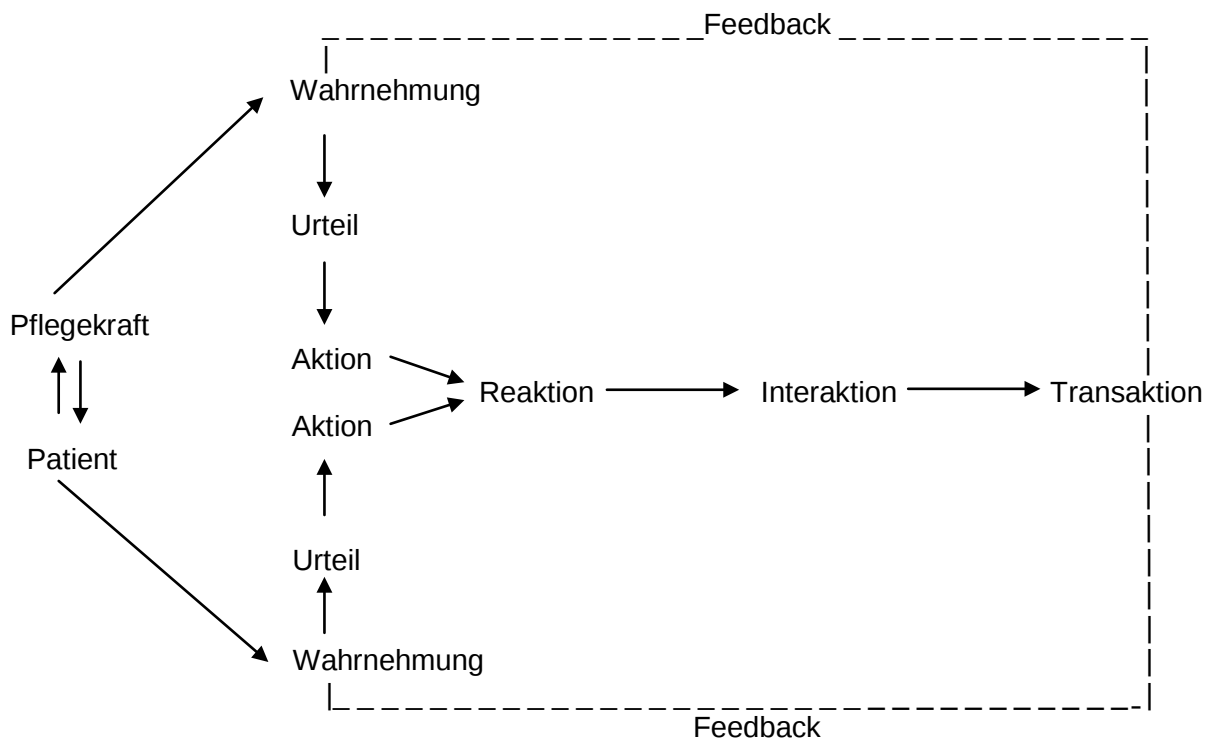


Abbildung 4.1 – Kings Modell des Pflegeprozesses (King, 2008, S. 191)

4.2 Die Rolle der Pflegenden

Da Kontinenzberaterinnen in Krankenhäusern, anderen Einrichtungen und auch in eigenen Beratungsstellen tätig sind, wird hier versucht ein breites Spektrum zu erfassen, welche Rolle die Pflegenden in diesen Bereichen spielen.

4.2.1 Rollenerwartung/soziale Rolle

Von den Pflegenden wird oftmals erwartet, dass sie in allen Situationen professionell handeln und keinen Scham oder Ekel zeigen. Ihnen wird diese Rollenerwartung zugesprochen und sie haben nach Ansicht vieler Menschen auch so zu handeln. Gerade beim Thema Inkontinenz ist dies jedoch häufig schwierig.

Daniela Hayder schreibt in einem Artikel genau über diese Problematik. Harninkonti-

nenz ist ein Thema das sich besonders in der Pflegearbeit als schwierig erweist. Nicht nur auf Seiten der Betroffenen führt diese Thematik zu Schamgefühlen, sondern auch professionell Pflegende haben mit solchen Gefühlen immer wieder zu kämpfen (vgl. Hayder, 2004, S. 750).

Dennoch sind Pflegepersonen häufig die ersten Personen die vom Leiden der Betroffenen erfahren und sollten sich diesbezüglich auch verantwortlich fühlen den harninkontinenten Frauen Wege aufzuzeigen, wie sie mit diesem Problem umgehen können beziehungsweise Möglichkeiten verbalisieren, die eine Linderung ihres Leidens ermöglichen. Blickt man diesem Problem jedoch achtlos gegenüber, dann ist diese Gegebenheit unveränderlich. Pflegende müssen sich dessen bewusst sein, dass ihr eigenes Verhalten einen erheblichen Einfluss darauf hat, wie sich die betroffenen Frauen fühlen. Das Verhalten der professionell Pflegenden hat auch einen nicht zu außer Acht lassenden Einfluss auf die Chance die Kontinenz wiederzuerlangen. Um das Umfeld kontinenzfördernd zu gestalten muss Ungeduld, Vernachlässigung der Biographie, Bevormundung, unkoordiniertes Vorgehen innerhalb des Teams unterbunden werden und stattdessen Hoffnung, Zuversicht und Sicherheit vermittelt werden sowie Akzeptanz und Motivation. Damit das Verhalten der betroffenen Frauen auch verstanden werden kann ist es von primärer Bedeutung das Problem der Betroffenen zu erkennen. Ein weitreichendes Problem ist jedoch, dass noch immer ein Wissensdefizit der Pflegenden bezüglich Inkontinenz herrscht und dieses Thema sowohl in der Grundausbildung als auch in Fortbildungen hinten angestellt wird. Auch hier wird darauf hingewiesen, dass es den Anschein macht, dass unter den Pflegekräften dieses Thema ebenso ein Tabu darstellt wie auf Seiten der Betroffenen. Es ist umso wichtiger, dass man Pflegende in diesem Bereich aus- und fortbildet damit sie ihre Kompetenz erweitern können, denn auch sie brauchen Motivation, Engagement und Geduld. Demnach hat auch das Umfeld der Pflegenden einen Einfluss darauf, wie sich die von Inkontinenz betroffenen Frauen fühlen (vgl. Bühlmann, 2005, S. 153-155).

4.2.2 Wissensaneignung

Wie bereits angesprochen wurde herrscht bezüglich Inkontinenz ein Wissensdefizit und wird vielfach schon in der Grundausbildung hinten angestellt (vgl. Bühlmann, 2005,

S. 154).

Auch Thomas Bölker et al. haben im „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ festgestellt, dass die Pflegeperson über umfassendes Wissen bezüglich Risikofaktoren einer Harninkontinenz verfügen muss, ebenso wie über die Anzeichen dieser. Auch müssen sie die Patientin in angemessener Art und Weise befragen (siehe Kapitel 4.2.4), damit sie herausfinden können ob die ermittelten Risikofaktoren auch in Wirklichkeit eine Kontinenzproblematik zur Folge haben (vgl. Bölker et al., 2007, S. 28).

„Aktuelles Wissen zu Risikofaktoren einer Harninkontinenz ist wichtig, um frühzeitig präventive Maßnahmen einleiten zu können. Darüber hinaus muss die Pflegefachkraft Anzeichen für eine Harninkontinenz erkennen beziehungsweise in der Lage sein, entsprechende Fragen zu stellen, um anhand der Beschreibung der Patienten [...] Symptome zuordnen zu können“ (Bölker et al., 2007, S. 28).

Ulrike Höhmann verweist in ihrem Artikel darauf, dass zu einem professionellen Berufsverständnis auch die Bereitschaft zur Fortbildung gehört. Damit die Pflege eine Möglichkeit hat ihre Kompetenzen zu entwickeln und das Handeln fallangemessen zu gestalten ist der Wissenserwerb von fundamentaler Bedeutung. Ebenso bei der Differenzierung der Verantwortlichkeit im Pflegealltag und den Wirksamkeitsnachweis pflegerischen Handelns. Da Wissen Handlungssicherheit vermittelt, sollten dauerhaft effektive Fortbildungen angeboten werden und nicht ein Wissenserwerb auf schnellstem Wege erfolgen (vgl. Höhmann, 2008, S. 140).

„Kurz: Pflegende müssen bereit sein durch aktiven Wissenserwerb ihren Anspruch auf Professionalität unter Beweis zu stellen, und das Management muss die Bedingungen der Möglichkeit dafür herstellen, dass aus Wissen sichtbare professionelle Kompetenz wird. Das wird nur gelingen, wenn Personal- und Organisationsentwicklung inhaltlich und wertemäßig in den Einrichtungskulturen aufeinander bezogen werden“ (Höhmann, 2008, S. 141).

Titel	In	Autor(en), Jahr	Aussagen zur Wissensaneignung
Inkontinenz	Pflegekonzepte; Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld	Bühlmann, J. (2005) Käppeli, S. (Hrsg.)	- Es herrscht Wissensdefizit der Pflegenden - Vernachlässigung in der Grundausbildung - Unter den Pflegekräften ebenso ein Tabu wie bei den Betroffenen
Der Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege; Entwicklung – Konsentierung – Implementierung	Bölker, T.; Boguth, K.; Braumann, A.; Friesel, B.; Hayder, D.; Kramß, D.; Kuno, E.; Müller, E.; Müller, M.; Saxer, S.; Schnepp, W.; Schön, G. (2007) DNQP (Hrsg.)	- Umfassendes Wissen zu den Risikofaktoren für eine Harninkontinenz - Umfassendes Wissen zu den Anzeichen für eine Harninkontinenz - In der Lage sein, entsprechende Fragen zu stellen um Symptome zuordnen zu können
Expertenstandards in der Praxis: Überlegungen zu zentralen Umsetzungsbedingungen – am Beispiel des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz“	Pflege & Gesellschaft	Höhmnn U. (2008)	- Pflicht zur Wissensaneignung der Pflege - Bereitschaft zur Fortbildung - Wissenserwerb bietet der Pflege die Chance ihre Kompetenzen zu entwickeln - Wissen vermittelt Handlungssicherheit - Langfristig wirksame Fortbildungen statt schnellen und billigen Wissenserwerb - Pflegenden müssen durch aktiven Wissenserwerb ihre Professionalität unter Beweis stellen

Tabelle 4.1 – Zusammenfassung der Wissensaneignung (eigene Darstellung)

4.2.3 Weiterbildung zur Kontinenzberaterin

Die Weiterbildung heißt eigentlich Kontinenz- und Stomaberatung, wobei hier nur die Kontinenzberatung gemeint ist, da die Beratung von Stomaträgern hier keine Erwähnung findet. In diesem Abschnitt und auch im darauffolgendem Text wird jedoch immer von KSB (Kontinenz- und Stomaberatung) gesprochen, da es in der Literatur so vorzufinden ist.

„Seit 1995 werden Weiterbildungen für Kontinenz- und Stomaberatung nach § 64 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) in Innsbruck, Salzburg und Wien angeboten“ (Mund, 2009, S. 9).

Mittlerweile gibt es einen Universitätslehrgang für Kontinenz- und Stomaberatung an der Donau-Universität Krems (vgl. <http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/stomakontinenz/index.php>[Stand:04.11.2010]).

Nicht nur die Begleitung der Betroffenen zählt zu den Verantwortlichkeiten der Kontinenz- und Stomaberaterinnen, sondern auch die Schulung hinsichtlich der Bewältigung des veränderten Alltags. Dieser Alltag bringt verschiedene Problematiken mit sich wie zum Beispiel der Rückzug und die Isolation der Betroffenen aus Angst unangenehm zu riechen. Nicht der Funktionsverlust steht im Vordergrund der Arbeit der Beraterinnen, sondern das Bedürfnis nach Selbstverantwortung und die Selbstpflegefähigkeit der Betroffenen. Ebenso unterstützen die Kontinenz- und Stomaberaterinnen die Betroffenen hinsichtlich der Aktivitäten des täglichen Lebens und möchten die Autonomie der Betroffenen so weit es möglich ist wiederherstellen. Die Aufgaben der Beraterinnen sind vielfältig, so gehört auch die Beratung, Betreuung und Begleitung der Betroffenen und Angehörigen sowie die Unterstützung und Schulung der Pflegenden selbst und Auszubildenden dazu. Auch die Öffentlichkeitsarbeit, wie die Teilnahme an Kongressen beispielsweise, ist Teil der vielfältigen Aufgaben. Ein wichtiger, nicht außer Acht zu lassender Punkt ist die Vertretung der Betroffenen gegenüber der Krankenkassen, damit ihnen eine qualitative, angepasste und ökonomische Versorgung zu Teil wird (vgl. Mund, 2009, S. 9).

Der Wiener Krankenanstaltenverbund bietet die Weiterbildung „Kontinenz- und Stomaberatung“ berufsbegleitend an. Die Fachtheorie besteht aus 320 Unterrichtseinheiten und 220 Stunden sind für die fachpraktische Ausbildung vorgesehen. Nach zwölf Monaten schließt man die Weiterbildung mit einem Zeugnis ab. Die Kosten betragen innerhalb von Wien 4.098,0 Euro exklusive Umsatzsteuer. Ab 2011 bezahlt man 4180,0 Euro. Zielgruppe dieser Fortbildung sind Diplomier-te Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (allgemein, psychiatrisch und Kinder) mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung im intra- oder extramuralen Bereich (vgl. [http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_inhalte_anzeigen.asp?kurskuerzel=13270&kursgruppe=6.2.3.6&veranstalter=AKH-PFLEGE\[Stand:06.11.2010\]](http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_inhalte_anzeigen.asp?kurskuerzel=13270&kursgruppe=6.2.3.6&veranstalter=AKH-PFLEGE[Stand:06.11.2010])).

Die Kursinhalte bestehen aus neunzehn Punkten welche sich wie folgt zusammensetzen ([http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_inhalte_anzeigen.asp?kurskuerzel=13270&kursgruppe=6.2.3.6&veranstalter=AKH-PFLEGE\[Stand:06.11.2010\]](http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_inhalte_anzeigen.asp?kurskuerzel=13270&kursgruppe=6.2.3.6&veranstalter=AKH-PFLEGE[Stand:06.11.2010])):

- Grundlagen der Beratung und Anleitung
- Integriertes Pflegemodell nach S. Käppeli
- Angewandte Beratungstätigkeit - ausgewählte Konzepte
- Durchführung von Beratungs- und Argumentationsgesprächen
- Aufgaben und Anforderungsprofil des/der Kontinenz- und Stomaberater/in
- Assessment und Pflegediagnostik
- Planung und Durchführung spezieller Pflegeangebote und -techniken
- Auswahl, Organisation und Anwendung diverser Hilfsmittel - Materialkunde
- Angewandte Hygiene
- Dokumentation
- ausgewählte medizinische und psychologische Aspekte
- Wundmanagement - ausgewählte Themen
- Einrichten von intra- und extramuralen Beratungsstellen
- Zusammenarbeit mit Betreuungsdiensten, Selbsthilfegruppen, Firmen und Kostenträgern
- Teamarbeit, Konfliktmanagement
- Pädagogisch-didaktische Grundlagen

- Fachbezogene Rechtskunde
- Qualitätsmanagement
- Öffentlichkeitsarbeit

4.2.4 Informationssammlung

Der gesamte Pflegeprozess spielt bei der Harninkontinenz eine wichtige Rolle.

Die Pflegeanamnese ist jedoch der erste Schritt im Pflegeprozess und dient der Informationssammlung. Dadurch kommen die Probleme, Bedürfnisse und vor allem auch die Ressourcen der Patientin zum Vorschein. Somit ist die Pflegeanamnese das Fundament des Pflegeprozesses. Nicht nur die darauf folgenden Schritte des Pflegeprozesses sondern die Qualität der Pflege insgesamt hängen von dieser ersten Situationseinschätzung ab. Was ist nun aber für die Qualität der Situationseinschätzung bedeutend? Mit dem fachlichen Hintergrundwissen die Patientin zu beobachten ist ebenso wichtig wie die Fähigkeit mit der Patientin zu kommunizieren. Die Informationssammlung soll jedoch in einen Dialog eingebunden werden. Damit sich die Patientin auch öffnen kann und die Dinge ansprechen die ihr vielleicht peinlich sind ist es wichtig empathisches Verhalten an den Tag zu legen und die Patientin zu ermutigen diese Dinge anzusprechen (vgl. Stefan et al., 2003, S. 15-16).

Bei der pflegerischen Anamnese geht es im Unterschied zur medizinischen Anamnese nicht darum die Diagnose und die Behandlung der Krankheit festzulegen, sondern sie zielt auf die (vgl. Stefan et al., 2003, S. 16) *„[...] Planung der Gesundheitsfürsorge und Pflege, auf die Einschätzung der Auswirkung der Krankheit auf den Patienten und seine Familie, auf die Beurteilung der notwendigen Gesundheitserziehung [...] ab“* (Stefan et al., 2003, S. 16).

Prinzipiell gilt, dass der Zeitpunkt, wann die Informationssammlung stattfindet, mit der Patientin gemeinsam gewählt wird. Der Ort an dem die Anamnese stattfindet, sollte ruhig sein und die Intimsphäre wahren. Dieses Gespräch dient vor allem den Beziehungsaufbau zwischen Patientin und Pflegeperson (vgl. Stefan et al., 2003, S. 21-22).

In Abbildung 4.2 auf Seite 62 wird der sechsstufige Pflegeprozess nach Fiechter und

Meier dargestellt.

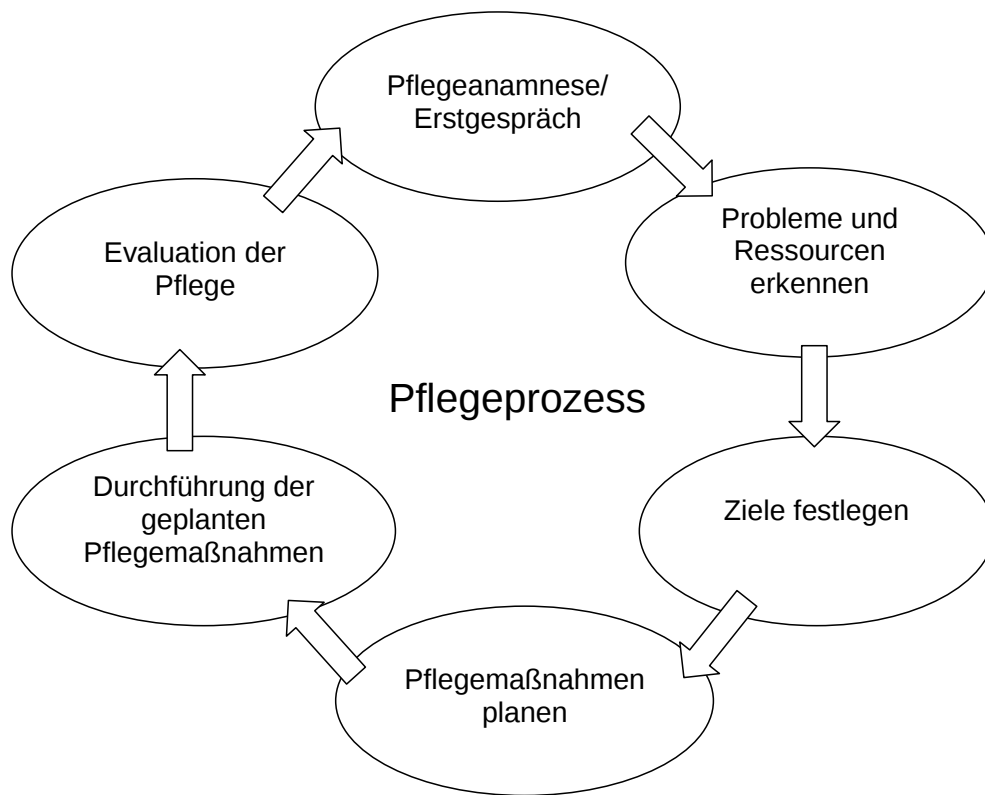


Abbildung 4.2 – Pflegeprozess nach Fiechter und Meier (vgl. Schmidt, Meißner, 2009, S. 141)

Der vom *Krankenhaus Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel* verwendete Anamnesebogen (Abbildung 4.3) geht nur kurz auf die Problematik der Harninkontinenz ein. Die heikle Thematik wird auf ein paar Fragen reduziert. Als professionell Pflegendе muss man deshalb versuchen, das Thema genauer auszuführen und gezielte Fragen zu stellen.

In diesem Abschnitt soll deshalb auf den Artikel von Dungal und Riss (2005) eingegangen werden. Dieser Artikel kann in der Praxis Anwendung finden und soll deshalb näher erläutert werden. Er kann in gewisser Maßen als Hilfestellung für die Pflegenden gesehen werden.

Wasser-Flüssigkeitshaushalt	
Probleme: ☐ Nein ☐ Ja	Welche?.....
..... Seit wann?.....	
Durstgefühl: ☐ normal ☐ erhöht ☐ verringert	Bedarf an Flüssigkeit/Trinkmenge:..... Liter/Tag
Bevorzugte Getränke:.....	
Beobachtung:.....	
.....	
Nahrung	
Probleme: ☐ Nein ☐ Ja	Welche?.....
..... Seit wann?.....	
Ernährungssonde: ☐ Nein ☐ Ja	Welche?.....
Diät/Sondenkost:..... Seit wann?.....	
Essgewohnheiten:.....	
Beobachtung:.....	
.....	
Ausscheidung - Stuhl	
Probleme: ☐ Nein ☐ Ja	Welche?.....
..... Seit wann?.....	
Aufälligkeiten bzw. Veränderungen:.....	
Abführhilfen:.....	Letzter Stuhl am:.....
<u>Hilfsmittel</u> : ☐ Höschenwindel ☐ Inkontinenzeinlage ☐ Fixierhose ☐ Sonstige:.....	
Besondere Gewohnheiten:.....	
Künstlicher Ausgang:.....	Seit wann?.....
Beobachtung:.....	
.....	
Ausscheidung - Urin	
Probleme: ☐ Nein ☐ Ja	Welche?.....
..... Seit wann?.....	
Aufälligkeiten bzw. Veränderungen:.....	
<u>Hilfsmittel</u> : ☐ Höschenwindel ☐ Inkontinenzeinlage ☐ Slipseinlage ☐ Fixierhose ☐ Sonstige:.....	
Harn-Ableitungssystem (Art/Typ):.....	
Gelegt am:.....	Größe (Charrier):..... letzter Wechsel:.....
Beobachtung:.....	
.....	

Abbildung 4.3 – Ausschnitt aus dem Anamnesebogen des Krankenhauses Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel

Dungl und Riss teilen das Erstgespräch bei Harninkontinenz in neun Bausteine ein (vgl. Dungl, Riss, 2005, S. 8). Diese Bausteine mit den dafür vorgesehenen Fragen können Pflegenden durchaus helfen beim Aufnahmegespräch genauer auf das Thema Bezug zu nehmen und erleichtert ihnen den Einstieg in ein ohnehin heikles Thema.

In diesem Artikel wird von der ärztlichen Anamnese gesprochen, jedoch kann dieses auf das pflegerische Assessment gleichermaßen übertragen werden. Außerdem muss die Pflegeperson, wie in Kapitel 4.2.2 bereits angeführt, die Patientin in angemessener Art und Weise befragen, damit sie herausfinden kann, ob die ermittelten Risikofaktoren auch in Wirklichkeit eine Kontinenzproblematik zur Folge haben und auch, damit sie

die Symptome zuordnen kann (vgl. Bölker et al., 2007, S. 28).

Zu den neun Bausteinen zählen Konstitution und Beruf, Harnverlust, Harndrang, Geburten und Operationen, Medikamente und Hormone, Trinken und Miktion, Nacht, Freizeit und Sport sowie Sex (vgl. Dungl, Riss, 2005, S. 8-10).

Im Folgenden soll auf die einzelnen Bausteine kurz eingegangen werden, da, wie schon erwähnt, das fachliche Wissen zu den einzelnen Punkten wichtig ist, um die Informationssammlung professionell zu gestalten.

Beim ersten Punkt, der **Konstitution und dem Beruf**, geht hervor, dass Harninkontinenz im Zusammenhang mit dem Lebensalter steht. Die Strukturen des Beckenbodens ändern sich und die Blasenkapazität nimmt ab. Ebenso tragen Erkrankungen die durch ein höheres Lebensalter begünstigt werden und Übergewicht zur Harninkontinenz bei (vgl. Dungl, Riss, 2003, S. 8). Frauen mit einer angeborenen Bindegewebsschwäche, welche sich durch Varizen manifestiert spielt ebenfalls eine Rolle zur Ausbildung einer Harninkontinenz ebenso wie Scheiden- und Gebärmutterensenkung. Durch das Übergewicht herrscht vermehrter Druck im Bauchraum, dieser führt zu einer Schwächung der Muskulatur und des Bindegewebes. Chronische Obstipation führt zu einer höheren Beanspruchung der Beckenbodenmuskulatur und Rauchen schädigt zum einen das Beckenbodengewebe und durch den chronischen Husten kommt es zu einer Erhöhung des intraabdominellen Druckes. Diese Faktoren begünstigen das Auftreten einer Harninkontinenz. Harninkontinenz kann ebenfalls durch Belastungen die berufsbedingt entstehen auftreten (vgl. Dungl, Riss, 2003, S. 8). In Kapitel 3.3 sind diese einflussnehmenden Faktoren bereits angeführt worden.

Beim **Harnverlust** handelt es sich ebenso um ein soziales wie auch um ein hygienisches Problem. Hier unterscheidet man verschiedene Formen (siehe Kapitel 3.4). Frauen erfinden eine Taktik um mit diesem Problem zurecht zu kommen. Unter anderem kann das Tragen von Vorlagen eine Option für diese Frauen sein (vgl. Dungl, Riss, 2005, S. 9).

Da der **Harndrang** keine Folge von körperlicher Aktivität ist, ist dieser unvorhersehbar und somit eine erhebliche Einbuße für die Lebensqualität. Dieser Harndrang kann dazu führen, dass man unkontrolliert Harn verliert. Häufiger Drang kann auch auf eine Harnwegsinfektion deuten. Vor allem Frauen neigen zu einer Blasenentzündung, da

sie eine verhältnismäßig kurze Harnröhre haben und die Keime aus der Scheide und dem Darm leichter aufsteigen können. Ursache einer Harninkontinenz können auch neurologische Erkrankungen sein (siehe Kapitel 3.3) (vgl. Dungal, Riss, 2005, S. 9).

Schwangerschaft und Geburt sind genauso Risikofaktoren eine Harninkontinenz zu entwickeln. Inwiefern gynäkologische Operationen Einfluss auf die Entwicklung von Inkontinenz haben ist noch nicht erwiesen (vgl. Dungal, Riss, 2005, S. 9).

Dass **Medikamente** einen Einfluss auf den Kontinenzmechanismus haben wird ebenso in Kapitel 3.3 aufgezeigt. Hormone wie zum Beispiel Östrogen beeinflussen das Gewebe des unteren Harntrakts (vgl. Dungal, Riss, 2005, S. 9).

Um über die **Flüssigkeitszufuhr und die Miktionsprotokoll** genauere Auskunft zu erhalten bietet sich, wie in Abbildung 3.4 auf Seite 39 dargestellt, das Miktionsprotokoll an. Die Art der Getränke spielt eine Rolle bei der Diurese. Kohlesäurehaltige Getränke, Tee, Kaffee und alkoholische Getränke fördern diese was wiederum zu Problemen führen kann, da man dem steigenden Harndrang nicht mehr nachkommt (vgl. Dungal, Riss, 2005, S. 10).

Wird man einmal in der **Nacht** durch den Harndrang geweckt ist dies durchaus normal. Kommt es jedoch häufiger vor führt dies zu chronischer Müdigkeit. Ältere, womöglich in ihrer Mobilität beeinträchtigte Frauen, haben dadurch ein erhöhtes Sturz- und Verletzungsrisiko. Auch hier ist wieder das Miktionsprotokoll hilfreich (vgl. Dungal, Riss, 2005, 10).

In der **Freizeit und beim Sport** wird dieses Problem besonders störend. Aus Angst unangenehm zu riechen oder keine Toilette zu finden ziehen sich die Frauen häufig aus ihrem sozialen Leben und Umfeld zurück. Beim Sport kommt es häufig zum Harnverlust. Frauen verlieren beim Laufen, Tanzen und Stiegensteigen Harn was dazu führt, dass auf diese Aktivitäten verzichtet wird. Durch die fehlende körperliche Bewegung wird das Auftreten von Übergewicht begünstigt, was wiederum einen negativen Einfluss auf den Beckenboden hat. Das Tragen eines Scheidentampons (siehe Kapitel 3.5.2) kann der Problematik beim Sport entgegenwirken (vgl. Dungal, Riss, 2005, S. 10).

Beim letzten Baustein handelt es sich um ein heikles Thema, welches jedoch Erwähnung finden sollte. Hier handelt es sich um den **Geschlechtsverkehr**. Dieses Thema sollte in einer angenehmen Atmosphäre angesprochen werden. Scheidentrockenheit und

Gebärmuttersenkung können äußerst unangenehm und schmerzhaft beim Geschlechtsverkehr sein. Besonders prekär ist der Harnverlust beim Sex. Häufig wird aus Angst vor solchen Ereignissen gänzlich auf Geschlechtsverkehr verzichtet (vgl. Dungal, Riss, 2005, S. 10).

Baustein	Fragen
Konstitution und Beruf	1. Alter, Größe, Gewicht? 2. Beruf, Senkungsbeschwerden, Varikositas, Rauchen?
Harnverlust	1. Müssen Sie eine Vorlage tragen? 2. Verlieren Sie Harn beim Husten, Niesen, Lachen, Heben oder Stiegensteigen?
Harndrang	1. Verlieren Sie Harn nach nicht unterdrückbarem Harndrang? 2. Neigen sie zu Harnwegsinfektionen 3. Leiden Sie unter neurologischen Erkrankungen?
Geburten und Operationen	1. Wie viele Kinder haben Sie geboren? 2. Hatten Sie eine Zangen- oder Vakuumgeburt oder einen Kaiserschnitt? 3. Hatten Sie eine Senkungs- oder Inkontinenzoperation oder andere OP?
Medikamente und Hormone	1. Welche Medikamente nehmen Sie? 2. Nehmen Sie Hormone?
Trinken und Miktion	1. Wie viel und wann trinken Sie pro Tag? 2. Wie oft entleeren Sie bei Tag die Harnblase?
Nacht	1. Wie viel und was trinken Sie am Abend/ in der Nacht? 2. Wie oft müssen Sie in der Nacht Harn lassen?
Freizeit und Sport	1. Verlieren Sie Harn beim Laufen, Hüpfen, Tanzen? 2. Verlieren Sie Harn beim Stiegensteigen, Bergabgehen?
Sex	1. Haben Sie Geschlechtsverkehr? 2. Ist die Scheide trocken, haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? 3. Verlieren Sie Harn beim Geschlechtsverkehr?

Tabelle 4.2 – Bausteine des Erstgesprächs bei Harninkontinenz (vgl. Dungal, Riss, 2005, S. 8-10)

4.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

„Inkontinenzmanagement ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Im Mittelpunkt steht immer der Betroffene, der aufgeklärt, motiviert, beraten, aktiviert, therapiert und versorgt werden muss. Neben der ärztlichen Tätigkeit und den physiotherapeutischen Maßnahmen kommt hier besondere Bedeutung der pflegerischen Betreuung, der Hilfsmittelversorgung und der Schulung des Patienten sowie der Betreuer und Angehörigen zu“ (Füsgen et al., 1998, S. 37).

Das gemeinsame Ziel der Berufsgruppen muss also das Wohlbefinden der Patientin sein, das oberste Priorität hat. Dies bedeutet, dass man Interventionen schafft die das Leiden der Betroffenen mindern. Es sollen auch Probleme frühzeitig erkannt werden, der Patientin soll Würde zurückgegeben werden und die Kosten im Gesundheitswesen können so ebenfalls gesenkt werden (vgl. Höhmann, 2008, S. 133).

Wie bereits Ahnis et al. (2008) erkannt haben, handelt es sich bei Inkontinenz um eine Erkrankung die in vielen Handlungsfeldern Anwendung findet. Der Nutzen der Interdisziplinarität besteht darin, Interdependenzen der einzelnen Disziplinen aufzuzeigen und die Grenzen aufzuweichen (vgl. Ahnis et al., 2008, S. 63).

Anhand des folgenden Fallbeispiels soll die Problematik geschildert werden, die sich ergibt, wenn die Berufsgruppen untereinander nicht kooperieren und kommunizieren.

Eine 79-jährige Patientin wurde aufgrund eines leichten Schlaganfalls in ein Akutkrankenhaus eingewiesen. Bis zu diesem Zeitpunkt lebte die Patientin jedoch zu Hause und war selbstständig. Die Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung wurde bereits fixiert. Dorthin kam die Patientin jedoch mit Blasenkatheter und rezidivierenden Blaseninfektionen. Bei der ersten Informationssammlung zeigte sich die Patientin motiviert und wollte so schnell es geht wieder in ihr zu Hause zurück. Das erste Mobilitätstraining mit der Physiotherapeutin war vielversprechend. Als diese jedoch durch zwei junge und bemühte Physiotherapeuten ersetzt wurde wollte die Patientin zunehmend lieber im Bett bleiben (vgl. Höhmann, 2008, S. 134).

Die anschließende Fallbesprechung führte zu folgendem Resultat (vgl. Höhmann, 2008, S. 134):

Aus Sicht der Physiotherapeuten: Sie geben an, dass sie die Dame schlicht für faul halten (vgl. Höhmann, 2008, S. 134).

Aus Sicht des jungen Stationsarztes: Dieser hat seiner Meinung nach die Lösung. Er setzt das Antibiotikum mit dem die Patientin aus der Akutklinik kam ab, weil er es für einen schwächenden Faktor hält. Stattdessen ordnet er eine Blasenspülung und viel Trinken an. Falls die Patientin Fieber hat oder über Schmerzen klagt bittet er um Information. Ansonsten soll das Mobilitätstraining mit sanften Zwang fortgesetzt werden (vgl. Höhmann, 2008, S. 134).

Aus Sicht der Pflegepersonen: Sie halten die Dame für distanziert und von sich abweisend. Dem Vorschlag einer Schülerin, den Katheter zu ziehen und ein Blasentraining zu absolvieren, kann aufgrund fehlender Motivation der Patientin nicht nachgegangen werden (vgl. Höhmann, 2008, S. 134).

Die individuelle Problemwahrnehmung jeder einzelnen Berufsgruppe, das nicht kommunizieren untereinander und der fehlende Austausch mit der Patientin selbst führten dazu, dass die Patientin kaum Fortschritte machte und die Blaseninfektionen auf- und wieder abflamnten. So wurden kostbare Ressourcen vergeudet (vgl. Höhmann, 2008, S. 134).

Dieses Fallbeispiel zeigt deutlich, dass es niemanden gelungen ist die eigenen Handlungsrouninen zu durchbrechen und zu schauen, was die Patientin selbst zu sagen hat. Die Dame schämte sich mit den Schläuchen an den Beinen das Zimmer zu verlassen, insbesondere wenn die jungen Physiotherapeuten mit ihr arbeiten wollten. Dies zeigt, dass man dieses Problem nur überwinden kann, wenn man aktiv mit allen Beteiligten beziehungsweise Berufsgruppen, auch mit der Patientin, kommuniziert und versucht alle Sichtweisen in einen Dialog auszuhandeln (vgl. Höhmann, 2008, S. 135).

„In Gesundheitseinrichtungen besteht enormer Entwicklungsbedarf, der allerdings

gleich viele Hürden bearbeiten muss: berufsrechtliche und Statusprobleme, Wissens- und Artikulationsprobleme, Machtinteressen und Routineabläufe, berufliche Leitvorstellungen und Kostenprobleme, Unsicherheiten im Umgang mit Patienten usw. Hürden, die sich kaum durch „Anordnung“ und technische Umstrukturierung nehmen lassen, sondern langfristige Aufgaben der Vertrauensentwicklung in einer Einrichtung darstellen“ (Höhmnn, 2008, S. 135).

Titel	Zeitschrift	Autor(en) und Erscheinungsjahr	Aussage(n) zur interdisziplinären Zusammenarbeit (im Zusammenhang mit Harninkontinenz)
Inkontinenz bei alten Menschen	Pflege & Gesellschaft	Ahnis, A.; Boguth, K.; Braumann, A.; Kummer, K.; Seizmair, N.; Seither, C. (2008)	- Erkrankung mit vielen Handlungsfeldern - Interdisziplinarität eröffnet einen Mehrwert - Interdependenzen zwischen den Fachdisziplinen aufzeigen - Grenzen professionsbezogener Disziplin aufweichen
Arbeitsgruppe: Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Kontinenzbetreuung	Urologe [B]	Füsgen, I.; Bienstein, Ch.; Böhmer, F.; Busch, B.; Cottenden, A.; Heidler, H.; Scherr, A.; Püllen, R. (1998)	- Inkontinenzmanagement = interdisziplinäre Aufgabe - Neben ärztlicher Tätigkeit kommt besonders der pflegerischen Betreuung ein hoher Stellenwert zu
Expertenstandards in der Praxis: Überlegungen zu zentralen Umsetzungsbedingungen – am Beispiel des Expertenstandards „Förderung der Harninkontinenz“	Pflege & Gesellschaft	Höhmnn, U. (2008)	- Interdisziplinäre Zusammenarbeit muss auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet sein - Dieses muss in Kooperation leichter zu erreichen sein als alleine - Interessen und Sichtweisen der jeweils anderen Berufsgruppe anerkennen und die eigenen Interessen und Sichtweisen durchsetzen

Tabelle 4.3 – Zusammenfassung der interdisziplinären Zusammenarbeit (eigene Darstellung)

Kapitel 5

Beratung - Schulung - Information

5.1 Beratung bei Harninkontinenz

Hier soll der Frage nachgegangen werden, warum Menschen mit Harninkontinenz den Besuch einer Beratungsstelle oft scheuen und vermeiden beziehungsweise warum diese keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Weiters wird versucht herauszufinden was das Aufgabengebiet der Kontinenzberaterinnen ist und welche Ziele verfolgt werden.

Ebenso wie in Kapitel 2.3 wird hier eine Definition von Beratung angeführt.

Beratung ist ein ergebnisoffener, dialogischer Prozess. Es wird eine bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet (vgl. Zegelin A., 2006, S. 16).

Das Gefühl von Scham und die Angst vor peinlichen Situationen steht eng im Zusammenhang mit Harninkontinenz. Kontinenzberaterinnen benötigen ein überaus ausgedehntes Fachwissen zum Thema Inkontinenz. Kontinenzberaterinnen werden im Großen und Ganzen von professionell tätigen Berufsgruppen garantiert, die mit der Versorgung inkontinenter Personen vertraut sind. Dazu zählen unter anderem Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (vgl. Braumann, 2010, 120-121).

5.1.1 Vermeidungsverhalten der Betroffenen

In einer schwedischen Studie von Andersson et al. (2008) wurden elf betroffene Frauen im Alter von 57 bis 89 Jahren über Harninkontinenz interviewt. Das Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen der Frauen mit Harninkontinenz zu beschreiben, die keine weitere Bewertung oder Behandlung ihrer Beschwerden wünschten. Die Tatsache, dass die betroffenen Frauen beschlossen hatten keine weitere Behandlung in Anspruch zu nehmen wurde in einem Teil des Interviews näher beleuchtet. Es wurde unter anderem gefragt, ob sie ihrem Arzt von der Harninkontinenz erzählt haben, ob sie planen sich bezüglich der Harninkontinenz beraten zu lassen und warum sie keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen (vgl. Andersson et al., 2008, S. 116).

Drei wesentliche Bestandteile konnten als Ergebnis für die nicht Inanspruchnahme identifiziert werden (vgl. Andersson, 2008, S. 115).

Erstens gaben die Frauen an, dass sie gelernt haben damit zu leben, trotz Schwierigkeiten. Die Frauen beschrieben ihre Gefühle beim Urinverlust als lästig und unangenehm, nass und scheußlich. Manche fühlten sich auch peinlich berührt. Eine Frau meinte, sie fühlte sich in die Kindheit zurückversetzt. Trotzdem drückten die Frauen den Wunsch aus, dass sie sich selbst helfen wollen. Indem sie mehr über ihren Körper lernten und wussten wann der Harnverlust passiert, war es ihnen möglich eigene Lösungen für das Problem zu finden. Manche Frauen hatten auch enorme Angst nach Urin zu stinken und legten daher großen Wert auf die persönliche Hygiene (vgl. Andersson, 2008, S. 118).

Zweitens befanden die Frauen, dass andere Krankheiten wichtiger sind. Obwohl mehrere Frauen den Arzt aufgrund verschiedener Krankheiten regelmäßig besuchen mussten, wurde die Harninkontinenz bei dieser Gelegenheit nicht angesprochen. Die Probleme die am schwerwiegendsten von den Frauen empfunden wurden, wurden angesprochen, alle anderen blieben unerwähnt. Manche Frauen meinten auch sie seien zu alt für eine Behandlung und dass die Maßnahmen in ihrem Alter wahrscheinlich nicht mehr erfolgreich wären (vgl. Andersson, 2008, S. 118).

Und Drittens gaben die harninkontinenten Frauen eine Abneigung beziehungsweise Zurückhaltung an Behandlung oder Betreuung zu suchen. Sie hatten Schwierigkeiten mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens, besonders mit den Ärzten, Kontakt

aufzunehmen. Deshalb haben die Frauen einen solchen Kontakt so lange wie möglich vermieden. Die Frauen gaben auch an, dass sie Angst hätten nicht Ernst genommen zu werden wenn sie Hilfe wegen dem Harnverlust suchen würden. Auch hatten sie die Sorge, dass das Problem von den Beraterinnen verharmlost werden könnte. Eine Frau erzählte im Interview, dass sie länger als zwei Monate im Krankenhaus war und in dieser Zeit hätte sie informiert werden können, dass es Hilfen für Harninkontinenz gibt. Eine andere Betroffene schilderte ein weiteres Problem. Bei einem ihrer Arztbesuche berichtete sie über den Harnverlust, aber der Arzt hatte nicht auf das Problem reagiert oder weitere Maßnahmen veranlasst. Deshalb war sie der Meinung, dass es nicht sinnvoll ist, bei Harninkontinenz Hilfe zu suchen. Einige interviewte Frauen glaubten auch, dass man Schmerzsymptome haben sollte wenn man Hilfe in Anspruch nimmt, denn andere Probleme würden nicht ernst genommen (vgl. Andersson, 2008, S. 118-119).

Teunissen et al. (2005) führten eine Studie durch, wo sie das „Hilfesuchverhalten“ älterer Menschen mit Harninkontinenz untersuchten. Interviewt wurden 56 Männer und 314 Frauen, die 60 Jahre oder älter waren (vgl. Teunissen et al., 2005, S. 776).

Von diesen 314 Frauen suchten 148 keine Hilfe, bei den Männern waren es 30, die keine Hilfe suchten. Für 80 Prozent der Patientinnen und Patienten waren die Symptome nicht schwerwiegend genug um nach Hilfe zu suchen. Die Betroffenen machten Kommentare wie *„Es ist nicht so schlimm...“*, *„Es war noch nicht so schlimm, dass ich Hilfe brauchte...“* und *„Es stört mich nicht wirklich...“*. Manche Betroffene hatten keine Schwierigkeiten im Umgang mit der Erkrankung oder fanden sie nicht störend: *„Ich kann mich selbst darum kümmern...“*, *„Ich benutze Damenbinden um das Problem zu lösen“* und *„Ich habe andere Beschwerden, die viel schwerwiegender sind“*. Ein weiterer wichtiger Grund für die Betroffenen keine Hilfe in Anspruch zu nehmen war, dass sie meinten die Beschwerden seien altersbedingt. *„Was erwarten Sie? Ich bin fast 80.“* oder *„...das passiert, wenn man älter wird“*. Manche waren auch der Meinung, dass man nichts gegen die Harninkontinenz tun könnte. Andere Gründe warum keine Hilfe gesucht wurde war die Arzt-Patientinnen-Beziehung. *„Ich gehöre nicht zu denjenigen, die regelmäßig einen Arzt besuchen.“*, *„Ich gehe nur zu einem Arzt, wenn es einen Grund gibt.“*, *„Ich komme nicht klar mit dem Arzt“* oder auch *„...der Arzt hat nicht*

danach gefragt“ (vgl. Teunissen et al., 2005, S. 779-778).

Horrocks et al. (2004) untersuchten was die älteren inkontinenten Menschen davon abhält, Hilfe zu suchen (vgl. Horrocks et al., 2004, S. 689).

Interviewt wurden neun Männer zwischen 66 und 82 Jahren und elf Frauen zwischen 68 und 94 Jahren. Die Betroffenen gaben an, dass Inkontinenz ein normaler Prozess des Alterns sei und dass sie Strategien entwickelt hätten, um mit diesem Problem umzugehen. Manche Personen merkten an, dass es in ihrer Generation nicht üblich ist über die eigenen Körperfunktionen zu sprechen. Deshalb sind sie auch gehemmt, mit Angehörigen der Gesundheitsberufe über persönliche Probleme zu sprechen. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten auch die Angst, dass die Inkontinenz ein Zeichen für zukünftige Abhängigkeit sei. Vor allem Scham und Verlegenheit trugen dazu bei, dass dieses Problem verschwiegen wurde. Aber auch das Gefühl von Ekel, Demütigung und Peinlichkeit. Für Personen mit anderen medizinischen Problemen war Harninkontinenz das am wenigsten Bedeutendste und somit wieder kein Wegbereiter für die Inanspruchnahme von Hilfe. Einige Personen wussten nichts über die Verfügbarkeit von Behandlungen und waren unsicher wen sie kontaktieren müssen wenn sie um Rat fragen wollen. Die befragten Personen hatten auch Angst vor Institutionalisierung wegen der Harninkontinenz und suchten deshalb keine Hilfe (vgl. Horrocks et al., 2004, S. 691-693 und 695).

Hayder (2004) erkannte ebenfalls, dass Menschen die von Inkontinenz betroffen sind häufig Schwierigkeiten haben sich anzuvertrauen und professionelle Hilfe zu suchen. Sie schämen sich und glauben wieder auf der Stufe eines Kindes zu stehen, weil sie keine Kontrolle über ihre Ausscheidung haben. Angst vor Stigmatisierung und Abweisung sind auch hier Thema. Häufig wird auch Schuld erlebt, vor allem wenn sich die Betroffenen in einer Pflegesituation befinden. Sie empfinden Schuld gegenüber der Pflegeperson, da sie beim Wechseln von Vorlagen Unterstützung benötigen und dieses als Last erlebt wird. Auch Ekel sich selbst gegenüber wird von den Betroffenen empfunden. Aus diesen Gründen sprechen die harninkontinenten Menschen oft nicht darüber. Aufgrund dessen, dass die Betroffenen Hilfe scheuen, versuchen sie selbst Methoden zu entwickeln

um irgendwie mit dem Problem umzugehen. Auch die Angst vor invasiven Eingriffen spielt eine Rolle für das Vermeidungsverhalten. Ebenso befürchten die Betroffenen, dass sie als faul und inkompetent angesehen werden. Schlechte Erfahrungen, dass über das Problem einfach hinweggeschaut wurde, beeinflussen die Inanspruchnahme von Hilfe. Die Angst mit einer Pflegeperson darüber zu sprechen liegt häufig daran, dass man nicht weiß, ob diese überhaupt dafür zuständig ist (vgl. Hayder, 2004, S. 748-750).

Miller et al. (2003) fanden in einer australischen Studie ebenfalls Gründe heraus, warum die Frauen keine Hilfe in Anspruch nehmen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass die Mehrheit der Frauen die Hilfe für die Harninkontinenz bei einer breiten Palette von Angehörigen der Gesundheitsberufe gesucht hatten, mit dieser auch zufrieden waren. Diejenigen, die jedoch keine Hilfe gesucht hatten, machten dies aus verschiedenen Gründen. Der Hauptgrund für die nicht Inanspruchnahme war, dass die harninkontinenten Frauen glaubten sie könnten das Problem selbst bewältigen, oder sie sahen den Harnverlust nicht als Problem. Weiters gab eine große Anzahl an, dass sie sich schämen würden und dass sie Angst vor einer Operation hätten und deshalb keine Hilfe suchen würden. Die Ergebnisse dieser Studie weisen ebenfalls darauf hin, dass die Frauen Informationen über diverse Strategien im Umgang mit der Harninkontinenz erhalten sollten. Diese Informationen sollten von Allgemeinmedizinerinnen, Gynäkologinnen und auch von anderen Angehörigen in Gesundheitsberufen gewährleistet werden. Diese Informationen seien besonders für diejenigen Frauen wichtig, die aus Angst vor einer möglichen Operation keine Hilfe suchen würden (vgl. Miller et al., 2003, S. 157).

Shaw et al. (2001) führten ebenfalls eine Studie zu diesem Thema durch und kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Die Frauen befanden die Symptome der Harninkontinenz zu belanglos um damit zum Hausarzt zu gehen. Eine Frau gab an, dass sie immer nass werde wenn sie hustet. Sie ging wegen des Hustens zum Arzt und sprach das Problem dass sie dabei immer nass werde nicht an. Die Frauen gaben auch an, dass sie ihre Probleme bezüglich Harninkontinenz beim Arzt nicht gemeldet hatten, weil sie keine Kenntnisse und kein Wissen über diese Problematik von ihrem sozialen Umfeld hatten und deshalb

seien sie davon ausgegangen, dass es keine verfügbaren Behandlungen gebe. In dieser Studie geht hervor, dass die Betroffenen häufig ein mangelndes Bewusstsein über die Ursachen und Behandlungen hatten und deshalb keine Hilfe aufsuchten. Ebenso hatten sie Angst vor invasiven Behandlungen und chirurgischen Eingriffen. Auch Scham und Verlegenheit waren häufig Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfe. Viele Betroffene glaubten auch, dass Inkontinenz zum Altern dazugehört und ein normaler Prozess des älter werdens sei. Diese Studie betrachtete zwar die „Hilfesuche“ aus der Perspektive der von Harninkontinenz Betroffenen, dennoch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die fachlichen Kenntnisse und Einstellungen der Fachleute ebenfalls zu erkunden sind. Die Behandlung von Harninkontinenz kann einfach aber sehr zeitaufwendig sein. In manchen Fällen kann schon die Information über Selbsthilfe oder zu Übungen zum Beckenboden ausreichen. Das Team der Gesundheitsversorgung sollte sich bewusst sein, dass die Verfügbarkeit von Spezialeinrichtungen, wie die Kontinenzberatung oder Kontinenzhotlines, als eine mögliche erste Intervention sehr hilfreich sein kann (vgl. Shaw et al., 2001, S. 49-51).

Titel	In	Autor(en), Jahr	Vermeidungsverhalten warum?
Accepting and Adjusting: Older Women's Experiences of Living With Urinary Incontinence	Urologic Nursing	Andersson, G.; Johansson, J.-E.; Nilsson, K.; Sahlberg-Blom, E. (2008)	- Gelernt mit dem Problem umzugehen - Gefühl von Peinlichkeit - In die Kindheit zurückversetzt gefühlt - Angst nach Urin zu stinken - Andere Krankheiten sind wichtiger - Zu alt für eine Behandlung - Schwierigkeiten Kontakt aufzunehmen - Angst nicht ernst genommen zu werden - Angst, dass das Problem von den Beraterinnen verharmlost wird - Nur bei Schmerzsymptomen Hilfe suchen
Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behaviour	British Journal of General Practice	Teunissen, D.; Van Weel, C.; Lagro-Janssen, T. (2005)	- Symptome nicht schwerwiegend genug - Keine Schwierigkeiten im Umgang mit dem Harnverlust - Problem ist altersbedingt - Keine Behandlungsmöglichkeiten - Arzt-Patientinnen-Beziehung
What prevent older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services	Family Practice	Horrocks, S.; Somerset, M.; Stoddart, H.; Peters, T. J. (2004)	- Normaler Prozess des Alterns - Eigene Strategien im Umgang mit dem Harnverlust entwickelt - Unüblich über Körperfunktionen und Probleme zu sprechen - Zeichen für zukünftige Abhängigkeit - Scham und Verlegenheit - Peinlichkeit, Demütigung und Ekel - Andere medizinische Probleme mit größerer Bedeutung - Unwissenheit über Behandlungsmöglichkeiten - Unsicherheit bezüglich der Zuständigkeiten - Angst vor Institutionalisierung
„Ich hab´ da ein Leck ...“. Vom Schamgefühl inkontinenter Menschen	Die Schwester Der Pfleger	Hayder, D. (2004)	- Schamgefühl - In die Kindheit zurückversetzt gefühlt - Angst vor Stigmatisierung und Abweisung - Schuld - Ekel - Angst vor invasiven Eingriffen - Angst als faul und inkompetent angesehen zu werden - Schlechte Erfahrungen - Unkenntnis über Zuständigkeiten
Managing Urinary Incontinence Across the Lifespan	International Journal of Behavioral Medicine	Miller, Y. D.; Brown, W. J.; Smith, N.; Chiarelli, P. (2003)	- Harnverlust wird nicht als Problem gesehen - Harnverlust kann selbst bewältigt werden - Scham - Angst vor Operationen
Barriers to help seeking in people with urinary symptoms	Family Practice	Shaw, C.; Tansey, R.; Jackson, C.; Hyde, C.; Allan, R. (2001)	- Symptome wurden als belanglos gewertet - Fehlendes Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten - Angst vor chirurgischen Eingriffen - Scham und Verlegenheit - Die Annahme, dass Inkontinenz ein normaler Prozess des Alterns ist

Tabelle 5.1 – Zusammenfassung Vermeidungsverhalten bei Harninkontinenz (eigene Darstellung)

5.1.2 Das Aufgabengebiet der Kontinenzberaterin

Oftmals gelingt es den von Harninkontinenz betroffenen Personen besser mit einer Pflegeperson über dieses Thema zu sprechen als mit einem Arzt oder Angehörigen (vgl. Steinbeiss, 2002, S. 23)

Kontinenzberatung durch eine Fachpflegeperson ist häufig ein Anreiz sich einer medizinischen Abklärung zu unterziehen. Ein Leiden das unbesprochen bleibt kann weder gelindert noch geheilt werden. Um dieses heikle Thema jedoch anzusprechen bedarf es einer vertraulichen Gesprächssituation damit sich die Patientin anvertrauen kann. Im Umgang mit der Patientin ist Achtung und Anerkennung für ihre Situation bedeutend, da ihr individueller Leidensdruck im Umgang mit der Inkontinenz im Vordergrund beziehungsweise im Zentrum des Gesprächs steht. Für dieses Gespräch sollte sich Zeit genommen werden, mindestens 30 bis 60 Minuten (vgl. Steinbeiss, 2002, S. 22). Benötigt die Patientin jedoch mehr Zeit für das Ausführen ihrer Problematik, sollte diese Zeit auch zur Verfügung gestellt werden.

Gisele Schön, Leiterin der Wiener Kontinenzberatungsstellen, schreibt in einem Artikel, dass seit 2004 Beratungsstellen im „Fonds Sozialen Wien“ integriert sind. In Wien werden die Beratungsstellen von fünf Fachschwestern für Kontinenz- und Stomaberatung geführt. Die Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern sind Vollzeit beschäftigt und werden von der Stadt finanziert. Diese Leistung kann nicht nur persönlich in den Beratungsstellen in Anspruch genommen werden, sondern auch telefonisch oder über das Internet. Sollte es den Betroffenen aus irgendeinem Grund nicht möglich sein die Wohnung oder das Haus zu verlassen, kann die Beratungsleistung auch in Form eines Hausbesuchs erfolgen. Um die richtigen Therapiemaßnahmen für die Betroffenen herauszufinden, wird gemeinsam mit ihnen ein Pflegeplan ausgearbeitet. Danach folgt die Abklärung durch einen Mediziner in einer Spezialambulanz oder auch beim Facharzt. Die Betroffenen bekommen nicht nur Unterstützung und Begleitung sondern auch Hilfestellungen bei diversen Dingen. Zu diesen zählen die Materialberatung und auch der Kauf von Inkontinenzhilfsmitteln. Es wird auf die interdisziplinäre Arbeit Wert gelegt, vor allem mit niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen und auch

anderen Berufsgruppen. Die Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreichs (MKÖ) bildet die Basis für das fachliche Wissen und Arbeiten in den Beratungsstellen. Die Kontinenz- und Stomaberaterinnen haben eine bedeutende Funktion. Ihnen kommt durch das Einschätzen und vor allem Erkennen der Harninkontinenz eine beachtliche Rolle zu. Die Prävention und Kontinenzförderung dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden. Das fachlich umfangreiche Wissen der Fachschwestern beziehungsweise Beraterinnen ist bahnbrechend für das Wiedererlangen der Lebensqualität der Betroffenen (vgl. Schön, 2006, S. 60-63).

Zu den Aufgaben der Kontinenzberaterin zählt auch die Motivation der Betroffenen. Denn die Einstellung der Patientin bestimmt auch den Erfolg diverser Maßnahmen. So ist zum Beispiel bei den konservativen Maßnahmen eine langfristige Anwendung von Nöten, damit diese auch einen Erfolg zeigen (vgl. Steinbeiss, 2002, S. 22).

Gisele Schön führt in ihrem Artikel explizit die Aufgaben der Beraterinnen im „Fonds Sozialen Wien“ an (vgl. Schön, 2006, S. 63). In der Tabelle 5.2 auf Seite 79 wird das vielfältige Aufgabengebiet der Kontinenzberaterinnen veranschaulicht.

Borrie et al. (2002) fanden in einer Studie heraus, dass die Beratung zum Lebensstil und zum Verhalten durch die speziell ausgebildeten Pflegepersonen die Anzahl der inkontinenten Ereignisse sowie auch das Verwenden von Einlagen reduziert (vgl. Borrie et al., 2002, S. 1267).

✓ Fachlich spezifische Beratung Betroffener und deren Angehörigen sowie allen an der Pflege beteiligten Personen über die verschiedenen Inkontinenzformen.
✓ Erstellen einer Pflegeplanung nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
✓ Anamnese, Pflegediagnose, Planung, Durchführung und Evaluierung → PFLEGEPROZESS
✓ Dokumentation der Pflegeplanung nach den Pflegediagnosen
✓ Information über mögliche Therapiemöglichkeiten wie Beckenbodentraining, Elektrostimulation, Biofeedback, Konotherapie usw. aus pflegerischer Sicht
✓ Vermittlung an Fachambulanzen (zum Beispiel Urogynäkologe)
✓ Zusammenarbeit mit niedergelassenen praktischen und Fachärzten
✓ Unterstützung und Anleitung bei der Durchführung angeordneter ärztlicher Therapien und spezieller pflegerischer Maßnahmen, wie zum Beispiel Toilettentraining (angebotener Toilettengang, Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten, Toilettengang zu festgelegten Entleerungszeiten) und Blasentraining
✓ Anlegen und Auswerten von zum Beispiel Miktionsprotokollen
✓ Milieugestaltung (Platzierung des Toilettenstuhls oder der Haltegriffe, Kleidungsstücke die leicht zu öffnen sind oder auch Markierung des Weges zur Toilette)
✓ Materialberatung nach individuellen und ökonomischen Gesichtspunkten und Hilfestellung bei der Organisation
✓ Kooperation und Kommunikation mit anderen Berufsgruppen sowie Selbsthilfegruppen
✓ Fort- und Weiterbildung, Praxisanleitung für Pflegehelferinnen, Heimhelferinnen und in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen zum Thema „Spezielle Pflege inkontinenter Menschen“
✓ Prävention durch Begleitung und Organisation von Beckenbodengymnastikkursen
✓ Öffentlichkeitsarbeit im Sinne von Informationsveranstaltungen für Betroffene, Selbsthilfegruppen und am Thema Interessierte

Tabelle 5.2 – Das Aufgabengebiet der Beraterinnen im „Fonds Soziales Wien“

5.1.3 Ziele der Kontinenzberatung

Die Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen steht im Vordergrund wobei die Kontinenzberatung auch einen finanziellen Aspekt aufweist (vgl. Schön, 2006, S. 60). Füsgen stellte schon 1998 fest, dass Inkontinenz Kosten verursacht. Im Gesundheitswesen entstehen nämlich beachtliche medizinische, pflegerische und auch direkt finanzielle Kosten. Als Beispiel für diese sind hier unter anderem Harnwegsinfektionen und allergische Reaktionen der eingesetzten Medikamente oder Hilfsmittel angeführt (vgl. Füsgen, 1998, S. 7).

Auch Steinbeiss (2002) führt an, dass die Verbesserung der Lebensqualität ein Ziel der Kontinenzberatung ist. Auch sieht sie Chancen, durch die Kontinenzberatung das Thema Inkontinenz zu enttabuisieren (vgl. Steinbeiss, 2002, S. 23). Ein weiteres Ziel ist die Erhaltung der Kontinenz beziehungsweise das Wiedererlangen. Sollte dies nicht möglich sein, wird versucht die Kontinenz soweit zu fördern, dass sie so gut es geht reduziert wird (vgl. Schön, 2006, S. 63).

Steinbeiss (2002) führt in ihrem Artikel an, dass im Rahmen einer Kontinenzberatung verschiedene Dinge angesprochen werden. Ziel ist es Wissen zu vermitteln. Hierzu zählen die verschiedenen Angebote konservativer Therapieformen und die Veränderungen der Lebensführung im Alltag wie zum Beispiel richtiges Heben. Auch werden die Risikofaktoren (Übergewicht, Rauchen) angesprochen und wie diese im Zusammenhang mit der Harninkontinenz stehen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Aufklärung über die Harninkontinenz in Bezug auf die Sexualität (vgl. Steinbeiss, 2002, S. 22).

Der ökonomische Vorteil der Hilfsmittelversorgung, der durch die gezielte Abstimmung des Inkontinenzschweregrades erfolgt, kann ebenso als Ziel gesehen werden. Auch die Möglichkeit die Produkte vor der Verordnung zu probieren um herauszufinden, welche dieser Hilfsmitteln ihren Vorlieben entspricht (vgl. Steinbeiss, 2002, S. 23).

5.2 Schulung bei Harninkontinenz

Hier wird versucht die Frage, worin die betroffenen Frauen geschult werden sollten, zu beantworten.

Zu Beginn soll eine Erklärung von Schulung, wie sie auch in Kapitel 2.2 vorzufinden ist, Platz finden.

Schulung ist ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Wissen und Fertigkeiten. Am Ende erfolgt eine Ergebnissicherung (vgl. Zegelin, 2006, S. 16). Die Vermittlung von Informationen, die Anleitung und die Beratung sind enthaltende Komponenten der Schulung (vgl. Warmbrunn, 2007, S. 15).

Füsgen et al. (1998) führten an, dass es üblich ist drei Bereiche zu schulen. Erstens muss das Wissen vermehrt werden, das Wissen über zum Beispiel die Ursachen der Harninkontinenz. Auch die Einstellungen sowie die Vorstellungen und Bewertungen müssen durch eine Schulung verändert werden. Dadurch wird die Motivation und Veränderung im Umgang mit der Inkontinenz ermöglicht. Und Drittens darf man die Schulung der motorischen Fähigkeiten der Älteren nicht vergessen. Gemeint ist hier das Gehen zur Toilette oder auch das Wechseln von Inkontinenzhilfsmitteln (vgl. Füsgen et al. 1998, S. 44).

5.2.1 Kontinenztraining

Blasentraining, Toilettentraining und Beckenbodentraining (eventuell in Kombination mit Biofeedback) werden als Kontinenztraining zusammengefasst (vgl. Bühlmann, 2005, S. 140).

Für dieses Kontinenztraining sind Personen mit einer Dranginkontinenz geeignet. Oft liegen aber Inkontinenzmischformen vor, deshalb sollte das Training in Kombination mit dem Beckenbodentraining, eventuell zusammen mit dem Biofeedback, angeboten werden (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 44).

„Blasen- und Toilettentraining setzen auf der Ebene der Verhaltensänderung an“ (Hayder et al., 2008, S. 89).

Blasentraining

Hier ist das Ziel, dass die Kapazität der Blase vergrößert wird. Dies wird dadurch erreicht, dass die Patientin lernt, die Miktion aufzuschieben (vgl. van der Weide, 2001, S. 109). Angestrebt wird ein Entleerungsrhythmus alle drei bis vier Stunden (vgl. Bühlmann, 2005, S. 142). Die Zeitabstände, in denen die Miktion aufgeschoben wird, werden alle paar Tage um zirka fünf Minuten erhöht. Ein Zeitlimit gibt es nicht, um das gewünschte Ziel zu erreichen (vgl. Gomez, 2006, S. 118). Die Betroffenen sollen wieder ein Gefühl von der Blasenfüllung bekommen (vgl. Bühlmann, 2005, S. 142).

Damit die betroffene Frau auch mitarbeiten kann ist es von Bedeutung, dass sie diese Maßnahme auch versteht. Auch muss sie die Ursache ihres Kontinenzproblems wissen. Die Betroffene sollte gemeinsam mit einer Pflegeperson das Ausscheidungsverhalten anhand des selbst erstellten Miktionsprotokolls reflektieren, um inkontinente Ereignisse und auch trockene Phasen zu ergründen. Dadurch können Ressourcen aufgedeckt werden. Ziel des Blasentrainings ist ein verlängertes Miktonsintervall zu erreichen. Um dieses jedoch zu verwirklichen muss die betroffene Frau den Harndrang beherrschen, damit sie den Gang zur Toilette hinauszögern kann. Wie dies gelingen kann muss die Pflegeperson gemeinsam mit der Betroffenen herausfinden. Ablenkung ist sehr wichtig, damit man sich nicht ständig auf die Blase konzentriert. Es gibt verschiedene Methoden die von den Betroffenen je nach Vorliebe eingesetzt werden können. Rückwärts zählen, Telefonieren, Lesen der Tageszeitung oder das Lösen eines Kreuzworträtsels um nur einige zu nennen. Auch Atemtechniken, wie tiefes Einatmen und Ausatmen, können angewendet werden. Auch das Beckenbodentraining kann den Harndrang unterdrücken (vgl. Hayder et al., 2008, S. 91). Es sollten auch die richtigen Inkontinenzeinlagen ausgewählt werden, damit die Betroffenen die Sicherheit haben, dass auch „etwas geschehen“ darf (vgl. Bühlmann, 2005, S. 142).

Toilettentraining

Mit dem Toilettentraining sollte nach erfolgreichem Blasentraining begonnen werden. Ist dies aber nicht möglich, dann kann das Toilettentraining auch als erste Maßnahme erfolgen. Spüren die Betroffenen den Harndrang, gelingt es ihnen aber nicht die Toilette rechtzeitig zu erreichen, dann ist das Ziel des Toilettentrainings einen Miktionsrhythmus zu finden, der sich nach der Uhr richtet und nicht nach dem Harndrang (vgl. Bühlmann, 2005, S. 142). Häufig sind hier Menschen betroffen, die nicht mehr selbstständig die Toilette erreichen können oder kognitiv eingeschränkt sind (vgl. Boelker, 2006, S. 55-56). Daher sollen inkontinente Ereignisse durch geplante Toilettengänge vermieden werden. In Fachkreisen spricht man sogar davon, dass das Toilettentraining zur wichtigsten Therapieform bei dieser Gruppe von Betroffenen zählt (vgl. Hayder et al., 2008, S. 94).

Der **angebotene Toilettengang** hat zum Ziel, dass die Betroffenen die Wahrnehmung für die Blasenkontrolle durch wiederholte Sensibilisierung wiedererlangen (vgl. Hayder et al., 2008, S. 96).

Der **Toilettengang zu festgelegten Entleerungszeiten** wird von den Pflegepersonen in einem bestimmten Intervall veranlasst. Die inkontinenten Vorfälle sollen vermieden beziehungsweise reduziert werden. Meistens wird alle drei bis vier Stunden ein solcher Toilettengang erledigt. Dieses Intervalle richten sich meistens nach dem Arbeitsablauf auf den Stationen (vgl. Hayder et al., 2008, S. 98).

„Festgelegte Toilettenzeiten können auch bei Personen mit einer Stressinkontinenz eingesetzt werden. Beispielsweise wenn der ungewollte Urinverlust beim Husten nur bei einer bereits gut gefüllten Blase auftritt. Bei einer 45-jährigen Frau wurde festgestellt, dass sie meist nur dann Symptome einer Stressinkontinenz (beim Husten) hat, wenn sie bei einer Blasenfüllung von 400 bis 500 ml nur etwa alle vier bis fünf Stunden die Toilette aufsucht. Bei dreistündigen Toilettengängen sind die Beschwerden deutlich besser geworden“ (Hayder et al., 2008, S. 98)

Der **Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten** ist für Menschen geeignet, die nicht von einem Verhaltenstraining profitieren können. Auf Basis eines Miktionsprotokolls orientiert man sich nach dem individuellen Ausscheidungsprofil der Betroffenen (vgl. Boelker, 2006, S. 56).

Besonders beim Toilettentraining ist es von Bedeutung, die Angehörigen miteinzubeziehen (vgl. Hayder et al., 2008, S. 104).

Für die meisten Patientinnen ist das Ziel der Verhaltenstherapie wieder Kontrolle über die Blasenfunktion, durch Erhöhung der Kapazität, zu erlangen. Ergebnisse im Zusammenhang mit der Verhaltenstherapie sind recht gut (vgl. Rovner, Wein, 2004, S. 33). Fantl und Kollegen haben eine 57%-ige Reduktion der Inkontinenzereignisse und eine 54%-ige Reduktion in der Menge des Urinverlustes bei älteren Frauen dokumentiert, die Blasentraining durchgeführt haben (vgl. Fantl et al., 1991, S. 609).

Beckenbodentraining

Auch Pflegende können sich umfassende Kenntnisse über das Beckenbodentraining aneignen und Kurse dazu und zur didaktischen Anleitung besuchen, damit sie die Betroffenen direkt unterstützen können. Jedoch sehen viele Pflegepersonen ihre Aufgabe in der Organisation des Trainings. Damit ist die Koordination und Absprache zwischen den Berufsgruppen gemeint oder auch die Terminvereinbarungen zwischen der Patientin und der Physiotherapeutin. Auch die Motivation und Begleitung spielt hier eine Rolle (vgl. Hayder et al., 2008, S. 106).

Das Beckenbodentraining eignet sich sowohl bei Belastungsinkontinenz als auch bei Dranginkontinenz oder Mischinkontinenz. Durchgeführt werden kann das Training von Personen jeden Alters. Voraussetzung ist jedoch, dass die Person den Anweisungen kognitiv folgen kann. Durch Anspannung und anschließender Entspannung wird der Beckenboden, mit oder ohne Hilfsmittel, trainiert. Die Muskelanspannungsphase und die Muskelentspannungsphase sollten jeweils zehn Sekunden dauern, wobei täglich 30 bis 80 Muskelkontraktionen empfohlen werden. Beim Anspannen sollte ruhig weitergeatmet werden, die Luft sollte nicht angehalten werden. Beide Phasen, Anspannung und Entspannung sind gleich wichtig (vgl. Hayder et al., 2008, S. 106-107). Bevor jedoch mit den Übungen begonnen wird sollte eine Aufklärung über die Anatomie sowie die pathologischen oder physiologischen Sammel- und Verschlussfunktionen erfolgen. Auch

muss über die Möglichkeiten des Trainings sowie dessen Grenzen aufgeklärt werden. Ein individuelles Trainingsprogramm muss ausgearbeitet werden. Die Betroffenen sollten Selbstbewusstsein wiedererlangen und Trainingsmotivation besitzen (vgl. Kässer, 2008, S. 603).

Beim **Beckenbodentraining mit Biofeedback** sieht man, ob die Beckenbodenmuskulatur richtig angespannt wird und auch in welcher Stärke sie angespannt wird. Das Biofeedback ist eine unterstützende Technik und keine eigene Intervention. Hier werden Elektroden eingeführt, vaginal oder rektal. Dadurch entstehen bei der Muskelaktivität elektrische Aktionspotentiale, diese werden aufgenommen und als optische oder akustische Signale wiedergegeben. Dadurch wird die Wahrnehmung unterstützt und ein Lernprozess kann in Gang gesetzt werden. Dies führt dazu, dass die Muskulatur gezielt trainiert werden kann (vgl. Hayder et al., 2008, zit. n. Agency for Health Care Policy and Research, 1996 und Berghmans et al., 1996, S. 107-108).

Sabine Rotzoll (2008) führte eine Literaturstudie zum Thema Beckenbodentraining bei Harninkontinenz durch. Sie kam zu der Schlussfolgerung, dass eine verlässliche Aussage zur Effektivität der verschiedenen Methoden des Beckenbodentrainings nicht möglich ist. Grund dafür sind unter anderem die zu kleine Stichprobengröße oder die unterschiedlichen Methodiken in den einzelnen Studien. Jedoch lässt sich erkennen, dass das Beckenbodentraining für ältere harninkontinente Menschen, die kognitiv nicht eingeschränkt sind, eine positive Wirkung hat. Weiters bleibt die Frage offen, wie lange das Beckenbodentraining angewendet werden muss, damit es eine erkennbare Wirkung zeigt. Keine Studie hat ihre Aufmerksamkeit darauf gerichtet (vgl. Rotzoll, 2008, S. 615).

Rovner und Wein (2004) beschreiben jedoch, dass umfangreiche Forschungen die Wirksamkeit des Beckenbodenstrainings (mit und ohne Biofeedback) gezeigt haben. Die Compliance der Patientinnen sowie die deren Motivation ist jedoch wesentlich für ein erfolgreiches Programm. Die meisten Studien berichten ebenso, dass Beckenbodentraining die Inkontinenzepisoden um mehr als 50% reduziert. Im Gegensatz dazu fand Weatherall in einer quantitativen Überprüfung der Literatur heraus, dass Bio-

feedback in Kombination mit Beckenbodenübungen zu einer größeren Heilungschance bei Patientinnen mit einer Stressinkontinenz führt als die Anwendung von Beckenbodenübungen allein (vgl. Rovner et al., 2004, S. 34).

5.2.2 Inkontinenzhilfsmittel

Die Pflegepersonen haben vor allem in den stationären Einrichtungen eine bedeutende Rolle was die Patientinnenschulung betrifft. Hier gehört auch die Schulung im Umgang mit den unterschiedlichen Inkontinenzhilfsmitteln dazu. Eine solche Schulung wurde jedoch noch nicht auf ihre Effektivität untersucht (vgl. Füsgen et al., 1998, S. 44). Auch jetzt konnte bei der Recherche keine Literatur zu der Effektivität gefunden werden.

Damit auch ein effektiver Einsatz der verschiedenen Hilfsmittel erfolgen kann, ist eine solche Schulung der Patientinnen unabdingbar. Es gibt zwar Broschüren der entsprechenden Produkte, dennoch wird der tägliche Umgang mit den Inkontinenzhilfsmitteln in vielen Fällen unverständlich beschrieben. Wünschenswert wären umfangreiche und produktive Schulungen für Patientinnen bezüglich des Managements mit den Inkontinenzhilfsmitteln (vgl. Füsgen et al., 1998, S. 44).

Wie schon weiter oben angeführt ist Schulung unter anderem ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Wissen (vgl. Zegelin, 2006, S. 16). Was man über die Inkontinenzprodukte alles wissen sollte, wird nun erläutert.

Die Hilfsmittel können Therapie unterstützend sein oder permanent angewendet werden. Man unterscheidet, hier speziell für die Anwendung der Frau, die **aufsaugenden Hilfsmittel** (vgl. Hayder et al., 2008, S. 142) von den **speziellen Hilfsmittel** (vgl. van der Weide, 2001, S. 127) und den **unterstützenden Hilfsmitteln** (vgl. Arbeitsgruppe Inkontinenz, 2004, S. 30). Generell gilt, dass diese für die Betroffenen möglichst einfach und angenehm zu handhaben sind (vgl. Bühlmann, 2005, S. 159).

Aufsaugende Hilfsmittel

Das Angebot der aufsaugenden Hilfsmittel ist groß. Es gibt unterschiedliche Systeme von verschiedenen Herstellern (vgl. Hayder et al., 2008, S. 142). Es gibt waschbare aufsaugende Hilfsmittel und Einmalmaterialien (vgl. van der Weide, 2001, S. 128). Weiters

unterschiedet man körperferne und körpernahe Produkte. Zu den körperfernen Produkten zählen Betteinlagen (vgl. Bühlmann, 2005, S. 151). Körpernahe Produkte werden, wie der Name schon sagt, am Körper getragen. Die Einlagen unterscheiden sich in ihrer Größe, Form und Saugstärke. Dadurch kann eine optimale Versorgung gewährleistet werden. Dennoch muss man die Auswahl nach dem Inkontinenzgrad und den Körpermaßen richten (vgl. Hayder et al., 2008, S. 143). Die Wahl der richtigen Größe sowie die genaue Passform sind wichtig, damit der Auslaufschutz gewährleistet werden kann (vgl. van der Weide, 2001, S. 130). Welche Eigenschaften sollte eine Vorlage haben? Neben dem hohen Tragekomfort, der Auslaufssicherheit und der anatomischen Passform ist die minimale Rücknässung und eine Anzeige für einen bedarfsgerechten Produktwechsel unerlässlich (vgl. Hayder et al., 2008, S. 144).

Weiters wird zwischen dem einteiligen System und dem zweiteiligem System unterschieden. Das einteilige saugende System, auch Inkontinenz-Slip oder geschlossenens System genannt, schließt die Hüfte mit ein. Das Zweiteilige System beinhaltet eine Einlage und eine Fixierhilfe. Die Fixierhose, oder auch ein enger Schlüpfer, ist für den Auslaufschutz verantwortlich. Dieses System ist oft beliebter, da die Hüfte nicht vollkommen mit Material umschlossen ist (vgl. Hayder et al., 2008, S. 145-146).

Spezielle Hilfsmittel

Bei Frauen mit einer leichten Stressinkontinenz kann der **Urethrastöpsel** Abhilfe verschaffen. Diesen können die Frauen selbst einführen. Durch diesen Stöpsel soll ein Harnabgang verhindert werden, da dieser die Harnröhre verschließt. Der Urethrastöpsel besteht aus dem eigentlichen Stöpsel (dieser ist aus transparentem Kunststoff) und einer blauen Einführung. Diese blaue Einführung wird wieder entfernt. Der Stöpsel wird nur am Tag getragen und wenn die Frau zur Toilette geht entfernt sie diesen und führt, nach dem Urinieren, einen sterilen neuen Stöpsel wieder ein. Eine korrekte Anwendung muss beim ersten Verwenden von einer Pflegeperson genau gezeigt werden (vgl. van der Weide, 2001, S. 133).

Ebenso findet das **Inkontinenztampon** bei leichter Stressinkontinenz bei Frauen Anwendung. Der Blasenhalshals wird gestützt, somit kann die Harnröhre ihre Verschlussfunktion erfüllen sowie auch der Schließmuskel. Der Tampon wird vaginal eingeführt und

kann verglichen werden mit einem Tampon das bei der Menstruation eingeführt wird. Bevor man den Inkontinenztampon verwendet taucht man ihn in warmes Wasser, denn im trockenen Zustand ist er hart. In der Nacht und während der Periode muss der Tampon allerdings entfernt werden (vgl. van der Weide, 2001, 134).

Auch das **Pessar** ist ein Hilfsmittel. Ähnlich wie der Inkontinenztampon verbessert er die Anatomie (vgl. van der Weide, 2001, S. 134). Es erfolgt eine Anpassung des Pessars durch einen gynäkologischen Facharzt (vgl. Hayder et al., 2008, S. 122). Empfohlen wird, dass das Pessar alle sechs Wochen herausgenommen und auch gereinigt wird (vgl. van der Weide, 2001, S. 134). Dadurch soll eine Entzündung der Vagina verhindert werden. Normalerweise wird das Pessar von einem Arzt entfernt, in speziellen Einrichtungen kann dies jedoch von einer geschulten Pflegekraft erfolgen. Einige Frauen benutzen solche Pessare nur bei körperlichen Belastungen wie zum Beispiel beim Sport. Bestimmte Pessare können von den Frauen selbst gewechselt werden, wenn sie die entsprechenden Fähigkeiten haben und den Wunsch äußern (vgl. Hayder et al. 2008, S. 122-123).

Unterstützende Hilfsmittel

Wie bereits in Kapitel 3 erwähnt gibt es auch umgebungsbedingte Risikofaktoren einer Harninkontinenz. Hierzu zählt unter anderem die erschwerte Nutzbarkeit von Toiletten wie zum Beispiel schlecht beschilderte oder verschmutzte Toiletten, weite Wege, Türschwellen, fehlende Haltegriffe aber auch unpraktische Kleidung und andere Barrieren (vgl. Bölker et al., 2007, S. 29).

Zu den unterstützenden Hilfsmitteln zählen daher Harnflaschen, Toilettenstühle, Gehhilfen aber auch Kleidung, Halterungen und angepasste Toiletten (vgl. Arbeitsgruppe Inkontinenz, 2004, S. 30).

Zusätzlich zur Wissensvermittlung sollen auch Fertigkeiten zur korrekten Anwendung, Entfernung und Entsorgung im Rahmen einer Patientinnenschulung erlernt werden (vgl. Füsgen et al., 1998, S. 44).

5.2.3 Miktionsprotokoll

Um ein inhaltlich wertvolles Miktionsprotokoll zu bekommen ist die Schulung in der Handhabung wichtig. Ebenso ist es relevant, den Patientinnen die Bedeutung eines Miktionsprotokolls klar zu machen. Frauen, die ihr Miktionsprotokoll selbstständig ausfüllen, gehören ebenfalls angeleitet. Hierzu zählt unter anderem die Information wie die Menge des Urins gemessen werden kann (zum Beispiel mit einem Messbecher) (vgl. Hayder et al., 2008, zit. n. Winder, 1999, S. 68). Ein wesentlicher Punkt des Miktionsprotokolls ist, dass man die individuellen Ausscheidungsmuster abbilden kann (vgl. Hayder et al., 2008, S. 65). Weiters kann die Harninkontinenz eingeschätzt und bewertet werden (vgl. Hayder, 2007, S. 59-60).

Mit Hilfe eines Miktionsprotokolls kann man die Anzahl und das Volumen der Miktion erheben sowie die Häufigkeit des ungewollten Urinverlustes und die Bedingungen, die zu diesem unfreiwilligem Harnverlust führen (vgl. Boelker, 2006, S. 52).

5.3 Information bei Harninkontinenz

An dieser Stelle soll der Frage nachgegangen werden, welchen Informationsbedarf die Frauen, welche von Harninkontinenz betroffen sind, haben. Ferner wird versucht aufzuzeigen welchen Nutzen das Internet für die Informationsbeschaffung hat und worauf man achten muss.

Wie bereits in Kapitel 2.3 soll auch hier eine kurze Definition von Information Platz finden.

Information ist eine gezielte Mitteilung. Auch die Bereitstellung von Medien, die Vermittlung bedeutender Adressen in einem offenen Angebot sowie die Recherchehilfe gehören zur Information. (vgl. Zegelin A., 2006, S. 16.)

5.3.1 Informationsbedarf

Ahnis et al. schilderten 2008 in einer Studie das Problem, dass es keine Untersuchungsergebnisse inkontinenter älterer Menschen im deutschsprachigen Raum gibt, die den Informationsbedarf reflektieren (vgl. Ahnis et al., 2008, S. 65).

Antje Braumann führte jedoch eine Untersuchung zum Thema **„Informationsbedarf von Frauen und Männern mit Harninkontinen ab dem 60. Lebensjahr“** durch, die 2010 publiziert wurde (vgl. Braumann, 2010, S.77).

Hier soll eine Zusammenfassung dieser Studie erfolgen, da dies für den Nutzen der Arbeit von fundamentaler Bedeutung ist.¹

Die Stichprobe dieser Untersuchung umfasste 58 Männer und 73 Frauen im Alter zwischen 60 und 94 Jahren (vgl. Braumann, 2010, S. 73). Eingeschlossen wurden demnach Personen ab dem 60. Lebensjahr. Ein weiteres Auswahlkriterium dieser Querschnittstudie war die Erfahrung mit einer Therapie der Harninkontinenz (egal welche Art der Therapie stationär oder ambulant durchgeführt wurde). Außerdem wurden nur Personen mit einer Stress-, Drang- oder Mischinkontinenz in die Analyse einbezogen. Menschen die sich aktiv mit der Problematik der Inkontinenz auseinandergesetzt haben standen im Vordergrund. Ein Ausschlusskriterium war unter anderem eine schwere Pflegebedürftigkeit, da man eine Fremdeinschätzung, durch zum Beispiel Angehörige, vermeiden wollte. Die Datensammlung erfolgte mittels einer schriftlichen Befragung. Dazu wurden standardisierte Fragebögen verwendet. Das Statistikprogramm SPSS wurde für die Auswertung herangezogen (vgl. Braumann, 2010, S. 60-61). Symptome der Mischinkontinenz wurden am Häufigsten von den befragten Personen (74%) genannt (das entspricht 53 Frauen und 44 Männern) (vgl. Braumann, 2010, S. 74).

Braumann stellte fest, dass sich eine Tendenz zum hohen Informationsbedarf bei der untersuchten Stichprobe entwickelte (vgl. Braumann, 2010, S. 78).

„Je höher der Wert für die Wichtigkeit auf einer Skala von „1=gar nicht wichtig“ bis

¹In dieser Arbeit wird zwar speziell auf die Frauen mit Harninkontinenz Bezug genommen, dennoch sind die im Folgenden angeführten Erläuterungen auf beide Geschlechter bezogen, da in der Studie von Braumann beide Geschlechter bezüglich des Informationsbedarfs untersucht wurden.

„5=sehr wichtig“, desto höher war die Bedeutung der Information für die Person mit Harninkontinenz“ (Braumann, 2010, S. 78).

Die Skala für die Bewertung der Wichtigkeit lautete genau: 1=gar nicht wichtig, 2=wenig wichtig, 3=einigermaßen wichtig, 4=wichtig und 5=sehr wichtig (vgl. Braumann, 2010, S. 79).

Welche Informationen waren der Stichprobe jetzt besonders wichtig (Mittelwert (MW) von 4,06 bis 4,49)? Nicht nur die Informationen wie man durch Übungen die Blasenkontrolle verbessern kann, sondern auch welche Ursachen der Harninkontinenz es gibt, wie wirksam die Therapien bei Harninkontinenz sind, welche Ansprechpartner es gibt, wie man mit Harninkontinenz umgehen soll, wie man den Uringeruch verhindern kann und auch Informationen zu den Inkontinenzhilfsmitteln. Diese Items hatten einen Mittelwert von über 4 und lagen somit über der Bewertung von „wichtig“. Es gab auch Informationen die die Betroffenen als wichtig werteten (MW von 3,27 bis 3,99). Hierzu zählten die Informationen zu den beeinflussenden Faktoren der Harninkontinenz wie zum Beispiel das Alter, die Ernährung, der Flüssigkeitshaushalt und die anatomisch-physiologischen Grundlagen. Auch die verschiedenen Arten der Therapie und das Wissen zu Kompensationsmöglichkeiten mit Inkontinenzhilfsmitteln wurden als wichtig gewertet. Daneben wurde die Prävention von Hautreizungen und Blasenentzündungen als wichtig empfunden, ebenso wie die Informationen bezüglich Familie und Partnerschaft und auch der Umgang und die Kommunikation mit anderen. Es lässt sich erkennen, dass für die Betroffenen Frauen und Männer die Wichtigkeit der Informationen bezüglich dem Umgang mit Harninkontinenz (MW=4,15), der Prävention von Uringeruch (MW=4,1), den Inkontinenzhilfsmitteln (MW=4,06), den anatomisch-physiologische Grundlagen (3,99), den Nebenwirkungen bei Medikamenten (MW=3,97), Medikamente und Harninkontinenz (MW=3,96) und Prävention von Blasenentzündungen (MW=3,96) nahezu gleichwertig sind (vgl. Braumann, 2010, S. 78-80).

Frauen bewerteten unter anderem die Informationen zu den Ursachen und Risikofaktoren der Harninkontinenz, den Übungsoptionen, den Ansprechpartnern sowie der Ernährung, signifikant höher als die Männer (vgl. Braumann, 2010, S. 91).

Antje Braumann widmete sich auch der Frage nach der „**Zufriedenheit mit Information bei Frauen und Männern ab dem 60. Lebensjahr mit Harninkontinenz**“. Zu den Parametern der Zufriedenheit zählten neben der Einschätzung der erhaltenen Informationen außerdem die Zufriedenheit mit der Therapie sowie den verfügbaren Hilfen zur Bewältigung des Alltags und den Umgang mit Harninkontinenz. Die Skala der Zufriedenheit sieht wie folgt aus: 1=sehr zufrieden, 2=ziemlich zufrieden, 3=weder zufrieden noch unzufrieden, 4=ziemlich unzufrieden, 5=sehr unzufrieden. Während die öffentlich erhältlichen Informationen vom Großteil eher unzufriedenstellend eingestuft wurden, waren 41 Teilnehmer mit den Informationsangeboten und den Informationsmaterialien öffentlicher Einrichtungen grundsätzlich zufrieden (10,7%: „1=sehr zufrieden“, 23,0%: „2=ziemlich zufrieden“) (vgl. Braumann, 2010, S. 97).

Weiters untersuchte Braumann inwieweit die Informationen eine Hilfestellung bei der Suche nach professioneller medizinischer Hilfe boten oder nach geeigneten Inkontinenzprodukten. 60 Teilnehmer waren mit der empfangenen Information zufrieden (20,3%: „1=sehr zufrieden“, 30,6%: „2=ziemlich zufrieden“). Die Suche selbst empfanden 34 Personen als eher unzufriedenstellend. Da die Erfahrung mit einer Therapie ein Einschlusskriterium für diese Studie war, konnten die befragten Personen über die Zufriedenheit mit der Reaktion des Arztes beziehungsweise des Pflegepersonals bei der ersten Kontaktaufnahme ein Urteil fällen. 72 der befragten Personen bewerteten die Reaktion der Ärzte und Pflegepersonen als zufriedenstellend und 35% waren sehr zufrieden mit der Reaktion beim ersten Gespräch zur Problematik der Harninkontinenz. Jedoch gab es 33 Personen die mit den Reaktionen der professionellen Berufsgruppe weniger oder sogar überhaupt nicht zufrieden waren. Wichtig zu erwähnen ist ebenfalls, dass die Information und Beratung der professionellen Berufsgruppen mit einem MW von 2,27 bewertet wurde. Ein MW von 2,07 zeigte sich beim Verständnis der Pflegekraft. 62,5% fühlten sich nämlich in der Situation der Harninkontinenz von der professionell Pflegenden verständnisvoll behandelt. Braumann stellte fest, dass sich 55% der befragten Personen die Inkontinenzhilfsmittel selbst finanzierten und dass deren Erwartungen an die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln erfüllt wurden (MW=2,6) (vgl. Braumann, 2010, S. 97-100).

„Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Grad der Zufriedenheit sich

im mittleren Bereich befindet. Die befragten Teilnehmer fühlten sich durch die Informations- und Versorgungsangebote und deren Nutzung weitestgehend befriedigt“ (Braumann, 2010, S. 100).

Weiters widmete sich Braumann der „**Zufriedenheit mit den Informationen von verschiedenen Berufsgruppen bei Harninkontinenz**“. Die Teilnehmer wurden in einer offenen Fragestellung nach weiteren denkbaren Informationen und Informationsquellen befragt die sie als nützlich empfinden. 22,9% (30 Personen) gingen auf diese Frage ein, wobei 77,1% keine Auskunft diesbezüglich machten. Die extra angeführten Informationen knüpften an die Themen Alltagsbewältigung und Therapie der Harninkontinenz an. Hinweise zu öffentlichen Toiletten und die individuelle Bewältigung der Therapie, sowie Angaben zu bestimmten Therapien (wie zum Beispiel Beckenbodentraining, chirurgisch/invasive Eingriffe, Botulinum-Injektionen) wurden thematisiert und standen im Mittelpunkt (vgl. Braumann, 2010, S. 102).

Zu den bevorzugten Informationsquellen der Stichprobe zählten Ärzte und Pflegekräfte sowie auch Ansprechpartner auf Kongressen, Messen, Foren, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen. Grundlage dafür war jedoch, dass die einzelnen Berufsgruppen über eine Expertise auf diesem Sektor verfügten und mit dem nötigen Wissen der Inkontinenversorgung vertraut waren (vgl. Braumann, 2010, S. 102).

Bezüglich der Informationsmedien: 89 Personen favorisierten schriftliches Informationsmaterial wobei das Internet von 22 Menschen als Medium herangezogen wurde. Nur 4 Personen jedoch begrüßten das Internet für eine Beratung. 11 Personen haben den Informationsaustausch in Foren oder Chatrooms vorgezogen. 13 Personen bevorzugten eine Telefonberatung und 41 befanden die Medien Film und Funk als wichtige Informationsquelle (vgl. Braumann, 2010, S. 103).

Ein interdisziplinär zusammengesetztes Team übernahm die Information und Versorgung der Personen mit Harninkontinenz. Hierzu zählten Ärzte (unter anderem Fachärzte für Allgemeinmedizin, Urologen und Gynäkologen), Krankenpflegepersonen, Altenpflegepersonen, Physiotherapeuten und Hilfsmittellieferanten (wie zum Beispiel Apotheken und Sanitätshäuser). Die untersuchte Stichprobe der über 60-jährigen Frauen und Männern mit Harninkontinenz ergab, dass sich die Personen an verschiedenen

Experten der Inkontinenzversorgung wandten. Deshalb gab es eine hohe Anzahl an Doppel- oder sogar Mehrfachnennungen. Auch hier wurde eine Skala von 1 bis 5 gewählt: 1=sehr zufrieden, 2=ziemlich zufrieden, 3=weder noch, 4=ziemlich unzufrieden, 5=sehr unzufrieden. Ärzte wurden des Öfteren um Informationen bezüglich Harninkontinenz gebeten. Insgesamt waren die betroffenen Personen mit der Information und Betreuung der Ärzte zufrieden. Weniger oft wurden die Pflegekräfte als Informationsquelle konsultiert, trotzdem wurde diese Berufsgruppe von den betroffenen Frauen und Männern hoch geachtet. 62 Personen, das sind 47,3%, schätzten das Fachwissen der Pflegepersonen, bei 42 Betroffenen war die Spezialisierung der Kontinenzberaterin bekannt und geachtet. 42 befragte Personen zogen ihre Physiotherapeutin zur Erweiterung ihres Wissens hinzu und 82 Personen die Hilfsmittellieferanten. Insgesamt ergab die Auswertung, dass die befragten Personen im Mittel zufrieden bis sehr zufrieden mit der Information und dem Verhalten der genannten Berufsgruppen waren. Die Auswertung für die pflegerische Berufsgruppe ergab, dass die Probandinnen und Probanden mit den Informationen der Pflegefachkraft ziemlich zufrieden (MW=1,93), mit den Informationen der Altenpflegerinnen ebenso ziemlich zufrieden (MW=2,25) und mit den Informationen der Kontinenzberaterin sehr zufrieden bis ziemlich zufrieden (MW=1,64) waren (vgl. Braumann, 2010, S. 103-105).

Palmer und Newman (2006) fanden in einer Studie, die ältere Menschen mit Harninkontinenz nach den Informationsbedarf befragte, ähnliches heraus. Die wichtigsten Informationen für die Befragten waren die Methoden, wie man die Blasenfunktion erhalten oder Wiedererlangen kann. Weiters wollten sie Informationen über die persönliche Hygiene, Informationen über die Nahrung und die Art und Menge der Flüssigkeit die angemessen ist. Auch wollten sie Informationen zu den Produkten die verfügbar sind. Manche der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer fanden es wichtig etwas über die Ursache der Inkontinenz zu lernen. Besonders begierig waren die befragten Personen auf Informationen zur Bewältigung der Harninkontinenz im Alltag und wie sie ihren Gesundheitszustand verbessern können. Ebenso wollten sie Informationen über die Blasenschwäche und waren überrascht, dass es verschiedene Möglichkeiten

zur Behandlung gibt. Erstaunt waren sie über die Tatsache, dass es Methoden zur Selbstpflege gibt, die die Kontrolle der Blasenfunktion fördern. Die meisten der befragten Personen gaben auch an, dass die verschiedenen Begriffe wie Harninkontinenz, Hyperaktive Blase oder Probleme der Blasenkontrolle verwirrend sind (vgl. Palmer, Newman, 2006, S. 30-31).

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen erfahren häufig persönliche Informationen von den Patientinnen bezüglich ihrer Gesundheit. Genau deshalb sollte den Pflegepersonen eine Führungsrolle in der Bereitstellung von Informationen in Bezug auf Gesundheitsförderung zukommen. Um erfolgreich einen gesunden Lebensstil im Alter zu fördern, gehören Informationen zur Blasenkontrolle auf jeden Fall dazu. Somit sind Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen an der Bildung zur Förderung der Kontinenz beteiligt und können dies vorantreiben (vgl. Palmer, Newman, 2006, S. 31-32).

Palmer und Newman (2006) fassten in der Studie zusammen, dass

- ältere Personen bereit sind mit Pflegepersonen über die Probleme der Harninkontinenz zu sprechen
- dass die verschiedenen Begriffe für Harninkontinenz bei den älteren Personen für Verwirrung sorgen
- dass den Pflegepersonen eine Schlüsselrolle in der Bereitstellung von Gesundheitsinformationen und dem beseitigen von Missverständnissen zukommt (vgl. Palmer, Newman, 2006, S. 32)

Auch Newman (2004) führte bei 405 Frauen ≥ 56 Jahren eine Untersuchung zum Thema Informationsbedarf bei ungewollten Urinverlust durch. Dabei gaben 68% an, dass sie Informationen zu den Therapiemöglichkeiten brauchen, weitere 50% wollten Informationen zu den Inkontinenzprodukten, 45% benötigten Hinweise wie sich die Blasenfunktion normalisieren könnten, 39% wollten die Leitlinien zur Bewertung des Therapieerfolgs wissen, 38% war die Information zu den Risikofaktoren wichtig und 37% wollten Informationen zur medizinischen Forschung (vgl. Newman, 2004, S. 501

und 506).

Zu den bevorzugten Informationsquellen, wo die Frauen in erster Linie über die Inkontinenz erfuhren beziehungsweise sich erkundigten, zählten das Fernsehen, Zeitschriften und andere öffentliche Medien (48%) sowie das Lesen von Informationen in Verkaufsgeregalen (42%). 29% erkundigten sich bei Angehörigen und Freunden. Der Arzt und andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens hatte nur bei 23% eine Bedeutung. 90% der befragten Frauen meinten, dass Produktproben hilfreich wären, während 60% meinten, dass Unterrichtsmaterialien bedeutsam wären. 36% denken, dass gebührenfreie Telefonnummern bedeutsam sind und nur 11% glauben, dass eine Liste von Webseiten hilfreich sei. (vgl. Newman, 2004, S. 506).

Titel	In	Autor(en), Jahr	Informationsbedarf bei Harninkontinenz
Informationsbedarf von Frauen und Männern mit Harninkontinenz ab dem 60. Lebensjahr	Information und ihre Bedeutung bei Harninkontinenz; Die besondere Situation der Frauen und Männer ab dem 60. Lebensjahr, Verlag Hans Huber	Braumann, A. (2010)	- Verbesserung der Blasenkontrolle durch Übungen - Ursachen der Harninkontinenz - Wirksamkeit und Arten der Therapien - Ansprechpartner - Umgang mit Harninkontinenz - Verhinderung des Uringeruchs - Informationen zu Inkontinenzhilfsmitteln - Beeinflussende Faktoren der Harninkontinenz (Alter, Ernährung, Flüssigkeitshaushalt, anatomisch-physiologische Grundlagen) - Prävention von Hautreizungen und Blasenentzündungen - Familie, Partnerschaft, Kommunikation mit anderen - Medikamente und deren Nebenwirkungen bei Harninkontinenz
Bladder Control Educational Needs of Older Adults	Journal of Gerontological Nursing	Palmer, M.H., Newman, D.K. (2006)	- Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Blasenfunktion - Persönliche Hygiene - Nahrung, Art und Menge der Flüssigkeit die angemessen ist - Inkontinenzprodukte - Ursachen der Harninkontinenz - Bewältigung im Alltag
Report of a Mail Survey of Women With Bladder Control Disorders	Urologic Nursing	Newman D.K. (2004)	- Therapiemöglichkeiten - Inkontinenzprodukte - Normalisierung der Blasenfunktion - Leitlinie zur Bewertung des Therapieerfolgs - Risikofaktoren - Medizinische Forschung

Tabelle 5.3 – Zusammenfassung Informationsbedarf bei Harninkontinenz (eigene Darstellung)

5.3.2 Informationsquelle Internet

Das Internet und die Anzahl derer die im Web nach Gesundheitsinformationen suchen, ist im letzten Jahrzehnt drastisch gestiegen. Menschen nützen das Internet aus verschiedenen Gründen. Einerseits möchten sie Informationen bezüglich einer Krankheit bekommen und andererseits möchten sie mehr über Medikamente oder anderen Behandlungen erfahren. Weiters benützen die Betroffenen das Internet, weil sie nach Informationen suchen, die ihnen helfen sich an der Selbstpflege zu beteiligen und ihnen diesbezüglich auch Unterstützung geben. Frauen machen 63% der Personen aus, die online nach Gesundheitsinformationen suchen. Das Internet ist ein möglicher Kommunikationskanal um das Betreuungsangebot für Patientinnen mit urologischen Problemen darzustellen. Vor allem ist die Anzahl der Webseiten, die Informationen bezüglich Harninkontinenz anbieten, gestiegen. Die Zunahme der Informationen im Web bezüglich Kontinenz und die Anzahl der Frauen die im Internet nach Gesundheitsinformationen suchten, war zeitgleich mit einer verstärkten Betonung der Forscher auf die Selbstpflege und Verhaltenstrategien bei Frauen mit Harninkontinenz. Während einige Vorgehensweisen wichtig zur Förderung der Blasengesundheit sind, sind andere speziell auf die Kontrolle von Blasenproblemen ausgerichtet. Möglichkeiten für die Frauen, Fakten zur Förderung der Blasengesundheit zu erhalten, sowie Informationen über ihre Probleme und Symptome fehlen jedoch. Genauso wie angemessene Interventionen zur Selbstpflege. Um mit einem breiten Publikum über Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu kommunizieren, gehört der Einsatz von digitalen Technologien, wie es das Internet ist, dazu. Informationen und Strategien zur Verbesserung der Gesundheit können auf Webseiten in maßgeschneiderter Form dargestellt werden, sodass sich die Internetnutzerinnen permanent damit beschäftigen (vgl. Boyington et al., 2003, S. 280).

Auch Oermann (2003) führt an, dass immer mehr Patientinnen das Internet nutzen um Informationen über ihre gesundheitlichen Probleme zu erhalten sowie mögliche Behandlungen, Medikamente und wie sie sich selbst oder Familienangehörige pflegen können. Warum immer mehr Patientinnen das Internet nutzen ist einfach. Sie erhalten Antworten auf Fragen, wenn diese gerade entstehen und sammeln Informationen

wenn sie diese gerade brauchen. Die Nutzerinnen können schon vor einem Besuch beim Arzt mehr über ihre Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten erfahren. Auch Oermann beschreibt, dass Tausende von Gesundheitswebseiten existieren, aber nicht alle bieten zutreffende, vollständige und „up-to-date“ Informationen an. Es wurden Normen für die Darbietung von Gesundheitsinformationen im Internet vorgeschlagen, aber die Einhaltung ist freiwillig. Aus diesem Grund wird auch hier die Wichtigkeit der Pflegeperson in Bezug auf die Bewertung der Gesundheitswebseiten angesprochen. Sie sollen Patientinnen zu solchen Webseiten leiten die sie auch verstehen können und hochwertig sind (vgl. Oermann, 2003, S. 217-218).

Diering und Palmer fanden 2001 heraus, dass das World Wide Web (WWW) auch praktische und geeignete Informationen für die Bildung anbietet. Vor allem für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind diese von Bedeutung, insbesondere weil der Zugang zum Internet am Arbeitsplatz steigt. Auch der Verbraucher beziehungsweise die Interessentinnen suchen zunehmend nach Gesundheitsinformationen im WWW und nutzen dieses auch vermehrt. Man geht davon aus, dass über 10.000 gesundheitsbezogene Seiten im WWW existieren. Im Jahr 1997 nutzten bereits 24 Millionen Nordamerikaner das Internet. Es wird erwartet, dass die Zahl der Benutzer und Webseiten stetig an Zuwachs gewinnen wird (vgl. Diering, Palmer, 2001, S. 55).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das WWW ein wertvolles Werkzeug ist das „state-of-the-art“ Wissen über die Harninkontinenz besitzt. Dieses Wissen können die Pflegefachkräfte für Kontinenz- und Stomaberatung benutzen um sich Wissen anzueignen und anderen Wissen zu vermitteln. Leider existiert kein Goldenstandard zur Beurteilung der Qualität der Gesundheitsinformationen die im Web veröffentlicht werden (vgl. Diering, Palmer, 2001, S. 55). Es ist schwierig seriöse von unseriösen Informationen zu trennen (vgl. Menche, 2007, S. 208-209). Durch die Entwicklung des World Wide Web und die Erhöhung der Nutzung durch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen muss man die Fähigkeit und Sachkenntnis besitzen diese Seiten kritisch zu betrachten und bewerten (vgl. Diering, Palmer, 2001, S. 55).

Kapitel 6

Schlussfolgerung

Harninkontinenz, eine Problematik die viele betrifft, ein Thema über das kaum jemand spricht.

Die professionell Pflegenden spielen bei Harninkontinenz eine große Rolle. Es kann gesagt werden, dass ihnen eine Schlüsselrolle zu Teil wird. Die Pflegepersonen haben einen hohen Patientinnenkontakt und sind häufig die ersten die vom Leiden der Betroffenen erfahren. Deshalb liegt es oft in ihrer Hand das Problem anzusprechen und entsprechende Interventionen einzuleiten. Viele Pflegende sind sich dessen aber nicht bewusst, dass gerade sie einen erheblichen Anteil daran haben, ob die Betroffenen ihr Leiden hinnehmen oder ob sie daran arbeiten. Hinzu kommt, dass das Thema Harninkontinenz nach wie vor mit Scham behaftet ist, nicht nur seitens der Betroffenen, sondern auch seitens der Pflegepersonen beziehungsweise im gesamten interdisziplinären Team. Es muss nach wie vor noch viel Arbeit geleistet werden, damit das Thema enttabuisiert wird. Auch den Pflegepersonen müssen entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildungen bezüglich Harninkontinenz angeboten werden, damit auch sie besser damit umgehen können und auch im Team darüber sprechen können. Ein monatlicher Besuch der ausgebildeten Kontinenz- und Stomaberaterinnen (zum Beispiel auf den Stationen) für eventuelle Fragen wäre ein Ansatzpunkt. Diese sollten nicht nur um Rat gefragt werden, wenn schon Probleme beziehungsweise Schwierigkeiten aufgetreten sind, sondern präventiv die neuesten Erkenntnisse und Entwicklungen mitteilen.

Häufig zeigt sich seitens der Betroffenen ein Vermeidungsverhalten bezüglich der

Inanspruchnahme von Hilfe. Auch hier darf die Tatsache, dass Harninkontinenz ein Tabu darstellt, nicht außer Acht gelassen werden. Das Thema muss in der Öffentlichkeit popularisiert werden. Viele Frauen sind sich wahrscheinlich nicht bewusst, dass alleine in Österreich mehrere hunderttausende Frauen von Harninkontinenz betroffen sind. Ihnen muss das Gefühl vermittelt werden, dass sie nicht alleine mit dieser Problematik sind. Diese Tatsache könnte vermutlich für viele Frauen bahnbrechend sein sich Hilfe zu suchen. Es gibt Hilfen gegen die Harninkontinenz und diese müssen auch deutlich vor Augen geführt werden. Besonders die Diagnostik ist wichtig um geeignete Hilfen anzubieten. Operative Eingriffe gehören zu den letzten Optionen der Behandlungsmöglichkeiten, diese werden erst nach gescheiterten konservativen Maßnahmen in Erwägung gezogen. Diese Information ist besonders für diejenigen Frauen wichtig, die aus Angst vor chirurgischen Eingriffen keine Hilfe suchen.

Wichtig ist vor allem auch, dass sich die Ärzte mehr Wissen über dieses Thema aneignen und die Problematik von sich aus ansprechen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Klärung der Zuständigkeiten. *„Wo muss man sich hinwenden, wenn man um Rat fragen will?“*, *„Wo muss ich als erstes hingehen?“* und *„Was passiert da mit mir?“*

Gerade die ältere Generation ist es nicht gewöhnt über Probleme dieser Art zu sprechen. Für alle, aber besonders für diese Personen wäre es besonders wichtig, einen geschützten Rahmen zu finden, wo diese Probleme (eventuell anonym) angesprochen werden können.

Bei der Frage, worin die Frauen geschult werden sollten, kam es zu einigen Ungereimtheiten. Einerseits wird zwar angesprochen, dass die betroffenen Frauen im Hinblick auf die Hilfsmittel geschult werden müssen, sowie im Gebrauch des Mitkionsprotokolls und im Kontinenztraining. Bei der Recherche konnten allerdings keine identifizierten Schulungsprogramme diesbezüglich gefunden werden. Es werden zwar Programme insbesondere für das Beckenbodentraining angeboten, dennoch bleibt dies, zumindest in Österreich, eine Domäne der Physiotherapie. Die Pflege sieht ihre Aufgabe hauptsächlich darin, zu vermitteln, Termine zu organisieren und zum Training zu mo-

tivieren. Abhilfe könnte eine Weiterbildung diesbezüglich verschaffen. Pflegepersonen könnten sich Wissen darüber aneignen und die Patientinnen selbst schulen.

Nachdem jetzt auch Wissen über den Informationsbedarf der harninkontinenten Frauen zur Verfügung steht, liegt es an den Beraterinnen sich genau dieses Wissen anzueignen um adäquat darauf reagieren zu können. Diese Wissensaneignung ist von grundlegender Bedeutung um der Betroffenen im Beratungsgespräch Sicherheit vermitteln zu können.

Da schriftliches Informationsmaterial bevorzugt von den Betroffenen gelesen wird um sich Wissen anzueignen, sollte genau hier angesetzt werden. Übersichtliche, anschauliche und vor allem für die Betroffenen leicht verständliche Broschüren, Flyer usw. sollten vermehrt zur freien Entnahme an öffentlichen Stellen aufliegen. Nicht nur bei Ärzten oder im Krankenhaus, sondern auch im Einkaufszentrum oder im Café. Dies könnte auch ein wesentlicher Beitrag zur Enttabuisierung dieser Problematik sein.

Viele Pflegepersonen im stationären Bereich beraten, schulen und informieren die Patientinnen, ohne dass sie sich dessen bewusst sind. Diese Tätigkeiten werden häufig „nebenbei“ erledigt, ohne dokumentiert zu werden. Damit die Patientinnenedukation auch Anerkennung findet, müssen genau diese wertvollen Tätigkeiten vermerkt werden.

Literaturverzeichnis

- [1] Abrams, P.; Cardozo, L.; Fall, M.; Griffiths, D.; Rosier, P.; Ulmsten, U.; van Kerrebroeck, P.; Victor, A.; Wein, A. (2002): The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society, in: *Neurourology and Urodynamics*, 21, 167-178.
- [2] Abt-Zegelin, A. (2000): Neue Aufgabe für die Pflege: Patientenedukation, in: *Die Schwester Der Pfleger*, 39, S. 56-59.
- [3] Abt-Zegelin, A. (2006): Mikroschulungen - Pflegewissen für Patienten und Angehörige, 1. Teil, in: *Die Schwester Der Pfleger*, 45, 62-65.
- [4] Ahnis, A.; Boguth, K.; Braumann, A.; Kummer, K.; Seizmair, N.; Seither, C. (2008): Inkontinenz bei alten Menschen, in: *Pflege & Gesellschaft*, 13(1), S. 62-74.
- [5] Andersson, G.; Johansson, J.-E.; Nilsson, K.; Sahlberg-Blom, E. (2008): Accepting and Adjusting: Older Women's Experiences of Living With Urinary Incontinence, in: *Urologic Nursing*, 28(2), S. 115-121.
- [6] Apostolidis, A.; Dasgupta P.; Fowle, C.J. (2006): Proposed Mechanism for the Efficacy of Injected Botulinum Toxin in the Treatment of Human Detrusor Overactivity, in: *European Urology*, 49, 644-650.
- [7] Arbeitsgruppe Inkontinenz (Hrsg.) (2004): Anleitung zur Betreuung von Betroffenen mit Inkontinenz. AGI Handbuch, Wiener Krankenanstaltenverbund.

- [8] **Bamberger, G.** (2005): Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch, Weinheim; Basel: Beltz Verlag.
- [9] **Bauer, R.M.; Mayer, M.E.; Soljanik, I.; Gozzit, C.; Stief, C.G.; Dannecker, S.** (2009): Therapie der weiblichen Harninkontinenz; Hohe Erfolgsraten durch individuelle Konzepte, in: gynäkologie + geburtshilfe, 11, 35-39.
- [10] **Besendorfer, A.; Schulz, B.** (2007): Patienten brauchen Informationen; Umsetzung des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz“, in: Pflegezeitschrift, 10, 552-556.
- [11] **Betschart, C.; Scheiner, D.; Fink, D.; Perucchini, D.** (2008): Konservative Therapie von Harninkontinenz, Drangsymptomen und Genitaldeszensus, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 15(3), 23-30.
- [12] **Boelker, T.** (2006): Neuorientierung; Kontinenzförderung als „Roter Faden“, in: Boelker, T.; Hegeholz, D.; Webelhuth, W. (Hrsg.): Außer Kontrolle; Pflege bei Harn- und Stuhlinkontinenz, Leipzig: Tabea Noreiks.
- [13] **Bölker, T.; Boguth, K.; Braumann, A.; Friesel, B.; Hayder, D.; Kramß, D.; Kuno, E.; Müller, E.; Müller, M.; Saxer, S.; Schnepf, W.; Schön, G.** (2007): Der Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege; Entwicklung - Konsentierung - Implementierung, Osnabrück.
- [14] **Borrie, M. J.; Bawden, M.; Speechley, M.; Kloseck, M.** (2002): Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial, in: Canadian Medical Association Journal, 166(10), S. 1267-1273.
- [15] **Boy, S.; Seif, C.** (2009): Botulinumtoxin – Was ist die Indikation und welches sind die Grenzen der therapeutischen Anwendung bei Dranginkontinenz?, in: Perabo, F.; Müller, S.C. (Hrsg.): Inkontinenz; Fragen und Antworten, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- [16] Boyington, A. R.; Dougherty, M. C.; Liao, Y.-M. (2003): Analysis of Interactive Continence Health Information on the Web, in: Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 30(5), S. 280-286.
- [17] Braumann, A. (2010): Information und ihre Bedeutung bei Harninkontinenz; Die besondere Situation der Frauen und Männer ab dem 60. Lebensjahr, Bern: Verlag Hans Huber.
- [18] Brömmeling, M. (2007): Patientenedukation - ein Überblick, in: MagSi®, 45, 9-10.
- [19] Bühlmann, J. (2005): Inkontinenz, in: Käppeli, S. (Hrsg.): Pflegekonzepte; Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld; Band 2; Selbstkonzept; Selbstpflege-defizit; Immobilität; Ermüdung/Eerschöpfung; Schlafstörung; Inkontinenz, Bern: Verlag Hans Huber.
- [20] Büker, C. (2007): Realisierung einer Idee, in: Patienteninformationszentren als pflegerisches Handlungsfeld; Aufbau und Gestaltung, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- [21] De Jong, P.; Berg, I. K. (2008): Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie, Dortmund, Verlag Modernes Lernen.
- [22] De Shazer, S. (2010): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme Verlag.
- [23] De Shazer, S.; Berg, I. K.; Lipchik, E.; Nunnally, E.; Molnar, A.; Gingerich, W.; Weiner-Davis, M. (2008): Kurzzeittherapie: Zielgerichtete Lösungsentwicklung, in: Watzlawick, P.; Nardone, G. (Hrsg.): Kurzzeittherapie und Wirklichkeit. Eine Einführung, München, Piper Verlag.
- [24] Diedrich, K.; Holzgreve, W.; Jonat, W.; Schultze-Mosgau, A.; Schneider, K.-T.M.; Weiss, J.M. (2007): Gynäkologie & Geburtshilfe, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- [25] Diering, C. L.; Palmer, M. H. (2001): Professional Information About Urinary Incontinence on the World Wide Web: Is it Timely? Is it Accurate? in: Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 28(1), S. 55-62.

- [26] Doll, A.; Hummel-Gaatz, S. (2006): Lernfeld Beratung in der Pflege; Umsetzung des Lernfeldkonzeptes in der Fachweiterbildung für onkologische Pflege, in: PrInterNet, 04, 206-217.
- [27] Dungal, A.; Riss, P. (2005): Das Erstgespräch bei Harninkontinenz, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 12 (Sonderheft 4), 8-11.
- [28] Eberhard, J.; Geissbühler, V. (2000): Konservative und operative Therapie bei Harninkontinenz Deszensus und Urogenitalabschwerden, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 7(3), 32-46.
- [29] Engel, F.; Nestmann, F.; Sickendiek, U. (2008): Theoretische Konzepte der Beratung, in: Lehrbuch Patientenberatung, Bern: Verlag Hans Huber.
- [30] Engel, F.; Sickendiek, U. (2005): Beratung - ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen, in: Pflege & Gesellschaft, 10, 163-171.
- [31] Engel, R. (2006): Gesundheitsberatung in der Pflege; Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum, Wien: Facultas.
- [32] Fantl, A. J.; Wyman, J. F.; McClish, D. K.; Harkins, S. W.; Elswick, R. K.; Taylor, J. R.; Hadley, E. (1991): Efficacy of Bladder Training in Older Women With Urinary Incontinence, in: Journal of the American Medical Association, 265(5), S. 609-613.
- [33] Fawcett, J. (1998): Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick, Bern: Verlag Hans Huber.
- [34] Fischer, M. (2000): Hyperaktive Blase, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 7(4), 20-34.
- [35] Fischer, M.; Lüftenegger, W. (2002): Minimal-invasive Methoden zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz: TVT, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 9(Sonderheft 2), 27-29.
- [36] Fischer, N.; Müller, S.C. (2009): Sind bei der Dranginkontinenz operative Verfahren angezeigt und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen?, in: Perabo, F.;

- Müller, S.C. (Hrsg.): Inkontinenz; Fragen und Antworten, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- [37] Füsgen, I. (1998): Kostenproblem Harninkontinenz, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 5(1), S. 7-12.
- [38] Füsgen, I.; Bienstein, Ch.; Böhmer, F.; Busch, B.; Cottenden, A.; Heidler, H.; Scherr, A.; Püllen, R. (1998): Arbeitsgruppe: Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Kontinenzbetreuung, in: Urologe [B], 38(2), S. 37-45.
- [39] Gauruder-Burmester, A. (2009): Harninkontinenz bei der Frau; Einteilung, Diagnostik, Therapie, in: Der Allgemeinarzt, 15, 12-18.
- [40] Glavind, K.; Mouritsen, A.L.; Lose, G. (1999): Management of stress and urge urinary incontinence in women, in: Acta Obstet Gynecol Scand, 78, 75-81.
- [41] Goepel, M. (2003): Therapieergebnisse bei Mischinkontinenz, in: Der Urologe, 42(6), 812-817.
- [42] Gomez, J. (2006): Schluß mit Inkontinenz! Vorsorge, Ursachen und Symptome, Training, medizinische Möglichkeiten; Der Ratgeber für die ganze Familie!, Zürich: Oesch Verlag.
- [43] Hampel, C.; Gillitzer, R.; Wiesner, C.; Thüroff, J.W. (2007): Welche Untersuchungen sind beim alten Menschen mit Harninkontinenz sinnvoll?, in: Der Urologe, 46, 368-376.
- [44] Hayder, D. (2004): „Ich hab´ da ein Leck ...“. Vom Schamgefühl inkontinenter Menschen, in: Die Schwester Der Pfleger, 43(10), S. 748-751.
- [45] Hayder, D. (2007): Literaturstudie, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard - Förderung der Harnkontinenz in der Pflege; Entwicklung - Konsentierung - Implementierung, Osnabrück.
- [46] Hayder, D.; Kuno, E.; Müller, M. (2008): Kontinenz - Inkontinenz - Kontinenzförderung. Praxishandbuch für Pflegendе, Bern: Verlag Hans Huber.

- [47] Herold, E. E. (2001): Theoretische und methodische Grundlagen für die ambulante Pflege, in: Brunen, M. H.; Herold, E. E. (Hrsg): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen, Hannover: Schlütersche Verlag.
- [48] Höhmann, U. (2008): Expertenstandards in der Praxis: Überlegungen zu zentralen Umsetzungsbedingungen - am Beispiel des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz“, in: Pflege & Gesellschaft, 13(2), S. 131-142.
- [49] Hofmann, R.; Wagner, U. (2009): Inkontinenz- und Deszensuschirurgie der Frau, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- [50] Horrocks, S.; Somerset, M.; Stoddart, H.; Peters, T. J. (2004): What prevent older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services, in: Family Practice, 21(6), S. 689-696.
- [51] <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2005/2500/>.
- [52] <http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/stomakontinenz/index.php>.
- [53] <http://www.kup.at/kup/pdf/7840.pdf>.
- [54] <http://www.urologie.uni-goettingen.de/informationen/inkontinenz.php>.
- [55] http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_inhalte_anzeigen.asp?kurskuerzel=13270\&kursgruppe=6.2.3.6\&veranstalter=AKH-PFLEGE.
- [56] Kässer, M. (2008): Beckenbodentraining - eine kritische Bestandsaufnahme: Kontinenztraining, in: Pflegezeitschrift, 61(11), S. 602-605.
- [57] King, I. M. (1981): A theory for nursing Systems, concepts, process, New York: Delmar.
- [58] King, I. M. (2008): Ein systematischer Bezugsrahmen für die Pflege, in: Schaeffer, D.; Moers, M.; Steppe, H.; Meleis, A. (Hrsg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA, Bern: Verlag Hans Huber.

- [59] Kirschner-Hermanns, R. (1998): Harninkontinenz im Alter, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 5(1), 19-26.
- [60] Klug Redman, B. (2009): Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, Bern: Verlag Hans Huber.
- [61] Krumpl-Ströher, M. (2007): Harnverlust ist nicht gleich Harnverlust – die Inkontinenz der Frau, in: Facharzt, 1, 22-26, http://www.mediziner.at/content/publikationen/1174995923_2_5.pdf.
- [62] London, F. (2003): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation, Bern: Verlag Hans Huber.
- [63] Lüftenegger, W. (2006): Die Harninkontinenz der Frau, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 13(Sonderheft 5), 11-12.
- [64] Madersbacher, H. (2008): Medikamentöse Therapie der Harninkontinenz inklusive Botulinumtoxin, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 15(4), 27-30.
- [65] Madersbacher, S.; Schatzl, G. (2009): Harninkontinenz, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 16(Sonderheft 4), 12-14.
- [66] Meleis, A. I. (1999): Pflege-theorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege, Bern: Verlag Hans Huber.
- [67] Menche, N. (Hrsg.)(2007): Pflege Heute, 4. Auflage, München: Urban & Fischer.
- [68] Menker, K.; Waterboer, C. (2006) (Hrsg.): Pflege-theorie und -praxis, München: Urban & Fischer Verlag.
- [69] Miller, Y. D.; Brown, W. J.; Smith, N.; Chiarelli, P. (2003): Managing Urinary Incontinence Across the Lifespan, in: International Journal of Behavioral Medicine, 10(2), S. 143-161.
- [70] Mühlhauser, I.; Lenz, M. (2008): Verbesserung der Therapieergebnisse durch Patientenwissen?, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 102, 223-230.

- [71] Müller-Mundt, G.; Schaeffer, D. (2001): Patientenschulung in der Pflege, in: Von Reibnitz, C.; Schnabel, P.-E.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Der mündige Patient; Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- [72] Müller-Mundt, G.; Schaeffer, D.; Pleschberger, S.; Brinkhoff, P. (2000): Patientenedukation - (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege?, in: Pflege & Gesellschaft, 5/2, 42-53.
- [73] Mund, F. (2009): Das Tabu brechen! 20 Jahre Verband der Österreichischen Stomatherapeuten, in: procare, 14(6), S. 9-11.
- [74] Naumann, G. (2009): Kann die Belastungsinkontinenz der Frau medikamentös behandelt werden?, in: Perabo, F.; Müller, S.C. (Hrsg.): Inkontinenz; Fragen und Antworten, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- [75] Naumann, G. (2009): Welche konservativen Therapieverfahren bestehen für die Belastungsinkontinenz?, in: Perabo, F.; Müller, S.C. (Hrsg.): Inkontinenz; Fragen und Antworten, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- [76] Netzwerk Patienten- und Familiedukation in der Pflege e.V. in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke (2008): Konzept zur Erstellung von „Mikroschulungen“ am Beispiel der „Subkutanen Injektion“, Witten.
- [77] Newman, D. K. (2004): Report of a Mail Survey of Women With Bladder Control Disorders, in: Urologic Nursing, 24(6), S. 499-507.
- [78] Oermann, M. H. (2003): Using Health Web Sites for Patient Education, in: Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 30(4), S. 217-223.
- [79] Palmer, M. H.; Newman, D. K. (2006): Bladder Control Educational Needs of Older Adults, in: Journal of Gerontological Nursing, 32(1), S. 28-32.
- [80] Perabo, F. (2009): Welche Formen der Inkontinenz gibt es?, in: Perabo, F.; Müller, S.C. (Hrsg.): Inkontinenz; Fragen und Antworten, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- [81] Perabo, F. (2009): Welche medikamentöse Therapie ist bei Dranginkontinenz verfügbar?, in: Perabo, F.; Müller, S.C. (Hrsg.): Inkontinenz; Fragen und Antworten, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- [82] Perabo, F. (2009): Welche nicht-medikamentöse Therapie ist bei Dranginkontinenz möglich?, in: Perabo, F.; Müller, S.C. (Hrsg.): Inkontinenz; Fragen und Antworten, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- [83] Perabo, F. (2009): Wen betrifft Inkontinenz?, in: Perabo, F.; Müller, S.C. (Hrsg.): Inkontinenz; Fragen und Antworten, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- [84] Pfisterer, M.H.-D.; Müller, E.; Oster, P.; Müller, M. (2008): Die Situation von PflegeheimbewohnerInnen mit Kontinenzproblemen: eine Studie in 2 deutschen Pflegeheimen, in: Z Gerontol Geriat, 41, 408-414.
- [85] Pimmer, V.; Buschmann-Steinhage, R. (2008): Gesundheitliche Kompetenz stärken: Gesundheitsbildung und Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation, in: Kirch, W.; Badura B.; Pfaff H. (Hrsg.): Prävention und Versorgungsforschung, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- [86] Reinke, C. (2003): Hyperaktive Blase: Eingeschränktes Sozialleben, gestörte Nachtruhe Liebesleben auf dem Nullpunkt [6th European Interactive Forum (EIF) Malta, 2003], in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 10(3), 36-40.
- [87] Riss, P. (2009): Chirurgische Therapie der Stressharninkontinenz (SUI) - Ein Überblick, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 16(3), 23-28.
- [88] Rödder, K.; Olianias, R.; Fisch, M. (2008): Harnableitung – was ist möglich?, in: hää, 5, 20-23.
- [89] Rovner, E. S.; Wein, A. J. (2004): Treatment Options for Stress Urinary Incontinence, in: Reviews in Urology, 6 (Supplement 3), S. 29-47.
- [90] Roth, A. (2004): Kongreßbericht: Erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten bei Harninkontinenz - 2. Urogynäkologiekongreß in St. Veit a. d. Glan, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 11(2), 43.

- [91] Rotzoll, S. (2008): Beckenbodentraining bei Harninkontinenz. Welche Trainingsmethode ist für Menschen über 60 Jahren am effektivsten? in: Pflegezeitschrift, 61(11), S. 610-615.
- [92] Sachsenmaier, B. (1991): Inkontinenz; Hilfen, Versorgung und Pflege, Hannover: Schlütersche Verlag.
- [93] Schäfer, D. (2009): Beratungs- und Unterstützungsbedarf von Frauen mit Harninkontinenz, in: Pflegewissenschaft, 01, 28-34.
- [94] Schmidt, S.; Meißner, T. (2009): Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege. Praxishandbuch, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- [95] Schmitz, B.; Müller, S.C. (2009): Welche OP-Methoden bestehen bei der extraurethralen Inkontinenz, der Belastungsinkontinenz und der Überlaufinkontinenz?, in: Perabo, F.; Müller, S.C. (Hrsg.): Inkontinenz; Fragen und Antworten, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- [96] Schön, G. (2006): Wiener Projekt als Wegweiser für Kontinenzberatung, in: Pflege Aktuell, 60(2) , S. 60-63.
- [97] Schudt, J. (2005): Ist die individuelle ambulante Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche eine rationelle und effektive Alternative zu den bisherigen Schulungskonzepten? (<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2005/2500/>, Stand[26.02.2010]).
- [98] Schurch, B. (2007): Botulinumtoxin-Typ-A-Injektion: von der Theorie zur Therapie, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 14(1), 39-41.
- [99] Shaw, C.; Tansey, R.; Jackson, C.; Hyde, C.; Allan, R. (2001): Barriers to help seeking in people with urinary symptoms, in: Family Practice, 18(1), S. 48-52.
- [100] Steckelberg, A.; Berger, B.; Köpke, S.; Heesen, C.; Mühlhauser, I. (2005): Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformation, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99, 343-351.

- [101] Stefan, H.; Allmer, F.; Eberl, J. (2003): Praxis der Pflegediagnosen. Dritte, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Wien: Springer-Verlag.
- [102] Steinbeiss, M. (2002): Offen darüber sprechen! Kontinenzberatung – Wege zur ganzheitlichen Betreuung, in: *procare*, 11, S. 22-23.
- [103] Talasz, H. (2009): Ausgezeichnete Therapieerfolge sind möglich! Die Wichtigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit im Umgang mit inkontinenten älteren Menschen - Erfahrungen aus der täglichen Praxis, in: *procare*, 14(9), 14-16.
- [104] Teunissen, D.; Van Weel, C.; Lagro-Janssen, T. (2005): Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behaviour, in: *British Journal of General Practice*, 55(519), S. 776-782.
- [105] Van der Weide, M. (2001): Inkontinenz; Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen, Bern: Verlag Hans Huber.
- [106] von Schlippe, A.; Schweitzer, J. (2007): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- [107] Warmbrunn, A. (Hrsg.) (2007): Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten, München: Urban & Fischer Verlag.
- [108] Webelhuth, W.; Heuser, M. (2006): Neue Namen - Alte Formen; Nomenklatur und Diagnostik der Harninkontinenz, in: Boelker, T.; Hegeholz, D.; Webelhuth, W. (Hrsg.): *Außer Kontrolle; Pflege bei Harn- und Stuhlinkontinenz*, Leipzig: Tabea Noreiks.
- [109] Webelhuth, W., Hausmann, W. (2006): Optionen und Grenzen; Operative Möglichkeiten bei Harninkontinenz, in: Boelker, T.; Hegeholz, D.; Webelhuth, W. (Hrsg.): *Außer Kontrolle; Pflege bei Harn- und Stuhlinkontinenz*, Leipzig: Tabea Noreiks.
- [110] Welz-Barth, A. (2007): Inkontinenz im Alter. Ein soziales und ökonomisches Problem, in: *Der Urologe*, 46, 363-367.

- [111] Zegelin, A. (2006): Beratung und Schulung erfordern hohe Kompetenzen, in: MagSi(R), 40, 3-5.
- [112] Zegelin, A. (2006): Patienten- und Familienedukation in der Pflege, in: Österreichische Pflegezeitschrift, 01, 16-21.
- [113] Zellweger, T.; Gasser, T. (2007): Urologie: Urininkontinenz – Wann welche Therapie?, in: Schweiz Med Forum, 7, 35-37.

Abkürzungsverzeichnis

ml	Milliliter
S.	Seite
u.a.	und anderes
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
zit. n.	zitiert nach

Abbildungsverzeichnis

3.1	Schematische Darstellung der Blase von der Frau (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 17)	27
3.2	Miktionsablauf (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 18)	28
3.3	Begünstigende Faktoren für das Auftreten einer Harninkontinenz (vgl. Sachsenmaier, 1991, S. 15)	32
3.4	Miktionsprotokoll zur Selbsteinschätzung (vgl. Hayder et al., 2008, S. 67)	39
4.1	Kings Modell des Pflegeprozesses (King, 2008, S. 191)	55
4.2	Pflegeprozess nach Fiechter und Meier (vgl. Schmidt, Meißner, 2009, S. 141)	62
4.3	Ausschnitt aus dem Anamnesebogen des Krankenhauses Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel	63

Tabellenverzeichnis

2.1	Kriterien für evidenzbasierte PatientInneninformationen (vgl. Steckelberg et al., 2005, S. 344-347)	25
3.1	Risikofaktoren für Harninkontinenz (vgl. Bölker et al., 2007, S. 29) . . .	32
3.2	Harninkontinenz in Bezug auf Speicher- und Entleerungsstörungen der Harnblase (vgl. Hayder et al., 2008, S. 58)	37
4.1	Zusammenfassung der Wissensaneignung (eigene Darstellung)	58
4.2	Bausteine des Erstgesprächs bei Harninkontinenz (vgl. Dungl, Riss, 2005, S. 8-10)	66
4.3	Zusammenfassung der interdisziplinären Zusammenarbeit (eigene Darstellung)	69
5.1	Zusammenfassung Vermeidungsverhalten bei Harninkontinenz (eigene Darstellung)	76
5.2	Das Aufgabengebiet der Beraterinnen im „Fonds Soziales Wien“	79
5.3	Zusammenfassung Informationsbedarf bei Harninkontinenz (eigene Darstellung)	96

A Beratungsstellen in Österreich

Hier folgt ein Auszug aus den Kontinenzberatungsstellen in Österreich.

Regionale Kontinenzberatungsstellen des Fonds Sozialen Wiens

Kontinenzberatung für den 1., 2., 20., 21. und 22. Bezirk

Rudolf-Köppl-Gasse 2 (Zugang: Donaufelder Straße 185), 1220 Wien

Erreichbarkeit: Routenplaner standard / blindengerecht

Tel.: +43/1/4000-66503

Fax: +43/1/4000-99-22800

E-Mail-Beratung: kontinenz@fsw.at

Beratungszeiten: Montag 14:00 bis 18:00 Uhr

Ansprechpartnerin: DGKS Mirosława-Anna Pozoga

Kontinenzberatung für den 3., 4., 5. 10. und 11. Bezirk

Gudrunstraße 145-149, 1100 Wien

Erreichbarkeit: Routenplaner standard / blindengerecht

Tel.: +43/1/4000-10803

Fax: +43/1/4000-99-10800

E-Mail-Beratung: kontinenz@fsw.at

Beratungszeiten: Donnerstag, 14:00 bis 18:00 Uhr

Ansprechpartnerin: DGKS Urszula Wegiel

Kontinenzberatung für den 6., 7., 12., 13., 14., 15. und 23. Bezirk

Geibelgasse 18-20, 1150 Wien

Erreichbarkeit: Routenplaner standard / blindengerecht

Tel.: +43/1/4000-15825

Fax: +43/1/4000-99-15800

E-Mail-Beratung: kontinenz@fsw.at

Beratungszeiten: Mittwoch 14:00 bis 18:00 Uhr

Ansprechpartnerin: DGKS Michaela Krutzler

Kontinenzberatung für den 8., 9., 16., 17., 18. und 19. Bezirk

Weinheimergasse 2/1.Stock, 1160 Wien

Erreichbarkeit: Routenplaner standard / blindengerecht

Tel.: +43/1/4000-16803

Fax: +43/1/4000-99-16800

E-Mail-Beratung: kontinenz@fsw.at

Beratungszeiten: Dienstag, 14:00 bis 18:00 Uhr

Ansprechpartnerin: DGKS Eveline Sip

Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich MKÖ

Für Tirol

Speckbacherstraße 1, 6020 Innsbruck

Tel.: 0512/58 37 03

jeweils Donnerstag, 16.30 bis 18.00 Uhr, sonst über Anrufbeantworter

Leitung des Beratungsteams:

DGuKS D. Mair, Fachschwester für Kontinenz- und Stomaberatung

Für Wien

Hotline: 0810 100 455

Für Burgenland

Österr. Krebshilfe Burgenland

Esterhazystr. 18, 7000 Eisenstadt

Tel.: 0664/9746902

Leitung des Beratungsteams:

DGuKS Elisabeth Tschank, Fachschwester für Kontinenz- und Stomaberatung

Für Oberösterreich

Glimpfingerstraße 48, 4020 Linz

Tel.: 0732/34 05-430

jeweils Mittwoch 16.30 bis 18.00 Uhr, sonst über Anrufbeantworter

Leitung des Beratungsteams:

DGuKS Waltraud Eder, Fachschwester für Kontinenz- und Stomaberatung

Für das Land Salzburg

Hotline: 0810 100 455

Leitung des Beratungsteams:

DGuKS R. Schur

Für Vorarlberg

Hotline: 0810 100 455

Für Niederösterreich

Hotline: 0810 100 455

Leitung des Beratungsteams:

DGuKS Susanne Rosner, Fachschwester für Kontinenz- und Stomaberatung

Für Kärnten

Kempferstraße 8, 9020 Klagenfurt

Terminvereinbarung: 0505855-2520

Leitung des Beratungsteams:

DGuKS Karin Meyer, Fachschwester für Kontinenz- und Stomaberatung

Kontinenz-Stoma-Beratung (KSB) Wien

Hier werden die Beratungsstellen für Wien aufgelistet. Informationen zu den anderen Bundesländern entnehmen Sie bitte: <http://www.kontinenz-stoma.at/de/kontakt/beratungsstellen.html> in der Navigationsleiste unter dem Punkt Kontakt.

KSB Wien

Wilheminenospital, Uro Ambulanz

Montleartstr. 37, 1170 WIEN

Kontakt: 01/49150-4814

Beratungszeiten: Montag bis Freitag 8 bis 15.30 Uhr nach tel. Vereinbarung

Beraterin: BAUER Gisela KSB

KA Rudolfstiftung

Juchgasse 25, 1030 WIEN

Kontakt: 01/71165-4831

Beratungszeiten: Dienstag 12 bis 15 Uhr nach tel. Vereinbarung

Beraterin: HEBENSTREIT Elisabeth KSB

Fonds Soziales Wien Kontinenzberatung

Laudongasse 29-31, 1080 Wien

Kontakt: 01/4000-66503

Beratungszeiten: Montag bis Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr nach tel. Vereinbarung

Beraterin: LEINER Irmgard KSB

KH Hietzing, mit neurologischem Zentrum Rosenhügel

Wolkensbergenstr. 1, 1130 WIEN

Kontakt: 01/80110-2870

Beratungszeiten: Mittwoch 12 bis 13 Uhr nach tel. Vereinbarung

Beraterin: MUND Felizitas KSB, SCHÖNY-HEINDL Margit KSB

Geriatrizentrum Baumgarten Interne 2, Pav. 51/1

Kontakt: 01/91034-2445, nur hausinterne Patienten

Beratungszeiten: nach tel. Termin

Berater: MOOS Gerhard KSB

BBC Bständig Conference Center

Ranftlgasse 9, 1170 WIEN

Kontakt: 01/4855718-314

Beratungszeiten: nach Terminvereinbarung

Beraterin: MUTTHENTHALER Martina KSB, ÜNAL Waltraud KSB

Donauzentrum SMZ Ost Chriurgie 52

Langobardenstr. 122, 1220 Wien

Kontakt: 01/28802-3327

Beratungszeiten: nach tel. Vereinbarung

Berater: ONATT-BIJU Augustian KSB

AKH WIEN, Patientenschulung 7c

Währingergürtel 18-20, 1090 WIEN

Kontakt: 01/40400-6858

Beratungszeiten: Montag bis Freitag 7 bis 15 Uhr nach tel. Vereinbarung

Beraterin: SEMIJALAC Eva KSB

KH Barmherzige Schwestern Wien

Stumpergasse 13, 1060 Wien

Kontakt: 01/59988-2310

Beratungszeiten: Mittwoch 7 bis 16 Uhr nach tel. Vereinbarung

Beraterin: NJEGOVEC Maja KSB

Pro WISTO Kompetenzzentrum für Wundmanagement, Inkontinenz & Stoma

Pillergasse 24 / E04, 1150 WIEN

Kontakt: 0699/12800110

Beratungszeiten: nach tel. Vereinbarung

Beraterin: SCHÖBER-STARCEL Silvia KSB

B Ehrenwörtliche Erklärung

Ich, MARLENE KOGLER-SOBL, bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst verfasst wurde und dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____

C Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name	Marlene Kogler-Sobl
Adresse	Steinhöf 5 A-8255 St. Jakob im Walde
Email	marlene.kogler@gmx.at
Geburtsdatum	20. November 1986
Geburtsort	Vorau
Nationalität	Österreich

Schulbildung

09/1993–07/1997	Volksschule, A-8255 St. Jakob im Walde
09/1997–07/2001	Hauptschule, A-8253 Waldbach
09/2001–06/2002	Höhere Technische Bundeslehranstalt, A-7423 Pinkafeld Fachrichtung: Elektronische Datenverarbeitung und Organisation
09/2002–06/2006	Bundes-Oberstufenrealgymnasium, A-8230 Hartberg
09/2008–dato	Gesundheits-und Krankenpflegeschule, A-1130 Hietzing

Hochschulbildung

10/2006–01/2011 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Universität Wien, A-1010 Wien

Beruflicher Werdegang

06/2007–08/2008 Kanzlei Folterbauer, A-1010 Wien

Geringfügige Beschäftigung

Tätigkeit: Assistenz Tätigkeiten in einer Steuerberatungskanzlei

Praktika

08/2007–08/2007 Sozialpsychiatrische Tagesstätte „Palette“ Pöllau, A-8225 Pöllau

2002–2008 Diverse Nebentätigkeiten in den Sommermonaten

Software Kenntnisse

Betriebssysteme Microsoft Windows

Textsatzsystem LATEX

ECDL European Computer Driving Licenses

Sonstige Kenntnisse

Sprachkenntnisse Deutsch: Muttersprache

Englisch: in Wort und Schrift