

Allgemeine Produktinformationen zu Hilfsmitteln für die Inkontinenzversorgung

Kontinenzstimulatoren

Kontinenztraining

Harn-Inkontinenzhilfsmitteln

Stuhl-Inkontinenzhilfsmitteln

ÜBERSICHT

- 1. Allgemeine Informationen**
- 2. Auswirkungen auf die Teilhabe am sozialen Leben**
- 3. Inkontinenz und Schwerbehinderung**
- 4. Inkontinenz und Beruf**
- 5. Maßnahmen und Therapiemöglichkeiten bei Inkontinenz**
- 6. Rechtlicher Hintergrund / Leistungsanspruch**
- 7. Inkontinenzhilfsmittel**

1. Allgemeine Informationen

1.1. Definition Harninkontinenz

Harnkontinenz bezeichnet die Fähigkeit, den Harn zurückzuhalten und die Blase kontrolliert zu entleeren.

Harninkontinenz bedeutet unbeabsichtigter Harnverlust. Die Kontrolle über die Blasenentleerung ist gestört und kann unterschiedliche Ursachen haben.

Es gibt folgende Unterscheidungen:

▪ Drang-Inkontinenz

Harndranginkontinenz ist gekennzeichnet durch ein starkes Harndranggefühl im Zusammenhang mit einem unwillkürlichen Harnverlust.

Häufige Ursachen sind: Menopause, Hirnverletzungen und neurologische Erkrankungen wie Parkinson oder Multiple Sklerose.

▪ Stress- bzw. Belastungsinkontinenz

Generell kann jede mechanische Belastung, die zu einer Erhöhung des Drucks im Bauchraum führt, eine Belastungsinkontinenz auslösen. Es kommt hierbei zum unwillkürlichen Harnverlust bei körperlichen Anstrengungen, z. B. beim Heben oder Tragen, aber auch beim Niesen oder Husten.

Häufige Ursachen sind: Schwangerschaft, Geburt, Menopause, Bestrahlungen im Beckenbereich, operative Eingriffe, Übergewicht.

▪ Misch-Inkontinenz

Bei der Misch-Inkontinenz handelt es sich um eine kombinierte Form aus Drang- und Belastungsinkontinenz.

Häufige Ursachen: wie bei Drang- und Stressinkontinenz beschrieben.

▪ Reflex-Inkontinenz

Hierbei handelt es sich um eine unbewusste Inkontinenz, die nicht mit Harndrang einhergeht und im Moment des Harnlassens auch nicht bewusst wahrgenommen wird.

Häufige Ursachen: Verletzung des Rückenmarks oberhalb des Blasenentrums. Die Schädigung kann durch einen Bruch der Wirbelsäule mit Querschnittlähmung als Folge bzw. durch Krankheit entstehen oder ist bereits angeboren, z. B. Spina bifida.

▪ Überlauf-Inkontinenz

Infolge einer fehlenden oder unzureichenden Blasenentleerung kommt es zum Harntröpfeln.

Häufige Ursachen: Verletzung des Rückenmarks, Diabetes, Nervenschädigungen, Prostatavergrößerungen.

1.2. Definition Stuhlinkontinenz

Stuhlinkontinenz bezeichnet die Fähigkeit, Darmgase und Stuhlgang zurückzuhalten und den Darm kontrolliert zu entleeren.

Stuhlinkontinenz bedeutet ungewollter und oft auch unbemerkter Stuhlabgang.

Häufigste Ursachen der Stuhlinkontinenz sind:

▪ **Beckenbodeninsuffizienz**

Die Elastizität von Muskeln und Bindegewebe lässt nach – besonders bei Übergewicht – und die Verschlussmechanismen von Blase und Darm funktionieren nicht mehr.

▪ **Darm-Motilitätsstörungen / Verstopfung**

Es gibt angeborene und erworbene Störungen der Darmmotilität (Beweglichkeit Peristaltik). Wenn ein Mensch weniger als 3 Stuhlgänge pro Woche hat, spricht man von Verstopfung oder Obstipation. Hierbei bilden sich große und harte Stuhlmassen im Mastdarm. Das Entleeren dieser harten Stuhlmassen ist schmerzhaft und führt oft dazu, dass der Stuhl zurückgehalten wird und sich dadurch die Obstipation verschlimmert.

▪ **Infektionen (Durchfall) und chronisch entzündliche Erkrankungen des Darms oder der Analregion**

Die Wahrnehmungsfunktion der Schleimhaut des Analkanals ist gestört; sie kann nach operativen Eingriffen, durch Dickdarmentzündungen oder bei Durchfällen auftreten. Der Rektumprolaps (Vorfall) kann infolge einer operativen Korrektur oder bei angeborenem Fehlen der Analöffnung vorkommen.

▪ **Nachlassende Muskelkraft**

Die Elastizität des Bindegewebes lässt häufig im Alter oder nach Mehrfachgeburten nach.

▪ **Nervenschädigungen**

Botschaften des Darms über den Füllzustand werden vom Gehirn nicht vollständig verarbeitet; charakteristische Krankheitsbilder sind Schlaganfall, Alzheimer, Multiple Sklerose oder Gehirntumor. Zu einer vollständigen Unterbrechung der Impulsüberleitung kommt es durch Rückenmarksverletzungen wie Querschnittlähmung, Spina bifida u. a.

▪ **Schädigungen des Schließmuskels und / oder der Analhaut**

Schädigung des Schließmuskelapparates durch äußere Verletzungen, Tumore oder deren operative Entfernung, Dammriss bei vaginaler Geburt, Überdehnung bei Verstopfung oder Beckenbodensenkung.

2. Auswirkungen auf die Teilhabe am sozialen Leben

Harn- und Stuhlinkontinenz ist immer noch ein Tabu-Thema. Die meisten Betroffenen empfinden große Scham, so dass sie oft schon unter körperlichen und schweren psychischen Belastungen leiden, bevor sie sich einem Arzt anvertrauen. Folge des zu langen Wartens können Hautschädigungen und schwere Infektionen sein. Bei älteren Menschen, die aufgrund von Funktionseinschränkungen nicht schnell genug eine Toilette erreichen, kommt es vermehrt zu Stürzen und Frakturen und damit verbundenen Krankenhausaufenthalten. Neben anderen Krankheitsbildern gilt Harn- und Stuhlinkontinenz als Hauptursache für den Umzug von älteren Menschen in ein Pflegeheim.

Das weibliche Geschlecht ist hiervon deutlich häufiger betroffen. Der Grund liegt in vaginalen Geburten, hier kann es neben einer muskulären Schwächung des Beckenbodens auch zu Dammrissen kommen, die manchmal unzureichend behandelt werden. Oft treten erst Jahrzehnte später die Beschwerden in Form von Harn- und Stuhlinkontinenz auf.

Darum ist es wichtig, sich frühzeitig an einen Arzt zu wenden, der Therapien verordnen kann, damit die Kontrolle über die Blasen- bzw. Darmfunktion wieder hergestellt wird. Wenn der gewünschte Erfolg sich nicht einstellt, können Inkontinenzhilfsmittel eine Versorgungsmöglichkeit bieten, um trotzdem ein nahezu uneingeschränktes Leben zu führen.

3. Inkontinenz und Schwerbehinderung

Als Maß für die Beeinträchtigungen körperlicher, geistiger oder seelischer Funktionen mit Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen gilt im Schwerbehindertenrecht der Grad der Behinderung (GdB). Der GdB besagt jedoch nichts über die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und ist unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf.

Der GdB wird nach bundesweit einheitlichen Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit (AHP) bemessen. Sie finden diese in den versorgungsmedizinischen Grundsätzen der Versorgungsmedizin-Verordnung.

Der GdB liegt bei Harn- und Stuhlinkontinenz in der Regel zwischen 10 und 50. Liegen noch weitere Behinderungen und Erkrankungen vor, kann der GdB bis zu 100 betragen.

Von Harn- und Stuhlinkontinenz Betroffene können bei dem für ihren Wohnort zuständigen Versorgungsamt die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beantragen. Das Versorgungsamt ermittelt den GdB und das Vorliegen gesundheitlicher Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen. Beträgt der Grad der Behinderung mindestens 50 und liegt somit eine Schwerbehinderung vor, kann ein Schwerbehindertenausweis beantragt

werden, der vom zuständigen Versorgungsamt ausgestellt wird. Dieser Ausweis dient zum Nachweis des GdB bei Behörden, Sozialleistungsträgern, Arbeitgebern etc.

Über die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen sollten sich von Harninkontinenz Betroffene bei der zuständigen Behörde informieren. Arbeitnehmern mit einem GdB von mindestens 50 wird z.B. bei der Einkommens- und Lohnsteuer zur Verminderung der individuellen Steuerbelastung ein Pauschbetrag eingeräumt, der sich nach dem GdB richtet. Darüber hinaus haben behinderte Arbeitnehmer Anspruch auf zusätzlichen bezahlten Urlaub von einer Arbeitswoche im Jahr.

4. Inkontinenz und Beruf

Sobald der Grad der Behinderung (GdB) 50 beträgt, haben von Harninkontinenz Betroffene Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis und verfügen somit auch über alle Rechte eines schwerbehinderten Arbeitnehmers.

Generell können die meisten von Harninkontinenz Betroffenen ihren Beruf weiterhin ausüben. Allerdings sollten bei bestehender Stress- bzw. Belastungsinkontinenz keine schweren Lasten über 10 kg gehoben werden, um die Gefahr eines unbeabsichtigten Urinabgangs zu vermeiden. Für Betroffene, die berufsbedingt häufig schwer heben müssen, gibt es Möglichkeiten der Umgestaltung des Arbeitsplatzes, so dass beispielsweise bestimmte Hilfsmittel das Heben erleichtern oder ersetzen.

Ist eine Anpassung des Arbeitsplatzes erforderlich, können Integrationsämter eingeschaltet werden. Zu den Aufgaben der Integrationsämter zählt unter anderem die begleitende Hilfe im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen. Damit sind die Integrationsämter für die erforderlichen Maßnahmen und Leistungen zuständig, um schwerbehinderten Menschen die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Arbeitgeber können unter anderem Informationen und Beratung zur behinderungsgerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen oder finanzielle Leistungen zur Schaffung behinderungsgerechter Arbeitsplätze erhalten. Die Betroffenen selbst können sich ebenfalls individuell beraten lassen, beispielsweise bei persönlichen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Bei schwerwiegenden Konflikten, z.B. mit Kollegen oder Vorgesetzten, kann eine psychosoziale Betreuung durch ein Integrationsamt erfolgen. Auch finanzielle Hilfen für technische Arbeitshilfen etc. können in Anspruch genommen werden.

Darüber hinaus haben schwerbehinderte Menschen einen zusätzlichen Schutz vor Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Zur Kündigung eines schwerbehinderten Menschen benötigt der Arbeitgeber die Zustimmung des Integrationsamtes, andernfalls ist die Kündigung nicht wirksam.

Tipps am Arbeitsplatz:

Von Inkontinenz Betroffene sollten darauf achten, dass eine behindertengerechte Toilette mit eigenem Waschbecken möglichst in der Nähe des Arbeitsplatzes vorhanden ist. Dort sollte warmes Wasser zur Verfügung stehen und ein separates

Urinal, um einen Urinbeutel zu entleeren. Wenn kein separater Müllbehälter vorhanden ist, um Vorlagen bzw. Stomabeutel zu entsorgen, nehmen Sie Plastiktüten oder luftdicht verschließbare Plastikbehälter mit, die Sie in Ihre Tasche packen können. Zum Selbstkatheterisieren sollte die Möglichkeit eines sterilen Umfeldes geschaffen werden können und ggf. eine Liege vorhanden sein, falls das Katheterisieren nur im Liegen erfolgen kann.

5. Maßnahmen und Therapiemöglichkeiten bei Inkontinenz

Ein wichtiges Therapieziel ist, durch die Beherrschung der Inkontinenz schon früh das Eintreten von Komplikationen zu vermeiden. Dazu haben die von Inkontinenz Betroffenen vielfältige Möglichkeiten, auch selbständig zu einer Besserung ihrer Symptome beizutragen:

Zum Beispiel führt starkes Übergewicht zu einer chronischen Druckerhöhung auf den Beckenboden und kann Inkontinenz hervorrufen, d. h. mit einer geeigneten Ernährung und damit verbundenen Gewichtsreduzierung kann dem entgegen gewirkt werden.

Auch die Entleerungsgewohnheiten können geändert werden, d. h. schädlich sind zu starkes Pressen beim Harnlassen, stundenlanges Zurückhalten der Entleerung oder zu häufige (mehr als 6 bis 8 mal täglich) Toilettengänge.

Vor allem Frauen sollten körperliche Belastungen, die mit schwerem Heben verbunden sind, meiden, um damit Organsenkungen und Beckenbodenschädigungen vorzubeugen. Ein gezieltes Beckenboden- und Blasentraining führt zur Reduzierung der Beschwerden.

Das maximal erreichbare Behandlungsziel ist die Kontinenz. Gelingt dies nicht oder ist sie bei bestimmten Krankheitsbildern nicht möglich, ist das Behandlungsziel die soziale Kontinenz (Kontinenz nach außen durch den Einsatz von Hilfsmitteln).

Insbesondere bei mittlerer und schwerer Inkontinenz ist für eine Teilhabe am sozialen Leben und zur Verhütung von Hautschäden eine angepasste Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln notwendig und hilfreich. In jedem Fall ist eine individuelle Beratung der Betroffenen durch qualifiziertes Fachpersonal im Bereich Kontinenz erforderlich.

Bei schwerstkranken bzw. pflegebedürftigen älteren Menschen muss man sich mitunter mit einer so genannten abhängigen Kontinenz zufrieden geben.

6. Rechtlicher Hintergrund / Leistungsanspruch

6.1. Leistungsrechtlicher Hintergrund

Von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden Artikel zur Inkontinenzversorgung grundsätzlich als Hilfsmittel anerkannt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass jeder Versicherte einen Rechtsanspruch auf eine beliebige Art der Versorgung hat. Der konkrete Anspruch hängt vielmehr von den jeweiligen Verhältnissen des Einzelfalls ab.

6.2. Inkontinenzhilfsmittel im GKV-Hilfsmittelverzeichnis

Für einige Hilfsmittelgruppen gelten seit dem 1. Januar 2005 bundesweit einheitliche Festbeträge, d.h. es wurden Obergrenzen für die Kostenübernahme von den gesetzlichen Krankenkassen festgelegt. Hierzu zählen auch die Inkontinenzhilfsmittel. Im GKV-Hilfsmittelverzeichnis bei REHADAT können alle Festbeträge für die einzelnen Hilfsmittelgruppen als PDF-Dateien gelesen und herunter geladen werden.

7. Inkontinenzhilfsmittel

Bei REHADAT erfolgt eine Zuordnung aller Hilfsmittel zu der internationalen **ISO 9999-Klassifikation** mit dem Titel „Hilfsmittel für Menschen mit Behinderungen“.

Neben der Suche über die ISO-Klassifikation ist unter anderem eine Suche über Schlagworte möglich, z. B.:

Ballonkatheter, Einmalkatheter, ISK, Kondom-Urinal, Urinableitung usw.

Nachfolgend werden die unterschiedlichen Eigenschaften der Inkontinenzhilfsmittel, wie sie bei REHADAT zu finden sind, dargestellt.

7.1. Stimulatoren

Wenn es beim Beckenbodentraining nicht zu dem gewünschten Erfolg kommt, kann der Einsatz von Elektrostimulatoren bzw. Magnetfeldtherapiegeräten hilfreich sein und damit den Therapieerfolg verstärken.

Mithilfe eines Elektrostimulators kann die Beckenmuskulatur trainiert werden. Ziel der Therapie kann sowohl die Kräftigung des Verschlusssystems der Harnröhre und der umgebenden Beckenmuskulatur sein, als auch die Beruhigung der hypernervösen Blase oder die Aktivierung der Darmtätigkeit.

Ähnlich verhält es sich bei Magnetfeldtherapiegeräten, allerdings werden hier zunächst die Sakralnerven stimuliert (die Sakralnerven befinden sich im Bereich des Beckenbodens und gehören zu einem Nervengeflecht, das die Funktion des

Beckenbodens steuert). Die Magnetwellen dringen in den Beckenboden ein und regen dort die Beckenbodenmuskeln an.

7.2. Biofeedbackgeräte

Um das Beckenbodentraining effektiv zu gestalten, kann ein Biofeedbackgerät von Nutzen sein. Mit diesem Gerät werden Messungen der Beckenbodenfunktion vorgenommen. Weil die unterschiedlichen Spannungsverläufe graphisch dargestellt werden, kann jetzt das Umstellen der Fehlanspannungen (Feedback) trainiert werden.

Blasen- bzw. Darmschrittmacher

Darüber hinaus können bei schwierigen Fällen von Harn- und Stuhlinkontinenz während einer Operation Blasen- bzw. Darmschrittmacher implantiert werden. Bevor eine definitive Implantation des Schrittmachers erfolgt, wird in einer vierwöchigen Testphase überprüft, ob eine Kontinenzverbesserung erzielt wird. Der Blasen- bzw. Darmschrittmacher stimuliert mit leichten elektrischen Impulsen die Sakralnerven. Voraussetzung für diese Therapie ist, dass der Schließmuskel intakt ist. Nach der Operation kann der Schrittmacher von außen über ein Steuergerät durch den Arzt programmiert werden. Der Patient erhält eine Fernbedienung, über die der Schrittmacher ein- bzw. ausgeschaltet oder die Stärke der elektrischen Impulse verändert werden kann.

Diese Produkte werden in REHADAT nicht näher beschrieben, weil sie im Klinikbereich eingesetzt werden.

7.3. Urinableitungen

Wenn Urin permanent aus der Harnblase abgeleitet werden muss, kann eine **suprapubische** (suprapubisch bedeutet: durch die Bauchdecke) Ableitung erfolgen, d. h. über dem Schambein wird von einem Arzt ein Katheter **durch die Bauchdecke direkt in die Blase** gelegt. Diese Art der Versorgung kommt für Patienten z. B. mit eingeschränkter Funktion der Arme oder Finger in Betracht, die eine künstliche Harnableitung über einen längeren Zeitraum benötigen. Diese Katheter werden in REHADAT nicht beschrieben, weil sie in der Arztpraxis oder im Klinikbereich eingesetzt werden.

Generell sollten bei der Dauerkatheterableitung die Richtlinien des Robert Koch-Institutes (RKI) eingehalten werden. Diese legen die hygienischen Anforderungen bei Anlage und Wechsel des Dauerkatheters (der durch den Arzt erfolgt) fest.

Bei dieser Art der Versorgung, – man spricht von Verweil- oder Dauerkathetern – ist ein entsprechender *Urindrainagebeutel* notwendig, der den Urin auffängt und die Möglichkeit der Entleerung bietet.

Laut Empfehlung des Robert Koch-Instituts (RKI) dürfen hierbei nur sterile, geschlossene Ableitungssysteme (geschlossene Urindrainagesysteme, die über eine Rücklauf Sperre und eine belüftete Tropfkammer verfügen) eingesetzt werden.

7.3.1. Ballonkatheter / Verweil- oder Dauerkatheter

Neben der suprapubischen Urinableitung wird als häufigste Form der ableitenden Inkontinenzversorgung die **transurethrale** (transurethral bedeutet: durch die Harnröhre) Harnableitung eingesetzt. Hierbei wird ein Katheter, das ist ein dünnes hohles Röhrchen, **durch die Harnröhre in die Blase** eingeführt.

Der Katheter kann dann für mehrere Stunden, Tage oder länger in der Harnblase verbleiben und wird von Personen genutzt, die sich nicht selbst katheterisieren können oder kein Familienangehöriger oder Pflegekraft dies für sie tun kann. Hierbei handelt es sich um Verweil- oder Dauerkatheter, die unter der Bezeichnung *Ballonkatheter* bekannt sind. Zum Auffangen des Urins werden entsprechende Bein- oder Bettbeutel an den Katheter angeschlossen.

Jeder Ballonkatheter ist mindestens zweiläufig. Ein Lauf dient zum Abfluss des Urins, durch den zweiten Lauf wird mittels Einmalspritze der Ballon gefüllt, der sich unmittelbar unter der Katheterspitze befindet, um den Katheter in der Blase gegen ein Herausrutschen zu sichern.

Ballonkatheter unterscheiden sich durch die Form der Spitze, durch Material und Durchmesser. Die Länge wird in Zentimetern angegeben, der Durchmesser in Charrière (CH) 1 CH = 1/3 mm Durchmesser (je höher die Charrière-Angabe ist, desto dicker ist der Katheter). Ballonkatheter sind ca. 20 bis 45 cm lang.

7.3.2. Einmalkatheter / Drainagekatheter

Um die Nierenfunktion möglichst lange zu erhalten, kommt in zunehmendem Maße der intermittierende Katheterismus zum Einsatz. Unter intermittierender Katheterisierung versteht man das Entleeren der Blase in regelmäßigen Abständen mit Hilfe eines Katheters. Man unterscheidet den intermittierenden Fremd-Katheterismus, der z. B. durch Eltern, Angehörige oder Pflegedienste durchgeführt wird, und den ISK (intermittierender Selbstkatheterismus), den der Betroffene selber durchführt.

Es kommen hauptsächlich drei Techniken bei der intermittierenden Katheterisierung zum Einsatz:

- die *sterile* – hier muss eine komplett sterile Umgebung, wie für eine Operation, geschaffen werden. Diese Technik bietet den höchsten Hygienestandard.
- die *aseptische* – hier wird ein steriler Katheter verwendet, der bis zum Einführen in die Harnröhre steril bleibt. Diese Technik wird durch die Europäische Gesellschaft für Urologie (EAU) empfohlen.
- die *saubere* – hier wird ein nicht-steriler Katheter eingesetzt. Diese Technik bietet den geringsten Hygienestandard.

Da die Länge der Harnröhre von Mensch zu Mensch verschieden ist, werden Einmalkatheter in verschiedenen Längen hergestellt, für Männer mit einer Länge von durchschnittlich 40 cm und 14–18 Ch, für Frauen genügen 20 bis 30 cm und 12–14

Ch, Kinder können je nach Alter und Geschlecht Katheter mit einer Länge von 20 bis 40 cm und 6–10 Ch verwenden.

Um das Verletzungsrisiko der Harnröhre zu minimieren, verfügen die Einmalkatheter über eine atraumatische (atraumatisch bedeutet: gewebeschonend, hier: ohne Verletzung verlaufend) Spitze und atraumatische Katheteraugen ohne scharfe Kanten. Überwiegend werden Katheter mit einer geraden (Nelaton-) oder einer gebogenen (Tiemann-) Spitze hergestellt.

Unterschieden wird zwischen beschichteten (z. B. mit einer hydrophilen Beschichtung) und unbeschichteten Kathetern, sowie zwischen gebrauchts- und nicht gebrauchsfertigen Kathetern. Bei einem nicht gebrauchsfertigen Katheter wird vor dem Einführen die Katheteroberfläche mit einem Gel o. Ä. gleitfähig gemacht.

7.3.3. Spiegel für die Positionierung von Kathetern

Um Frauen das Positionieren von Kathetern zu erleichtern, kann ein Spiegel mit flexiblem Textilband mittels Klettverschluss am Oberschenkel befestigt werden. Mit Hilfe des Spiegels kann so der Harnröhreneingang gesehen werden.

7.3.4. Sonstige Hilfsmittel zur selbstständigen Durchführung des ISK (intermittierender Selbstkatheterismus), bei denen beide Hände zum Katheterisieren frei bleiben

für Frauen mit ausreichender Handfunktion:

Mit dem Knie-Spreizer werden die Knie gespreizt und fixiert. Das Knie-Spreiz-Kissen ist aufblasbar und kann mit einem Spiegel ausgerüstet werden.

für Frauen mit eingeschränkter Handfunktion:

Mit dem Labien-Spreizer werden die Labien durch Federdruck gespreizt und fixiert.

für Frauen und Männer mit eingeschränkter Handfunktion:

Mit der Cath- oder Ergo-Hand können Tetraplegiker bzw. Paraplegiker einen Katheter greifen und in die Harnröhre einführen bzw. wieder herausziehen, ohne dabei den Katheter mit den Fingern zu berühren.

für Männer bei retrahiertem oder schlaffem Penis:

Mit der Penis-Stütze wird der Penis fixiert und gestützt.

7.3.5. Kondom-Urinale / Am Körper getragene Urinale für Männer

Kondom-Urinale sind eine spezielle Versorgung für Männer, solange die Blase restharnfrei entleert werden kann, der Anwender über eine gesunde Penishaut und ausreichende Penislänge und -umfang verfügt. Ein bedeutender Vorteil der Kondom-Urinal-Versorgung besteht in der Vermeidung von möglichen Harnwegsinfekten, da die Ableitung extern über einen Ableitungsschlauch in einen anzuschließenden Urinbeutel erfolgt und somit das Keimwandern in den Harntrakt auf jeden Fall vermieden wird. Hierbei genügt die Verwendung eines ganz normalen Urinbeutels im Gegensatz zu den sterilen Urinbeuteln, die bei der Anwendung von Dauerkathetern unbedingt erforderlich sind.

Das Kondom-Urinal wird über den Penis gerollt und mit Haftstreifen oder Kleber befestigt. Bei selbsthaftenden Kondom-Urinalen ist die Klebefläche bereits aufgetragen. Wichtig ist die exakte Übereinstimmung des Durchmessers von Kondom und Penis, was mittels dafür gefertigten Messschablonen bzw. Maßbändern bestimmt wird. Kondom-Urinalen werden darum in verschiedenen Größen – normalerweise von 18 bis 40 mm Durchmesser – angeboten. Das Anlegen eines Kondom-Urinals bedarf einer ausreichenden Hand- und Fingerfunktion oder muss durch eine Fremdperson erfolgen. Für Patienten mit anatomischen Veränderungen, Penisretraktion oder bei Hautdefekten werden spezielle Produkte angeboten.

7.4 Urinsammelbehälter

Unterschieden werden an dieser Stelle Urinbeutel, die am Körper getragen bzw. nicht am Körper getragen werden. Diese Urinbeutel kommen mit oder ohne Ablassöffnung zum Einsatz und werden zusammen mit einem Katheter oder Kondom-Urinal benutzt.

Während unsterile Urinbeutel zusammen mit Kondom-Urinalen verwendet werden, ist der Einsatz von sterilen Beuteln nur in Verbindung mit Kathetern möglich, um das Infektionsrisiko möglichst zu minimieren.

7.4.1 Beinbeutel

Urinbeutel ohne Ablassöffnung, am Körper getragen:

Bei den Beinbeuteln handelt es sich um Urinbeutel, die am Körper getragen werden. Sie haben einen langen Verbindungsschlauch, der individuell gekürzt werden kann und mittels Haltebändern am Ober- oder Unterschenkel befestigt wird. Die Beinbeutel verfügen über eine Rücklaufsperrung, um Harnwegsinfektionen zu vermeiden.

Urinbeutel mit Ablassöffnung, am Körper getragen:

Für Rollstuhlfahrer wurden Beinbeutel, die sich anatomisch an die Sitzhaltung anpassen, in angewinkelter Form mit einem knickfreien Einlauf entwickelt. Über das eingebaute Ablaufventil wird der Urin entleert, ohne dass der Urinbeutel von einem Kondom-Urinal bzw. Katheter getrennt werden muss.

Die Beinbeutel haben ein Fassungsvermögen von 500 bis 1300 ml (für Kinder mindestens 300 ml) und sind für eine Tragezeit von 1 bis 3 Tagen geeignet.

7.4.2. Bettbeutel

Urinbeutel ohne Ablassöffnung, nicht am Körper getragen:

Bettbeutel haben ein größeres Fassungsvermögen von bis zu 2.000 ml und einen ausreichend langen Schlauch, der eine Fixierung des Bettbeutels unterhalb des Blasenniveaus erlaubt. Bettbeutel, die keine Ablassöffnung haben und überwiegend für bettlägerige Patienten eingesetzt werden, müssen nach der Füllung mit Urin durch neue Beutel ersetzt werden. Das bedeutet, die Beutel werden von den

Urinableitern getrennt und im Falle der Katheterableitung sollte deshalb auch der Katheter gewechselt werden.

Sicherer ist es in dem Fall, wenn ein Bettbeutel mittels Adapter und Kupplungsschlauch an einen Beinbeutel angeschlossen wird.

Die Benutzungsdauer für Bettbeutel beträgt einen Tag.

Bettbeutel mit Tropfkammer

Hierbei handelt es sich um ein geschlossenes Urin-Ableitungssystem, das über einen längeren Zeitraum nicht von den Urinableitern getrennt werden muss. Diese Beutel verfügen sowohl über die Rücklaufsperrung als auch das Ablassventil und zusätzlich über eine Urintropfkammer, die den Urinfluss unterbricht und somit eine Aufwärtsbewegung von Keimen verhindert. Geschlossene Systeme (Urinbeutel zur Langzeitversorgung) werden mit einem Kondom-Urinal oder einem Dauerkatheter verwendet. Sie können 10 bis 14 Tage benutzt werden und dürfen während der gesamten Anwendungszeit nicht vom Urinableiter getrennt werden.

Bett- oder auch Nachtbeutel

Urinbeutel mit Ablassöffnung, nicht am Körper getragen:

Bei den Bett- (oder auch Nacht-)beuteln handelt es sich ebenfalls um Urinbeutel, die nicht am Körper getragen werden. Sie verfügen darüber hinaus über ein eingebautes Ablaufventil, über das der Urin entleert werden kann, ohne dass der Urinbeutel von einem Kondom-Urinal bzw. Katheter getrennt werden muss.

7.4.3 Sonstige Versorgung / Nicht am Körper getragene Urinale und Urinflaschen

Nicht am Körper getragene Urinale und Urinflaschen:

Bei bettlägerigen Patienten kommen Urinflaschen bzw. Urinauffangtöpfe zum Einsatz. Sie bestehen aus Kunststoff oder Glas und haben die Form einer Flasche. Eine Seite ist abgeflacht und erlaubt ein Fixieren im Bett vor dem Genitalbereich des Pflegebedürftigen. Die Öffnungen dieser Flaschen sind geschlechtsspezifisch gestaltet und erlauben somit eine Unterstützung beim Wasserlassen.

7.4.4. Befestigungs- und Haltevorrichtungen für Urinsammelbehälter

Befestigungs- und Haltevorrichtungen für Urinsammelbehälter:

Mit Hilfe von Haltebändern können Beinbeutel am Ober- oder Unterschenkel fixiert werden. Die Befestigung erfolgt überwiegend mit Klettverschluss.

Um den direkten Kontakt des Urinbeutels mit der Haut zu verhindern, werden Beinbeutelstaschen oder Stulpen getragen. Sie haben am unteren Rand eine Öffnung, durch die der Auslaufhahn geführt wird, damit der Beutel entleert werden kann. Außerdem gibt es Vorrichtungen mit deren Hilfe Urinbeutel am Bett befestigt werden können.

7.4.5. Zubehör / Urinsammelsysteme

Urinsammelsysteme:

Verlängerungsleitungen, Ablaufschläuche und Urinflaschenhalter gelten als Zubehör.

7.5 Harn- und Darminkontinenzvorlagen

Je nach Schweregrad der Inkontinenz können Betroffene aufsaugende bzw. auffangende Hilfsmittel benutzen.

7.5.1. Einlagen / Vorlagen

Am Körper getragene Hilfsmittel zur Aufnahme von Urin oder Stuhl:

Zu den aufsaugenden Hilfsmitteln gehören Einlagen und Vorlagen, die bei leichter Inkontinenz, d. h. bei Urintröpfeln und wässrigem Stuhl zum Einsatz kommen. Die Einlagen / Vorlagen werden entweder mittels Klebestreifen in der normalen Unterwäsche befestigt oder in speziellen Netzhosen, die in der Regel waschbar und wieder verwendbar sind, getragen.

Weil es Einlagen und Vorlagen mit unterschiedliche Saugstärken und Größen gibt und auch solche, die auf die spezielle Anatomie des Mannes zugeschnitten sind, können sie nach den individuellen Bedürfnissen eingesetzt werden.

7.5.2. Slips für Inkontinenzvorlagen

Halter und Befestigungen für Harn- und Darminkontinenzvorlagen:

Bei mittlerer bis schwerer Harn- und Stuhlinkontinenz werden Inkontinenzhosen getragen, die sich perfekt an den Körper anschmiegen und damit ein Auslaufen zuverlässig verhindern, aber gleichzeitig die Flüssigkeit aufnehmen und nach innen leiten, so dass die Haut trocken bleibt. Verschiedene Saugstärken und Größen stehen zur Auswahl.

7.6 Hilfsmittel zur Vermeidung des ungewollten Austritts von Urin oder Stuhl

7.6.1. Urininkontinenzhilfen

Vaginaltampons:

Zur Selbstbehandlung bei Blasenschwäche kann bei Bedarf (z. B. Husten, Heben, Sport, Treppensteigen) ein Vaginaltampon eingeführt werden, dadurch wird die vordere Scheidenwand angehoben und der Blasenhalshals gestützt. Die Beckenbodenmuskulatur wird aktiviert und gestärkt. Der Tampon wird mithilfe eines Rückholfadens entfernt. Vaginaltampons werden in verschiedenen Längen und Durchmessern angeboten.

7.6.2. Stuhlinkontinenzhilfen

Analtampons:

Um eine vorübergehende Stuhlinkontinenz und damit wiedergewonne Lebensqualität zu erreichen, wird ein Analtampon mittels eines Applikators rektal eingeführt. Dadurch wird der Stuhl über mehrere Stunden (max. 12 Std.) im Darm zurückgehalten. Zur Darmentleerung wird der Tampon mithilfe eines Rückholfadens entfernt. Analtampons werden in verschiedenen Längen und Durchmessern angeboten, je nachdem ob es sich um normalen Stuhl oder eine Durchfallerkrankung handelt und ob noch eine Restfunktion des Schliessmuskelgewebes erhalten ist oder nicht.

Irrigationssets:

In vielen Fällen helfen auch wiederholte Darmspülungen, die für viele Betroffene eine wesentliche Erleichterung darstellen. Die Irrigation verhilft zu einer verbesserten Kontrolle des Stuhlentleerungszeitpunkts und -orts. Es gibt Irrigationssets, die selbstständig im Sitzen verwendet werden können. Bei bettlägerigen Patienten kommen geschlossene Irrigationssets zum Einsatz, d. h. ein Rektalkatheter wird durch eine Pflegekraft eingeführt und die Spülflüssigkeit und der Darminhalt werden in einen Auffangbeutel abgeführt.