

Zusätzlicher Bestandteil dieser Handlungsanweisung ist der Inhalt der Fortbildung zum Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, welche als Anlage beigefügt ist.

Der Bereich der Stuhlinkontinenz und die spezielle Pflege von Betroffenen mit einem Urostoma werden im Expertenstandard nicht berücksichtigt!

S1 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harnkontinenz.

An dieser Stelle differenzierten die Experten zunächst zwischen einem Screening zum Thema Kontinenz, das vor dem eigentlichen Assessment durchgeführt werden soll.

Information und Einarbeitung der Pflegekräfte über:

- **Sensible Gesprächsführung, inkl. Fragetechniken:**

Für die Betroffenen ist es nicht einfach, über ihre Probleme zu sprechen bzw. sich bewusst zu machen, dass sie möglicherweise zukünftig von Harnkontinenz betroffen sein könnten oder es bereits sind.



Da die Vorgehensweise der Pflegefachkraft maßgeblich darüber entscheidet, ob die Klientin über Probleme mit der Harnkontinenz spricht, muss die Pflegefachkraft sowohl über umfassendes Wissen zu Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harnkontinenz verfügen als auch in der Lage sein, die Klientin auf eine adäquate Art und Weise zu befragen, um feststellen zu können, ob sich aus den identifizierten Risikofaktoren auch tatsächliche eine Kontinenzproblematik ergibt.

- **Formen von Inkontinenz**
- **Risikofaktoren für eine Harnkontinenz:**

Risikofaktoren können bei den Klienten selbst sowie auch in deren Umgebung liegen. Wichtige personenbezogene Faktoren sind Belastungen des Beckenbodens, wie sie beispielsweise durch Schwangerschaft und Übergewicht entstehen können. Andere Faktoren sind neurologische Erkrankungen oder Diabetes mellitus oder auch die regelmäßige Einnahme von speziellen Medikamenten. Mögliche Ursachen für eine vorübergehende Harninkontinenz können ein Harnwegsinfekt oder auch eine zu hohe oder zu niedrige Flüssigkeitsaufnahme sein.

Die Aufnahme von zu wenig Flüssigkeit kann die Entstehung eines Harnwegsinfekts begünstigen und durch die Konzentration des Urins einen erhöhten Harndrang bewirken. Bei Männern gehen eine Vergrößerung der Prostata und deren Operation häufig mit Harninkontinenz einher. Bei Frauen wiederum können Lageveränderungen oder Vergrößerung der Gebärmutter, sowie deren Entfernung zur Harninkontinenz führen. Ein ganz eigener Aspekt ist vor allem bei Frauen zu vermuten, die Opfer sexualisierter Gewalt bis hin zur Vergewaltigung waren oder sind. Diese Gruppe von Frauen zeigt eine überaktive Blase. Besonders in den Fällen, bei denen die Verknüpfung zwischen Inkontinenzproblemen und sexualisierter Gewalt stehen, ist ein sensibles Herantasten bei einer Befragung sehr wichtig. Diese Verknüpfung bedeutet eine doppelte Tabuisierung, weil hier zwei Themen zusammenkommen, die schambesetzt sind und über die Betroffene nicht gerne sprechen. Bei bestehendem Verdacht auf eine derartige Situation, ausgelöst beispielsweise durch Abwehrverhalten bei intimen Verrichtungen, nicht ohne weiteres erklärbares vaginale Blutungen oder Verletzungen im Intimbereich, sollte das Gespräch sehr behutsam darauf gebracht werden - immer die Wahrscheinlichkeit in Betracht ziehend, dass dann eine Retraumatisierung ausgelöst werden könnte. Umso bedeutsamer ist es, ein sensibles Gespür für die Gesprächsbereitschaft der Frauen zu haben und unter Umständen das Thema unangesprochen zu lassen.

- **Anzeichen für eine Harnkontinenz:** Damit sie einerseits Anzeichen deuten kann, wenn die Klientin nicht über die Situation sprechen will, damit sie aber auch entsprechende Fragen stellen kann und anhand von Beschreibungen Symptome zuordnen kann.

P 1 Die Pflegefachkraft identifiziert im Rahmen der pflegerischen Anamnese Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz – wiederholt die Einschätzung bei der Pflegesituation und in individuell festzulegenden Zeitabständen.

Zeitpunkt: Unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags, danach in individuell festzulegenden Abständen. Es ist hier zu berücksichtigen, dass gerade bei älteren Menschen Kontinenzprobleme nach Veränderungen, wie z. B. einem Krankenhausaufenthalt, auftreten und dann auf jeden Fall wieder einzuschätzen sind. Dies ist meist nach einigen Tagen nach der Ersteinschätzung der Fall.

Zielgruppe: Alle Klienten

Ort: An einem Ort, der für ein sensibles Thema geeignet ist.

Was: Die Pflegefachkraft führt eine ausführliche Anamnese durch mit einer körperlichen Untersuchung (Körpergewicht, Auffälligkeiten im Genitalbereich, wie z. B. Prolaps, Traumata, Rötungen), Erfassung der Medikation und Symptome der Harninkontinenz einschließlich psychosozialer Auswirkungen der Harninkontinenz und Einschätzung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten. Die möglichen personenbezogenen und umweltbezogenen Risikofaktoren werden beachtet. Dieser Punkt geht eng einher mit S 2 und P 2.

Hierzu nutzt die Pflegefachkraft unter anderem eine Auswahl an Fragen:

- Verlieren Sie ungewollt Urin?
- Verlieren Sie Urin, wenn Sie husten, lachen oder sich körperlich betätigen?
- Verlieren Sie Urin auf dem Weg zur Toilette?
- Tragen Sie Einlagen, um Urin aufzufangen?
- Verspüren Sie häufig (starken) Harndrang?
- Müssen Sie pressen, um Wasser zu lassen?



E1 Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz sind identifiziert. Eine aktuelle, systematische Erfassung der Risikofaktoren liegt vor.

Bedenken Sie: Wenn Risikofaktoren und /oder Anzeichen für eine Harninkontinenz oder bereits bestehende Probleme mit der Harnkontinenz festgestellt werden, muss eine differenzierte Einschätzung eingeleitet werden. Die Ergebnisse der ersten bzw. der wiederholten Einschätzung sind zu dokumentieren

S2a Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensanweisung zu Zuständigkeiten und Vorgehensweisen im Zusammenhang mit der Förderung der Harninkontinenz bzw. Kompensation der Inkontinenz und stellt sicher, dass die erforderlichen Instrumente zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen.

Eine Verfahrensanleitung verdeutlicht den Umgang mit einer speziellen Situation, hier die Förderung der Harnkontinenz. Diese Verfahrensregelung ist Pflicht und sollte schlicht, verständlich und einfach gehalten werden:

- Regelung der **zuständigen Berufsgruppe** (Wer macht die Anamnese, die differenzierte Einschätzung, die Urinanalyse die körperliche Untersuchung?)

- **Beschreibung des Ablaufs** (zeitliche Folge, Zeitpunkt; z. B. am Tag des Einzugs oder beim zweiten Hausbesuch. Was passiert wann? Anamnese, differenzierte Einschätzung, Beratung, Interventionsplanung, erneute Einschätzung)
- Festlegung des Materials (Material für die Risikoeinschätzung, Miktionsprotokoll, Art und Weise der Restharnbestimmung, Gewinnung des Urins für die Analyse)
- Initiierung und Koordination der Einleitung der Maßnahmen: Verbindliche Regelung von Entscheidungen und Auswahl der Maßnahmen.

Das Verfahren zur Kontinenzförderung ist im Qualitätsmanagement-Handbuch hinterlegt. Die Risikofaktoren laut Expertenstandard sollten als informative Anlage der Verfahrensanweisung beigelegt sein.

Auch wenn sich der Expertenstandard in erster Linie an Pflegefachkräfte ohne Zusatzqualifikation in der Kontinenzförderung richtet, können fachspezifisch weitergebildete Pflegeexperten unterstützend zu allen Aufgaben pflegerischer Kontinenzförderung hinzugezogen werden und die fachliche Supervision der Pflegefachkräfte übernehmen. Dazu gehört die Unterstützung der Pflegefachkräfte im Rahmen des pflegerischen Assessments, bei der Klassifizierung der Inkontinenz anhand der Kontinenzprofile und der Entwicklung von Maßnahmenplänen.

S 2b Die Pflegefachkraft verfügt über die erforderliche Kompetenz zur differenzierten Einschätzung bei Problemen mit der Harninkontinenz.

Die Expertengruppe sieht vor, dass die Pflegefachkraft nicht alle Schritte selbst einleitet und durchführt, sie sollte diejenige sein, die die einzelnen Schritte der Einschätzung in Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen plant. Dazu muss sie über die Kompetenz verfügen zu wissen, wann welche Vorgehensweise indiziert ist.

Der Nachweis läuft über die fachgerechte Einstufung in das Kontinenzprofil im Pflegestatus und die eingeleiteten Maßnahmen.

Die Pflegefachkraft sollte die unterschiedlichen Kontinenzprofile kennen, um diese bei Klienten bestimmen zu können.

Kontinenz: kein unwillkürlicher Harnverlust

Unabhängig erreichte Kontinenz: kein unwillkürlicher Harnverlust, keine personelle Unterstützung notwendig. Selbstständige Durchführung von Maßnahmen.

Abhängig erreichte Kontinenz: kein unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen notwendig.

Unabhängig kompensierte Inkontinenz: unwillkürlicher Harnverlust, keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln notwendig

Abhängig kompensierte Inkontinenz: unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig.

Nicht kompensierte Inkontinenz: unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung und therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht in Anspruch genommen.

P2 Die Pflegefachkraft führt bei Vorliegen von Kontinenzproblemen eine differenzierte Einschätzung durch bzw. koordiniert in Absprache mit dem behandelnden Arzt erforderliche diagnostische Maßnahmen.

Gibt es nach dem Schritt der Anamnese Hinweise auf Kontinenzprobleme, dann ist es an der Pflegefachkraft nun Genaueres über die Situation zu erfahren. Zur Objektivierung der Kontinenzsituation nutzt sie folgende Verfahren und Instrumente:

- **Erstellung einer ausführlichen Anamnese:** Dazu gehört die Erfassung der oben genannten Risikofaktoren sowie die Symptome einer Harnkontinenz einschließlich der psychosozialen Auswirkungen.
- **Vorbereitung einer Urinanalyse zum Ausschluss eines Harnwegsinfektes:**
Die Urinanalyse wird vom (Fach-) Arzt durchgeführt. Entsprechend dessen Vorgaben ist es Aufgabe der Pflegefachkraft, eine Urinprobe zu nehmen.
- **Bestimmung des Restharnvolumens:** Dies erfolgt in der Regel mittels eines tragbaren Ultraschallgerätes. Diese Technik ist auch von Pflegekräften zu erlernen und wird zum Beispiel in Großbritannien bereits erfolgreich angewendet.
- **Führen eines Miktionsprotokolls:** Mit Hilfe eines Miktionsprotokolls werden sowohl gewollte als auch ungewollte Harnabgänge registriert.

Erfasst werden Zeitpunkte, Frequenz, Menge und Ort der Ausscheidungen sowie die Umstände bei den Ausscheidungen, also etwa Drangsymptomatik oder ein Unterstützungsbedarf. Daneben wird auch die Trinkmenge über den Erfassungszeitraum notiert.

Beispielerhebungsbogen:

Erhebungsbogen Harninkontinenz

Bewohner/Patient: _____								
Fragen an Betroffene								
Verlieren Sie den Urin überwiegend beim Niesen, Husten oder Treppensteigen ?					NEIN	JA		
						<i>Belastungsinkontinenz</i>		
Verlieren Sie den Urin wenn Sie dringend zur Toilette mussten, aber keine in der Nähe war ?					NEIN	JA		
						<i>Dranginkontinenz</i>		
Kann der Betroffene aufgrund von fehlender Mobilität nicht zur Toilette gelangen oder ist es ihm aufgrund von Demenz nicht mehr möglich diese zu finden ?					NEIN	JA		
						<i>funktionale Inkontinenz</i>		
Miktionsprotokoll (→ Pad-Test)								
Datum								
Uhrzeit	kontrolliert	unkontrolliert	ml	Hdz.	kontrolliert	unkontrolliert	ml	Hdz.
6.00								
7.00								
8.00								
9.00								

- **Durchführen eines 24-Stunden-Vorlagengewichtstests:** Es wird ermittelt, wie viel Urin über 24 Stunden in die Vorlage ausgeschieden wurde. Dazu werden die eingenassten Vorlagen gesammelt und gewogen. Anhand der Gewichtserhöhung gegenüber den ungetragenen Vorlagen kann die Menge des ausgeschiedenen Urins ermittelt werden. Schon bei einer Erhöhung um vier bis acht Gramm ist von einer Harninkontinenz auszugehen, wenn keine sonstigen Ausflüsse vorliegen.

- **Erstellung eines Kontinenzprofils:** Nach der Identifikation der Risikofaktoren und Begutachtung der Gesamtsituation fasst die Pflegefachkraft die vorliegenden Informationen zusammen und hält auf der Basis der Fähigkeiten und des Abhängigkeitsgrades von personeller und materieller Hilfe den aktuellen Umgang des Patienten /Bewohners mit dem Kontinenzproblem fest.

Es werden begutachtet:

- Reversible und irreversible Risiken für eine Harnkontinenz
- Die Diagnose der Harnkontinenz (wenn sie gestellt wurde) bzw. Symptome und pflegerelevante Befunde

- Notwendige weitere diagnostische Maßnahmen [durch Haus- oder Facharzt]
- Auswirkungen auf die persönliche Lebensführung
- Das aktuelle Kontinenzprofil

Einschätzungstabelle für die Einteilung in Belastungs- oder Dranginkontinenz

Belastung oder Drang :	Ja
Haben Sie unfreiwilligen Urinabgang bei körperlicher Belastung, Husten, Niesen?	B
Können Sie den Harnstahl willkürlich unterbrechen?	B
Verlieren Sie größere Mengen beim unfreiwilligen Urinabgang?	D
Haben Sie Harndrang vor und (oder) beim unfreiwilligen Urinabgang?	D
Verlieren Sie Urin, bevor Sie die Toilette erreichen?	D
Haben Sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen vollkommen leer ist	B

Nach der Identifikation des Kontinenzprofils wird nun durch die Pflegefachkraft beschrieben, was dies genau für den Klienten bedeutet:

Das heißt, es muss zum Beispiel bei einer unabhängig kompensierten Inkontinenz festgehalten werden, welche Hilfsmittel zur Verfügung stehen müssen und ob z. B. ein spezielles Trinkverhalten wie die Vermeidung von Getränken am Abend angewendet wird.

So sollten z. B. Hinweise auf einen möglichen Tag-und-Nacht-Unterschied genannt werden. Ein Zeitraum von drei bis fünf Tagen ist für die Einschätzung der Problematik zu kalkulieren. Möglicherweise kann jedoch nach diesem Zeitraum noch keine Regelmäßigkeit festgestellt werden, so dass eine Weiterführung der Aufzeichnungen.

E2 Eine differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation und eine Beschreibung des individuellen Kontinenzprofils liegen vor.

In der Pflegedokumentation muss die Beratung des Patienten nach den oben beschriebenen Kriterien dokumentiert sein. Bei Bedarf ist ein Miktionschema erhoben. Das Kontinenzprofil ist benannt.

S3a Die Einrichtung hält die erforderlichen Materialien zur Beratung bei Problemen mit der Harninkontinenz (z. B. anatomische Modelle, Informationsbroschüren, Hilfsmittel) vor.

Die Kooperation mit einem Sanitätsfachhandel ist zu empfehlen. Dieser kann entsprechendes Schulungsmaterial zur Verfügung stellen oder selbst die Beratung übernehmen. Es wird ein Beratungsblatt für die Information des Bewohners/Kunden/Angehörigen entwickelt und eingesetzt werden.

Beratungsmaterialien -> Hierzu zählen:

- Bilder und Zeichnungen
- Anatomische Modelle
- Unterschiedliche Versorgungsmaterialien (Muster diverser Hersteller)
- Diverse Hilfsmittel (unterschiedliche Urinflaschen für Frauen und Männer, Steckbecken, Kondomurinale, unterschiedliche Katheter, etc.)
- Broschüren von Informationsstellen und web- Links z.B.:
 - www.kompetenz-in-kontinenz.de
 - www.selbsthilfeverband-inkontinenz.org
 - www.inkontinz-selbsthilfe.co etc.



S 3b Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Beratungskompetenz zur Vorbeugung, Beseitigung, Verringerung oder Kompensation von Harninkontinenz.

Beratung und Edukation tauchen in allen Expertenstandards wieder auf und es sind im weitesten Sinne immer wieder ähnliche Verfahren, die immer wieder ähnliche Kompetenzen einer Pflegefachkraft fordern.

Beratungskompetenz im Speziellen:

- **Soziale Beratungskompetenz**, die hinsichtlich dieses besonders sensiblen Bereiches und Tabus besonders wichtig sind: Verschwiegenheit, Intimität, Empathie, Diskretion und Taktgefühl, Fragetechniken, etc.
- Kenntnisse über die unterschiedlichen **Inkontinenzformen**, Anzeichen und Symptome von Inkontinenz
- Kenntnisse über **Kontinenzprofile**
- Kenntnisse über **diagnostische Verfahren**
- Kenntnisse über die **Selbstpflege- und Selbstmanagementfähigkeiten** des Klienten
- Kenntnisse über regionale **Selbsthilfegruppen und Informationsstellen**
- Kenntnisse über den »Markt« an **Broschüren**
- Kenntnisse über **Hilfsmittel und Ausscheidungshilfen**
- Kenntnisse über **Maßnahmen zur Verbesserung der Situation**

Diese Kenntnisse erhält die Pflegefachkraft durch eine Mischung aus Fortbildung, Beratung, Weiterbildung, evtl. eines »Training während der Arbeit«, durch Messebesuche, Literatur, Broschüren. Sinnvoll ist es auch, einen »**roten Faden**« für die Beratung zu haben.

P3 Die Pflegefachkraft informiert den Patienten/Bewohner und ggf. seine Angehörigen über das Ergebnis der pflegerischen Einschätzung und bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen eine ausführliche Beratung zur Kontinenzhaltung oder -förderung und ggf. zur Kompensation einer Inkontinenz an. Darüber hinaus werden dem Patienten/Bewohner weitere interne und externe Ansprechpartner genannt.

Im Fokus steht die individuelle Beratung des Klienten und seiner primären Bezugsperson. Bei einer eingeschränkten Kontinenz muss mit dem Klienten gemeinsam ein realistisches Ziel gefunden, der Weg dahin beschrieben und umsetzbar gemacht werden.

Je anschaulicher eine solche Beratung durchgeführt wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen den Sinn der Interventionen verstehen. Je unverkrampfter und sensibler eine Beratung durchgeführt wird, desto leichter kann über Intimes und »Peinliches« gesprochen werden.



Ein Hilfsmittel soll rasch und sicher die abgegebenen Harnmengen aufsaugen, nicht auslaufen und eine Geruchsbelästigung verhindern.

Die heutigen Hilfsmittel haben entsprechende Absorber.

Es wird normalerweise unterschieden in:

- **Körperferne Hilfsmittel**
wie Betteinlagen

- **Körpernahe Hilfsmittel**
wie Vorlagen oder Windeln

Die Handhabung der Hilfsmittel soll einfach und durch entsprechende Passform unauffällig sein. Natürlich soll das Hilfsmittel den Harnmengen entsprechen, welche unfreiwillig abgegeben werden.

Neben der Wahl der richtigen Größe sollten hier unbedingt auch die persönlichen Verhaltensweisen berücksichtigt werden (z. B. der Wechsel- oder Entleerungsrhythmus). Aufsaugende Hilfsmittel sollten erst dann zum Einsatz kommen, wenn ableitende Systeme nicht handhabbar sind.

E3 Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen kennen geeignete Maßnahmen zur Kontinenzförderung und zur Vermeidung von bzw. zum Umgang mit einer Inkontinenz.

Im Freitext zur Risikobewertung ist hier bei Bedarf ein Hinweis enthalten. Die Beratung ist von dem Patienten/Bewohner/Angehörigen gegenzuzeichnen.

S4 Die Pflegefachkraft verfügt über Steuerungs- und Planungskompetenz zur Umsetzung von kontinenzfördernden Maßnahmen bzw. zur Kompensation der Harninkontinenz.

Die Pflegefachkraft muss zum einen über umfassendes Wissen zu den Maßnahmen verfügen und diese individuell der Klientensituation anpassen können. Zusätzlich muss sie über Steuerungskompetenzen verfügen, um beispielsweise erforderliche Hilfsmittel zielgerecht anzufordern oder die entsprechenden Berufsgruppen frühzeitig einzubinden.

Die Kooperationspartner sind im Pflegekonzept benannt. Der zuständige Arzt ist im Stammbblatt benannt. Die Pflegefachkraft kann die Dokumentation von Pflegezeit zweckentsprechend einsetzen.

P4 Die Pflegefachkraft plant unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen mit dem Patienten/Bewohner und ggf. mit seinen Angehörigen individuelle Ziele und Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz bzw. zur Kompensation der Harninkontinenz und zur Vermeidung von Beeinträchtigungen.

Die Formulierung von Nah- und Fernzielen ist meist schwierig, lediglich bei vorbestehender Hautschädigung ist das Nahziel zunächst die Abheilung des Hautdefekts, wobei eine eindeutige Festlegung in Millimetern erfolgen muss.

Das Fernziel ändert sich wenig, da als übergeordnetes Ziel immer das Wohlbefinden des Patienten und die unversehrte, intakte Haut zu betrachten ist. Vorrangig bei der Zielvereinbarung ist, dass der Klient selbst bestimmt, welches Kontinenzprofil angestrebt wird.

Nachdem das Pflegeproblem identifiziert wurde, erfolgt die Festlegung des Pflegeziels, das prinzipiell in einer Verbesserung des Kontinenzprofils besteht. Dabei muss berücksichtigt werden, dass eine Verbesserung manchmal nur schrittweise möglich ist und deshalb eine Unterteilung in Nah- und Fernziele vorgenommen wird.

Förderung der Autonomie

Eine Inkontinenz kann vermeidbar sein bzw. ihr Ausmaß vermindert werden. Daher sollten vor kompensierenden möglichst immer fördernden Maßnahmen angeboten oder zumindest zusätzlich initiiert werden.

Eine unterschätzte Maßnahme der Kontinenzförderung ist die Unterstützung der Selbstständigkeit des Betroffenen im Hinblick auf die Erreichbarkeit von sanitären Einrichtungen.

Dabei muss sowohl die allgemeine bauliche Situation bedacht werden, also der Weg zur Toilette, die Entfernung, die Beleuchtung, die Beschilderung, die Möglichkeit des Transfers auf die Toilette oder die Toilettenhöhe, als auch die individuelle Situation des Betroffenen.

Körperliche und geistige Einschränkungen erschweren die selbstständige Benutzung der Toilette.

Überprüft werden müssen deshalb die Orientierungsfähigkeit, die Mobilität, die Verwendung von Gehhilfen, die Bekleidung, die Fingerfertigkeit und das Sehvermögen. Maßnahmen der Mobilitätsförderung, der Überprüfung der Umgebung und Bekleidung, Orientierungshilfen und die Anpassung der Beleuchtung stellen kontinenzfördernde Maßnahmen dar.

Der Einsatz von Hilfsmitteln muss gezielt und unter Berücksichtigung der Förderung bzw. der Erhaltung der Selbständigkeit erfolgen. So können zweiteilige offene Inkontinenzprodukte im Gegensatz zu einteiligen geschlossenen Systemen vom Klienten selbst gewechselt werden.

E4 Ein Maßnahmenplan zum Erhalt oder Erreichen des angestrebten Kontinenzprofils liegt vor.

Der Dokumentation kann man entnehmen, welches Kontinenzprofil angestrebt oder erhalten werden soll.

Das angestrebte Kontinenzprofil muss realistisch sein. Nicht immer kann Kontinenz erreicht werden. Jedoch kann bei jedem Klienten eine Verbesserung angestrebt werden.

Die Nahziele sollten möglichst kurzfristig, im Abstand von wenigen Wochen formuliert und evaluiert werden, damit bei Nichterreichen der Ziele frühzeitig reagiert werden kann.

S 5a Die Einrichtung sorgt für eine bedarfsgerechte Personalplanung, ein kontinenzförderndes Umfeld (z. B. Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Nutzbarkeit von Toiletten, Wahrung der Intimsphäre), geschlechtsspezifische Ausscheidungshilfen und Hilfsmittel zur Kompensation von Inkontinenz (z. B. aufsaugende Hilfsmittel, Kondomurinale).

Diese Forderung setzt einiges an Anforderungen voraus, damit die nebenan genannten Ziele bzw. die der Klientin auch wirklich erreicht werden können.



Ziel: Die entsprechenden Mitarbeiter führen zu festgelegten Zeitpunkten die geplanten Interventionen durch.

Es heißt, wenn Personen mit Kontinenzproblemen um Unterstützung bei der Ausscheidung bitten, sollte darauf auch entsprechend der Dringlichkeit reagiert werden. Im Zweifelsfall auch sofort.

Das bedeutet für die Pflegedienstleitung:

- **Die Sicherstellung, dass zu jeder Zeit das erforderliche Personal zur Verfügung steht.**
- Auch an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht muss so viel Personal anwesend und einsatzbereit sein, dass unverzüglich ein Toilettengang durchgeführt werden kann.
- **Der Begriff »Unverzüglich« ist sehr ernst zu nehmen.**



Es ist schwierig den Aufforderungen des nationalen Expertenstandards nachzukommen, da im ambulanten Bereich in der Regel keine 24-Stunden Betreuung durch die Pflegekräfte stattfindet. Sollte jedoch eine Pflegefachkraft vor Ort sein, besteht kein Grund den Aufforderungen des Expertenstandards Folge zu leisten.

- Bereitstellung von gleichgeschlechtlichem Pflegepersonal: Unter Umständen kommt es auch vor, dass Personen die Hilfe von anders geschlechtlichen Pflegenden als unangenehm empfinden oder ablehnen. Auch in solchen Fällen ist es Aufgabe der Pflegedienstleitung, mit einer entsprechenden Personalbesetzung im Sinne der Betroffenen zu reagieren.

Anforderungen an Hilfsmittel zur Kompensation der Inkontinenz:

- Grad der Flüssigkeitsbindung, bzw. Aufsauggeschwindigkeit. Diese garantieren Trockenheit der Haut
- Tragkomfort: Es dürfen keine Einschnidungen entstehen, wiederum darf das Hilfsmittel auch nicht zu groß sein. Bitte auch auf Unauffälligkeit und Knisterfreiheit achten.

- Einfache Handhabung. Qualitativ hochwertige Produkte kosten mehr, sind aber ökonomischer im Verbrauch und – nicht zuletzt – auch besser in puncto Hautfreundlichkeit und Handling.

S5b Die Pflegefachkraft verfügt über zielgruppenspezifisches, aktuelles Wissen zu Maßnahmen der Kontinenzförderung und der Anwendung von Hilfsmitteln.

Die Anwendung individueller Maßnahmen und die Koordination der multidisziplinären Behandlung erfordert von Pflegefachkräften, dass sie aktuelles Wissen und Kenntnisse über zielgruppenspezifische Maßnahmen und Hilfsmittel haben und dieses Wissen regelmäßig durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und die fachliche Supervision und Anleitung durch fachspezifisch weitergebildete Pflegeexperten aktualisiert wird.

P5 Die Pflegefachkraft koordiniert die multidisziplinäre Behandlung (z. B. durch Ärzte, Physiotherapeuten, Psychologen) und sorgt für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans. Auf die Bitte um Hilfe bei der Ausscheidung wird unverzüglich reagiert.

Die Pflegefachkraft trägt dafür Sorge, dass alle an der Pflege Beteiligten die Maßnahmenplanung und bestmögliche Pflege erhalten:

- Sie ist verantwortlich für den Pflegeprozess, also die Verantwortung für die Einhaltung der Maßnahmen
- Sie trägt Sorge, dass die Zeiten für ein Toilettentraining eingehalten werden
- Das Maßnahmen ggf. rechtzeitig evaluiert werden
- Das die Intimsphäre unbedingt geschützt bleibt, auch wenn Menschen aus dem multidisziplinären Team eingebunden sind.
- Sie achtet auf Vermeidung einer Überforderung der Klienten, ändert ggf. Maßnahmen, Hilfsmittel, etc.



Die Expertenarbeitsgruppe rät von „Mehrfachversorgungen“ ab. Gemeint ist hiermit, dass eine Kombination von mehreren körpernahen aufsaugenden Hilfsmitteln zu vermeiden ist.

Demgegenüber ist eine Versorgung mit einem körpernahen aufsaugenden Hilfsmittel und einem Schutz des Bettes eine sinnvolle Maßnahme.

Für eine sichere Versorgung sind vielmehr ein, der Inkontinenzsituation entsprechendes Hilfsmittel und eine korrekte Anlagetechnik von entscheidender Bedeutung.

Die Pflegefachkraft ist für die Koordination der geplanten Maßnahmen im multidisziplinären Team verantwortlich und trägt dafür Sorge, dass diese umgesetzt werden.

E5 Maßnahmen, Umfeld und Hilfsmittel sind dem individuellen Unterstützungsbedarf des Patienten / Bewohners bei der Ausscheidung angepasst.

Die durchgeführten Maßnahmen entsprechen dem individuellen Unterstützungsbedarf und den Fähigkeiten und Einschränkungen der betroffenen Person und der jeweiligen Situation.

S6 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kontinenz sowie zur Kompensation der Inkontinenz zu beurteilen.

Sie nutzt die Dynamik des Pflegeprozesses, um eine lebendige Evaluation zu gewährleisten.

Sie muss also in der Lage sein, nach einem angemessenen Zeitpunkt (der von den Maßnahmen und Zielen abhängt) die Effektivität der Maßnahmen zu überprüfen. Dabei kann es schon auch einmal zu angeblichen »Misserfolgen« kommen.

Die Pflegefachkraft braucht Verständnis für die Gesamtsituation. »Sie weiß z. B., dass Beckenbodentraining bei einer Stress- und Belastungsinkontinenz erst nach mehreren Wochen zum Erfolg führt.

Bei einer Dranginkontinenz nach einer neurologischen Erkrankung kann eine Besserung der Beschwerden schon in kürzerer Zeit erreicht werden.

- Sie verbindet die Maßnahmenplanung für die Kontinenzförderung mit allen anderen Aspekten des Klienten. (So kann z. B. eine vermehrte Einschränkung der Orientierung Einfluss auf den Toilettengang haben, oder Nebenwirkungen von Medikamenten sind einbeziehen)
- Sie prüft in regelmäßigen Abständen bzw. nach festgelegten Zeiten das bisherige Vorgehen.

P6 Die Pflegefachkraft überprüft in individuell festzulegenden Abständen den Erfolg der Maßnahmen und entscheidet gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner, seinen Angehörigen und den beteiligten Berufsgruppen über deren Fortführung bzw. Modifikation.

Die Überprüfung der geplanten Maßnahmen ist der übergeordnete Faktor dieses Standardkriteriums. Zunächst wird das Evaluationsintervall beschrieben, das wie bei allen anderen Expertenstandards auch nicht für alle Klienten in allgemein gültigen Routineintervallen bestehen soll, sondern anhand der persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen, anhand des Schweregrads der Symptomatik, anhand der Kooperationsfähigkeit und den jeweiligen Wünschen des Betroffenen individuell festgelegt werden muss.

Bei der Evaluation muss auch die differenzierte Einschätzung und Festlegung des aktuellen Kontinenzprofils berücksichtigt werden. Eine weitere Forderung bezieht sich auf die Integration vom Klienten und – wenn dies gewünscht wird - auch von Bezugspersonen und Angehörigen. Die multiprofessionelle Kooperation, bei der die Pflegefachkraft eine zentrale Koordinationsfunktion übernimmt, wird ebenfalls noch einmal eingefordert. Die Evaluation erfolgt spätestens alle drei Monate bzw. entsprechend der internen Verfahrensanweisung.

E6 Das angestrebte Kontinenzprofil ist erreicht, bzw. das bisherige erhalten. Für den Patienten/Bewohner ist das individuell höchstmögliche Maß an Harninkontinenz mit der größtmöglichen Selbstständigkeit sichergestellt.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, inwieweit die Maßnahmen seit Beginn der Kontinenzförderung zu einer Verbesserung der Kontinenz und zu einem Gesundheitsgewinn mit erhöhter Lebensqualität, entsprechend der individuellen Bedürfnisse des Klienten geführt haben. Das angestrebte Kontinenzprofil wurde erreicht oder erhalten. Ist dies nicht der Fall wurden die Gründe einer nicht verbesserten Kontinenzsituation erfasst. An dieser Stelle sollten insbesondere Einschränkungen durch körperliche und Leistungsfähigkeit beachtet werden.

Abschließend noch einmal der Hinweis:

Im Vordergrund steht die Kontinenzförderung, nicht lediglich eine Inkontinenzversorgung!

