



MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Erfahrungen von Frauen mit Beckenbodentraining
Eine qualitative Studie“

Verfasserin

Denise Lena Sponring, BSc

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Dr. Daniela Hayder - Beichel

Abstract Deutsch

Beckenbodentraining wird zur Prävention von Inkontinenz und als therapeutische Maßnahme bei Inkontinenz eingesetzt. Diese Arbeit bietet einen Einblick in die Erfahrungen, welche Frauen mit Beckenbodentraining gemacht haben. Beckenbodentraining wird als eine Selbstmanagementstrategie bei Kontinenzproblemen gesehen und kann einen wesentlichen Beitrag leisten, Kontrolle für den eigenen Körper zurück zu erlangen.

Der qualitative Forschungsansatz wurde zur Bearbeitung gewählt. Es konnten acht problemzentrierte Interviews geführt, digital aufgenommen, transkribiert und mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2003) ausgewertet werden.

Die Einschlusskriterien für die Teilnehmerinnen waren, dass es sich um volljährige Frauen handeln soll, welche Harn- und/oder Stuhlkontinenzprobleme haben oder hatten, der deutschen Sprache mächtig sind und Erfahrungen mit Beckenbodentraining haben.

Folgende sieben Kategorien konnten gewonnen werden: Symptome, Diagnostik/Therapie, Gefühle, Selbstmanagement, Schwierigkeiten, Beckenbodentraining und Beeinflussende Faktoren. Die Hauptkategorie „Beckenbodentraining“ wurde aufgrund ihrer Größe in folgende sieben Unterkategorien unterteilt: Setting, Leitung, Motivation, Erwartungen, Inhalt, Outcome und Alltag.

Einblick konnte in die Erfahrungswelt von älteren Frauen gewonnen werden. Einschränkungen der Mobilität, welche eine funktionelle Inkontinenz hervorrufen oder eine Inkontinenz verstärken können, spielen bei älteren Personen eine Rolle. Die therapeutischen Maßnahmen sollten hier nicht aus rein urologischer Sicht erfolgen, an Fortbewegung, Transfers, Kraft und Gleichgewicht sollte nach Bedarf ebenfalls gearbeitet werden.

Tabuisierung von Inkontinenz und Unwissenheit über den Beckenboden sind zwei wesentliche Probleme in unserer Gesellschaft, denen sich die Professionellen aus dem Gesundheitswesen stellen müssen, denn Schamgefühle können für Diagnostik und für Therapie von Inkontinenz kontraproduktiv sein. Beckenbodenübungen werden als in der Gesellschaft nicht weit verbreitet gesehen, das Bekanntmachen von Beckenbodenübungen und Aufklärungsarbeit über Inkontinenz sollten forciert werden. Die Aufnahme von Beckenbodenübungen in Turngruppen erscheint eine gute Idee zu sein, um den Frauen diese Thematik bekannt zu machen und einen Beitrag zur Prävention von Inkontinenz zu leisten.

Abstract English

Pelvic floor exercises are used to prevent incontinence and as therapeutic action against incontinence. This thesis provides an insight into the experiences of women, who have experience with pelvic floor exercises. Pelvic floor exercises are seen as a selfmanagement strategy against continence problems and it can contribute to control one's own body again.

The qualitative research approach was chosen for this thesis. Eight interviews focused on the problem were done, digitally recorded, transcribed and evaluated using the qualitative content analysis according to Mayring (Mayring, 2003).

The criteria for inclusion were following: Only women of full age, who suffer or suffered of urinary and/or faecal incontinence problems, who are able to speak German and who have experience with pelvic floor exercises were included.

Following seven categories could be obtained: symptoms, diagnostic/therapy, feelings, selfmanagement, difficulties, pelvic floor exercises and influencing factors. The main category "pelvic floor exercises" was divided into following seven sub-categories due to its dimension: setting, guidance, motivation, expectations, content, outcome and everyday life.

It was possible to gain insight into the experiences of elderly women. Mobility limitations, which induce a functional incontinence or intensify incontinence, play a major role for older people. Therefore the therapeutic actions should not only be performed from a urological point of view, but also locomotion, transfers, strength and balance are important to be focused on.

Two main problems in our society are tabooing of incontinence and ignorance of the pelvic floor, which have to be fought by professionals in the health care, as shame can be counterproductive for diagnostic and therapy of incontinence. Pelvic floor exercises are not commonly known in society, therefore the communication of pelvic floor exercises and raising the awareness of incontinence must be forced. Including pelvic floor exercises in gymnastic groups would be an effective way of promoting this subject to women in order to contribute to the prevention of incontinence.

Inhaltsverzeichnis

I. Literaturteil	7
1. Einleitung	7
1.1 Ausgangslage	8
1.2 Ziel der Arbeit	9
1.3 Forschungsfragen	10
2. Theoretischer Hintergrund	11
2.1 „Theory of Symptom Management“	11
2.2 Der Beckenboden	13
2.2.1 Anatomie des Beckenbodens	14
2.2.2 Funktion des Beckenbodens	16
2.2.3 Dysfunktionen des Beckenbodens	16
2.3 Inkontinenz	18
2.3.1 Harninkontinenz	19
2.3.2 Stuhlinkontinenz	20
2.3.3 Risikofaktoren und Prophylaxe von Inkontinenz	21
2.3.4 Diagnostik und Assessment von Inkontinenz	23
2.3.4.1 Harninkontinenz	23
2.3.4.2 Stuhlinkontinenz	26
2.3.5 Kontinenzprofile	27
2.3.6 Therapie bei Inkontinenz	29
2.3.7 Inkontinenz und Frauen	32
2.3.8 Intimität, Scham und Tabuisierung	33
2.3.9 Lebensqualität und Gestaltung des Alltags	35
2.4 Beckenbodentraining als therapeutische Maßnahme	40
2.4.1 Beckenbodenmuskeltraining	41
2.4.2 Training und Übungen	43
2.4.3 Biofeedback und Elektrotherapie	44

2.4.4 Vaginalkonen	45
II: Empirischer Teil	47
3. Methode	47
3.1 Rekrutierung der Probandinnen	47
3.2 Die Interviews	49
3.3 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	50
3.3 Ethische Überlegungen.....	52
4. Erhebung und Auswertung der Daten.....	53
4.1 Probandinnen und Interviewsetting	53
4.2 Aufzeichnung des Datenmaterials	55
4.3 Paraphrasierung.....	55
4.4 Generalisierung	57
4.5 Reduktionen	59
4.6 Kategorienbildung.....	60
4.6.1 Kategorie Symptome	66
4.6.2 Kategorie Diagnostik/Therapie	67
4.6.3 Kategorie Gefühle	69
4.6.4 Kategorie Selbstmanagement.....	70
4.6.5 Kategorie Schwierigkeiten.....	71
4.6.6 Kategorie Beckenbodentraining.....	73
4.6.6.1 Setting	73
4.6.6.2 Leitung	74
4.6.6.3 Motivation.....	75
4.6.6.4 Erwartungen	76
4.6.6.5 Inhalt	76
4.6.6.6 Outcome	77
4.6.6.7 Alltag	78
4.6.7 Kategorie Beeinflussende Faktoren.....	78

4.7 Rücküberprüfung der Kategorien mit dem Ausgangsmaterial	80
4.8. Ergebnisse.....	81
4.8.1 Welche Erfahrungen haben Frauen mit Beckenbodentraining?	82
4.8.2 Welche Erwartungen hatten/haben sie an das Beckenbodentraining und an die Leitung?	85
4.8.3 Welche Meinungen und Ansichten haben Frauen über Beckenbodentraining?	86
4.8.4 Wie wird Beckenbodentraining in deren Alltag integriert?.....	87
5. Diskussion.....	89
5.1 Beckenbodentraining als Selbstmanagementstrategie	89
5.2 Erfahrungen mit Beckenbodentraining	91
5.3 Tabuisierung und Unwissen	93
5.4 Anregungen für die Praxis	95
5.5 Limitationen der Arbeit und weiterführende Forschung	96
6. Zusammenfassung	98
Literatur	101
Abbildungsverzeichnis	109
Tabellenverzeichnis	110

I. Literaturteil

1. Einleitung

Beckenbodentraining ist sowohl bei Harn- als auch bei Stuhlinkontinenz eine konservative Behandlungsmethode und umfasst eine große Anzahl an therapeutischen Maßnahmen (Enzelsberger, 2011). In der Prävention von Inkontinenz spielt das Beckenbodentraining eine wichtige Rolle (Tanzberger, Kuhn & Möbs, 2009). Es zeigt sich ein Unterschied in der Bezeichnung im englischen Sprachraum im Vergleich zum deutschen Sprachraum. So wird im Englischen pelvic floor muscle training dezidiert für das aktive Beckenbodenmuskeltraining verwendet, im Deutschen kann unter dem Begriff Beckenbodentraining sowohl die aktive und reaktive Aktivierung der Beckenbodenmuskulatur, Erlernen von Verhaltensregeln als auch das Verwenden von zum Beispiel Vaginalkugeln verstanden werden. Biofeedback und Elektrostimulation werden als alternative oder unterstützende Therapiemaßnahmen eingesetzt (Dumoulin, Glazener & Jenkinson, 2011; Probst, Pages, Riemann, Eickhoff, Raulf & Kolbert, 2010).

Die Problematik zeigt sich bei Beckenbodentraining in der Praxis, dass viele Personen über die Existenz von Beckenbodenmuskeln nicht Bescheid wissen, auch nicht wo sich diese befinden und wie man diese aktivieren kann. Obwohl zahlreiche Studien die Effektivität von Beckenbodentraining beschreiben (Castro, Arruda, Zanetti, Santos, Sartori & Girao, 2008; Resnick et al., 2012; Stelzner, 2010), werden die Übungen oft nicht über längere Zeit durchgeführt (Hayder & Schnepf, 2010) und deren Integration in den Alltag erscheint, besonders auf lange Sicht, fraglich (Hayden & Weiss, 2011). Ein Autor beschreibt, dass der Beckenboden auch bei Fachleuten oft nur eine geringe Beachtung genießt (Wedel, 2006).

Da sich sowohl der anatomische Beckenboden der Frau und der des Mannes als auch die therapeutischen Maßnahmen bei den Geschlechtern in einigen Aspekten unterscheiden, erweist es sich als sinnvoll, die Geschlechter getrennt zu betrachten (Carrière, 2012).

Ziel dieser Arbeit ist es, Erfahrungen von Frauen mit Beckenbodentraining genau zu analysieren, um besser und gezielter auf deren Bedürfnisse eingehen zu können.

1.1 Ausgangslage

Beckenbodendysfunktionen sind oft mit Kontinenzproblemen verbunden (Gameiro, Moreira, Ferrari, Kawano, Padovani & Amaro, 2012). Inkontinenz wird als unwillkürlicher Verlust von Harn und/oder unwillkürlicher Verlust von Stuhl beschrieben (de Gruyter, 2002). Diese Definition von Inkontinenz erlaubt eine große Spannweite von gelegentlichen inkontinenten Episoden bis zu mehreren „Unfällen“ täglich.

Inkontinenz ist ein Thema, welches unter der Bevölkerung mit zunehmendem Alter an Häufigkeit zunimmt (Beutel, Hessel, Schwarz & Brähler, 2005; Madersbacher, 2003; Sliker-ten Hove, Pool-Goudzwaard, Eijkemans, Steegers-Theunissen, Burger & Vierhout, 2010). Die Harninkontinenz zeigt eine höhere Prävalenz als die Stuhlinkontinenz, es können aber auch beide Formen kombiniert auftreten (Ahnis & Knoll, 2008; Roche, Chautems, Rakotoarimanana, Berclaz, & Marti, 2002).

Laut Beutel et al. (2005) liegt die Prävalenz der Harninkontinenz in Deutschland der über 60-Jährigen bei 23% und über alle Altersgruppen verteilt bei etwa 12,6%. Frauen sind in allen Altersgruppen häufiger als Männer betroffen (Beutel et al., 2005; Fürst, Hutzel, Rentsch, Beham, Spatz & Jauch, 2000; Jünemann, 2002). Enzelsberger (2011) beschreibt, dass rund 850 000 Frauen in Österreich von Harninkontinenz betroffen sind. Schlömer (2003) betont jedoch, dass die Prävalenzzahlen aufgrund unterschiedlicher Definitionen von Inkontinenz und befragter Bevölkerungsgruppen variieren können.

Es wird angenommen, dass in den Industrieländern etwa fünf Prozent der Bevölkerung von Stuhlinkontinenz betroffen sind (Probst et al., 2010). Auch hiervon sind Frauen häufiger als Männer betroffen (Probst et al., 2010; Roche et al., 2002). Aufgrund des soziodemografischen Wandels ist zu erwarten, dass sowohl die Stuhl- als auch die Harninkontinenz an Häufigkeit zunehmen werden (Goepel, Kirschner-Hermanns, Welz-Barth, Steinwachs & Rübben, 2010; Probst et al., 2010). Das vermehrte Auftreten von chronischen Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Diabetes mellitus oder Demenz führen dazu, dass immer mehr Personen von Inkontinenz betroffen sind (Goepel et al., 2010).

Probst et al. (2010) erläutern die Problematik der Tabuisierung von Inkontinenz:

„Versorgungstechniken und Therapieangebote sind heute schon vorhanden, treffen aber auf Schamgefühle. Diese sind die Ursache für eine Grauzone des Erkennens und eine Tabuisierung (Probst et al., 2010, S.596).“

Aufgrund der Schamgefühle und der Angst vor der Reaktion der Gesellschaft ist anzunehmen, dass die Dunkelziffer der Betroffenen höher ist als die oben beschriebenen Prävalenzen.

Über die Erfahrungen von Personen, welche Kontinenzschwierigkeiten haben, ist erst wenig Literatur vorhanden. Eine Suche in der Datenbank Pubmed zeigt, dass es viele Beiträge zum Begriff „incontinence“ gibt (41736 Treffer, Stand Dezember 2012), aber nur mehr 329 Treffer bei „incontinence AND experience“ (Limitationen: letzten 10 Jahre, nur Menschen, Englisch und Deutsch, Stand Dezember 2012) und lediglich einen Treffer bei „pelvic floor training“ AND experience, wobei sich dieser Artikel ausschließlich mit Männern beschäftigt (Stand April 2013). Die mangelnde vorhandene Literatur, die Unklarheiten des Grundes über den Abbruch der Therapie und die fragliche Integration in den Alltag der Frauen zeigen, dass es in diesem Bereich Forschungsbedarf gibt. Daher ist dieses sensible Thema, nämlich Beckenbodentrainingserfahrungen von Frauen mit Inkontinenz, näher zu betrachten, um auf die Bedürfnisse von Betroffenen besser eingehen zu können.

Die Förderung der Kontinenz, sowohl Harn- als auch Stuhlkontinenz, ist Teil der Pflegepraxis und Gegenstand der Pflegewissenschaft. Aber auch andere Berufsgruppen, wie die Physiotherapie und die Ärzteschaft, sind bei der Therapie von Inkontinenz involviert. Ein Expertenstandard des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege zur Förderung der Harnkontinenz (2007) ist bereits vorhanden und derzeit in Überarbeitung, ein Pendant zur Förderung der Stuhlkontinenz gibt es noch nicht. Dies zeigt, dass die Thematik der Stuhlinkontinenz weniger beachtet ist als die der Harninkontinenz. Bedingt ist dies durch die niedrigeren Prävalenzzahlen zu erklären, dagegen spricht aber die Gefahr der sozialen Isolation und der verminderten Lebensqualität (Pucciani, Raggioli & Gattai, 2012). Peden-McAlpine, Bliss & Hill (2008) beschreiben in ihrer Studie, dass Frauen mit Stuhlinkontinenz in mehreren Bereichen des Lebens Schwierigkeiten haben. Sie müssen aufpassen, was sie essen, sind unzufrieden mit ihren Ärztinnen und Ärzten, haben Schamgefühl und Angst vor öffentlichen Präsenzen, verfügen über kein oder kein effektives Selbstmanagement und erleben Einschränkungen in ihrer Sexualität. Daher ist es essentiell, die Erfahrungen und Perspektiven von stuhlinkontinenten Frauen nicht außer Acht zu lassen.

1.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Beitrag zum Verständnis von Frauen mit Inkontinenz in Bezug auf Beckenbodentraining zu leisten und Beckenbodentraining den Wünschen und Bedürfnissen dieser Frauen anzupassen. Dadurch, dass die Frauen von ihren Erfahrungen mit Maßnahmen, die den Beckenboden betreffen, erzählen, können für Trainerinnen und Trainer

fördernde, aber auch störende oder hemmende Faktoren aus der Perspektive der Betroffenen erläutert werden.

Diese Arbeit richtet sich einerseits an die Anbieterinnen und Anbieter von Beckenbodentraining und andererseits an jene, die sich mit der Erfahrungswelt von Personen, im Engeren von Frauen mit Inkontinenz, auseinandersetzen.

1.3 Forschungsfragen

Folgende vier Forschungsfragen liegen dieser Masterarbeit zu Grunde:

- Welche Erfahrungen haben Frauen mit Inkontinenz mit Beckenbodentraining?
- Welche Erwartungen hatten beziehungsweise haben sie an das Beckenbodentraining und an die therapeutische Leitung?
- Welche Meinungen und Ansichten haben inkontinente Frauen über Beckenbodentraining?
- Wie wird Beckenbodentraining in deren Alltag integriert?

2. Theoretischer Hintergrund

Im Literaturteil dieser Masterarbeit werden die „Theory of Symptom Management“ (Humphreys et al., 2008), Anatomie, Funktion und Dysfunktionen des weiblichen Beckenbodens, Risikofaktoren, Prophylaxe, Diagnostik, Assessment und Therapie von Harn- und Stuhlinkontinenz, Aspekte zu Intimität, Scham, Tabuisierung, Lebensqualität und Alltagsgestaltung in diesem Zusammenhang, sowie der aktuelle Wissensstand zum Beckenbodentraining beschrieben.

2.1 „Theory of Symptom Management“

Die Basis für diese Forschungsarbeit bietet die „Theory of Symptom Management“ von Humphreys et al. (2008), da Beckenbodentraining eine Maßnahme zum Management der Symptome unwillkürlicher Harn- und/oder Stuhlverlust darstellt. Laut den Autorinnen und Autoren dieser Theorie mittlerer Reichweite wird ein Symptom als

„a subjective experience reflecting changes in the biopsychosocial functioning, sensations, or cognition of an individual (Humphreys et al., 2008, S. 145)“

definiert. Das Ziel ist es, das Symptom zu eliminieren oder den Disstress in Bezug auf das Symptom zu minimieren. Die drei essentiellen Konzepte dieser Theorie sind: Symptomerfahrung (Symptom experience), Symptommanagementstrategien (Components of symptom management strategies) und Ergebnis des Symptomzustandes (Outcomes Symptom status). Diese drei Konzepte kennzeichnen sich durch zeitgleiche Interaktion und werden von Faktoren, wie Person, Umwelt, Gesundheit und Krankheit umrahmt und damit beeinflusst (Humphreys et al., 2008). In der Abbildung 1 ist der Zusammenhang der drei Konzepte und der beeinflussenden Faktoren graphisch abgebildet:

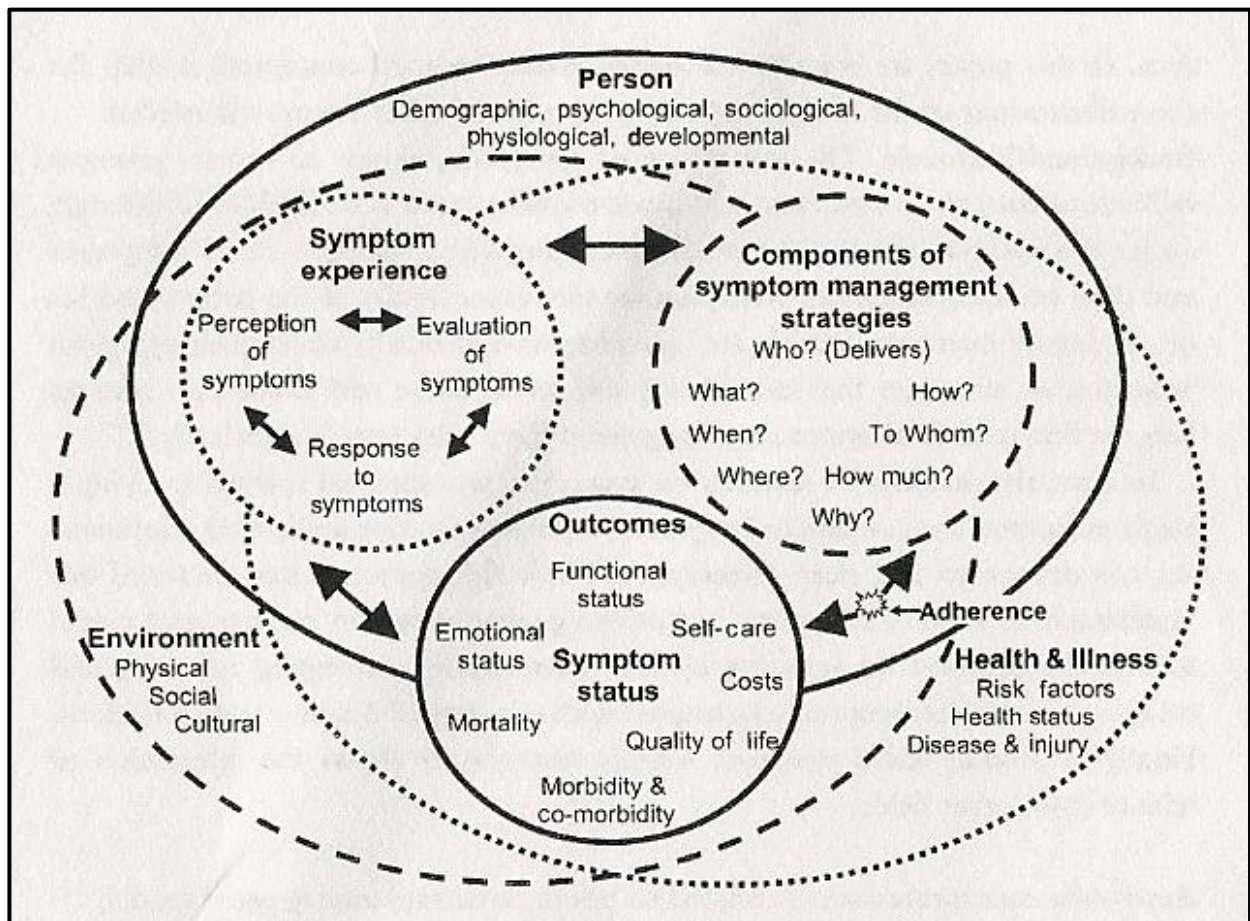


Abbildung 1: „Theory of Symptom Management“, Humphreys et al., 2008, S. 147

Inkontinenz ist ein Symptom. Das Scottish Intercollegiale Guidelines Network (SIGN) meint in ihrer Leitlinie in Bezug auf Harninkontinenz folgendes:

„Urinary incontinence is not a condition itself but is a symptom resulting from one or more underlying conditions (SIGN, 2004, S. 1).“

Die Symptomerfahrung inkludiert Wahrnehmung, Evaluation und Reaktion auf das Symptom. Strategien zum Managen von Symptomen zielen darauf ab, das Symptomerleben zu verhindern, aufzuschieben oder zu minimieren. Das bedeutet im Hinblick auf Kontinenzprobleme Sequenzen von Inkontinenz zu verhindern, Harn- oder Stuhldrang aufzuschieben, bis ein passender Ort zur Entleerung der Blase oder des Darmes erreicht wird oder das Ausmaß des Verlustes von Ausscheidungsprodukten möglichst gering zu halten. Die dazu verwendeten Strategien können in drei Bereichen effektiv sein: Reduktion der Frequenz der Symptomerfahrung, Minimierung des Schweregrades des Symptoms oder eine Reduktion des Distresses in Bezug auf das Symptom. Der Gebrauch von einer Kombination aus mehreren Interventionen hat einen größeren Effekt als das Durchführen lediglich einer Strategie (Humphreys et al., 2008). Umgelegt auf das Symptom Inkontinenz bedeutet dies

eine Reduktion der Frequenz von Inkontinenzepisoden, durch zum Beispiel Reduktion der täglichen Flüssigkeitszufuhr oder häufigen Toilettengängen (Hayder & Schnepf, 2010), Minimierung der unwillkürlich ausgeschiedenen Menge, zum Beispiel durch willkürliche Kontraktion der Schließmuskulatur (Madersbacher, 2000), oder eine Reduktion des Disstresses, durch Coping – Strategien wie Glaube, Religion, Humor, Verleugnung, Verwendung von Vorlagen, Einschränkung der Aktivitäten, Mitnahme von Reservekleidung oder Verwendung von getrennten Schlafzimmern in Beziehungen (Peden-McAlpine, Bliss & Hill, 2008) kommen hier zum Einsatz. Die Verbesserung von Symptomen kann sich im physischen und psychischen Bereich erkennbar machen, die Lebensqualität erhöhen oder auch weniger Kosten für die einzelne Person, die Familie, das Gesundheitssystem oder den Arbeitgeber bedeuten (Humphreys et al., 2008). Inkontinenz assoziierte Beschwerden, wie die Inkontinenz assoziierte Dermatitis (Beeckman, Schoonhoven, Verhaeghe, Heyneman & Defloor, 2009), können beim Management des Symptoms Inkontinenz verringert oder beseitigt werden, das mentale Wohlbefinden und die Lebensqualität können gesteigert werden, weniger Kosten können durch Gebrauch weniger Inkontinenzprodukte erzielt werden.

Es ist für die Beziehung von Patientinnen/Patienten und Anbieterinnen/Anbieter von Leistungen aus dem Gesundheitswesen essentiell, dass Fachleute aus dem Gesundheitswesen die Patientinnen- und Patientenwahrnehmung von Symptomen und deren Symptomerfahrungen akzeptieren, verstehen und helfen, Managementstrategien zu implementieren. Die Berücksichtigung von Veränderungen der Symptome im Zeitverlauf ist ebenso notwendig wie das Herausfiltern von Managementstrategien, nämlich welche und wann diese am meisten für die Betroffenen nutzbringend sind (Humphreys et al., 2008). Die Bearbeitung der Thematik Beckenbodentrainingserfahrungen von Frauen mit Inkontinenz soll Managementstrategien, vor allem jene, welche mit Beckenbodentraining in Verbindung gebracht werden, bei Inkontinenz genauer darstellen und dadurch helfen, diese zu optimieren.

2.2 Der Beckenboden

Der aus Muskeln und Bindegewebe bestehende Beckenboden ist der caudale Teil des Rumpfes und hat die Doppelaufgabe, einerseits die Organe des Beckens und Ausscheidungsprodukte wie Harn und Stuhl zu halten und andererseits Blase und Darm zu entleeren (Fürst et al., 2000) oder bei Frauen auch Kinder zu gebären.

2.2.1 Anatomie des Beckenbodens

Der Beckenboden spannt sich von caudal über den knöchernen Beckenausgang (Fritsch, 2012). Der Beckenboden spielt bei der kontrollierten Ausscheidung von Harn und Stuhl bei beiden Geschlechtern eine wesentliche Rolle, bei Frauen kommt das Gebären von Kindern hinzu. Daher unterscheiden sich die Anatomie des Beckenbodens der beiden Geschlechter (Schimpf & Tulikangas, 2005). Außerdem ist zu beachten, dass der Beckenboden für die Unterstützung der Organe des Beckens und des Bauches essentiell ist (Faller, Schünke & Schünke, 2004).

Der Beckenboden wird im Wesentlichen in zwei Schichten eingeteilt, nämlich in eine obere Schicht, das Diaphragma pelvis (siehe Abbildung 2) und in eine untere Schicht, das Diaphragma urogenitale (siehe Abbildung 3). Das Diaphragma pelvis wird aus den Muskeln Musculus levator ani und Musculus coccygeus gebildet. Die medialen Anteile des Levatormuskels formen den Levatorschenkel, welcher das Levatorforamen einschließt. Durch dieses Foramen treten die Harnröhre und die Scheide der Frau durch, der Mastdarm liegt dorsal der prärektalen Muskelfasern. Durch die Weite des Levatorforamens, welche bei der Frau noch ausgeprägter als beim Mann ist, ist ein zusätzlicher Verschluss des Beckenbodens durch das urogenitale Diaphragma erforderlich (Platzer, 2005). Der Musculus sphinkter ani externus wird entweder zum Diaphragma pelvis (Platzer, 2005; Tanzberger et al., 2009) oder gemeinsam mit dem Musculus bulbocavernosus (oder auch Musculus bulbospongiosus) und dem Musculus ischio-spongiosus (oder Musculus ischio-cavernosus) zur caudalsten Schicht des Beckenbodens, nämlich der Schließmuskelschicht (Heller, 1998) gezählt.

Den Hauptbestandteil des Diaphragmas urogenitale stellt der Musculus transversus perinei profundus dar. Dorsal wird dieser Muskel durch den Musculus transversus perinei superficialis ergänzt (Platzer, 2005). Der Musculus urethrae externus wird ebenso zum Diaphragma urogenitale gezählt (Fanghänel, Pera, Anderhuber & Nitsch, 2009).

Die oben erläuterte quergestreifte Muskulatur des Beckenbodens wird mit Nervenästen des Plexus sacralis und durch den Nervus pudendus innerviert (Fritsch, 2012).

Das Diaphragma pelvis der Frau, Ansicht von caudal

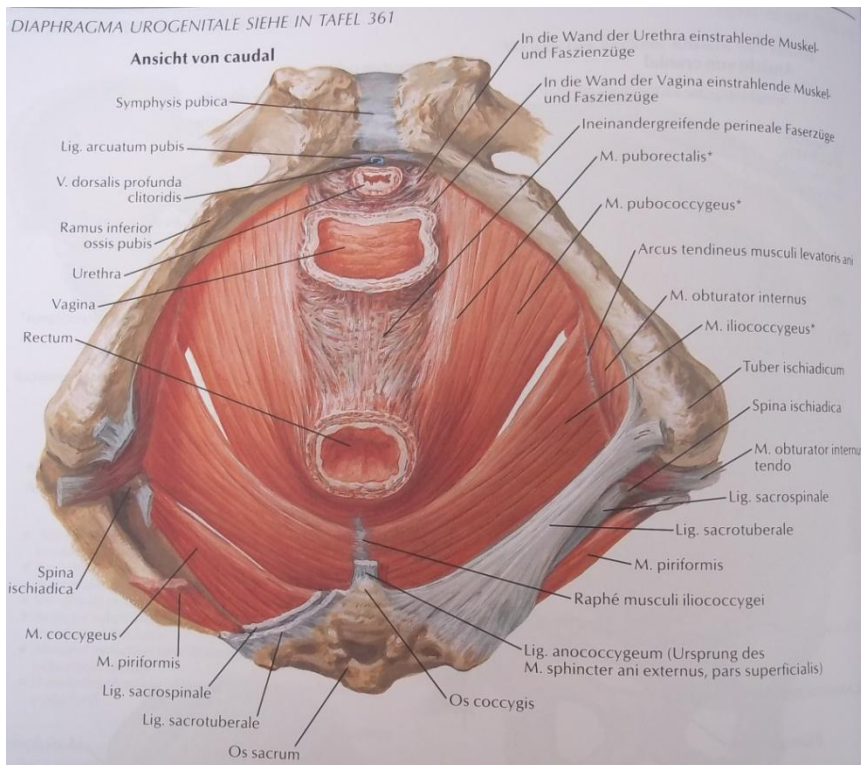


Abbildung 2: Netter, 2004, S. 343

Das Diaphragma urogenitale der Frau, Ansicht von caudal

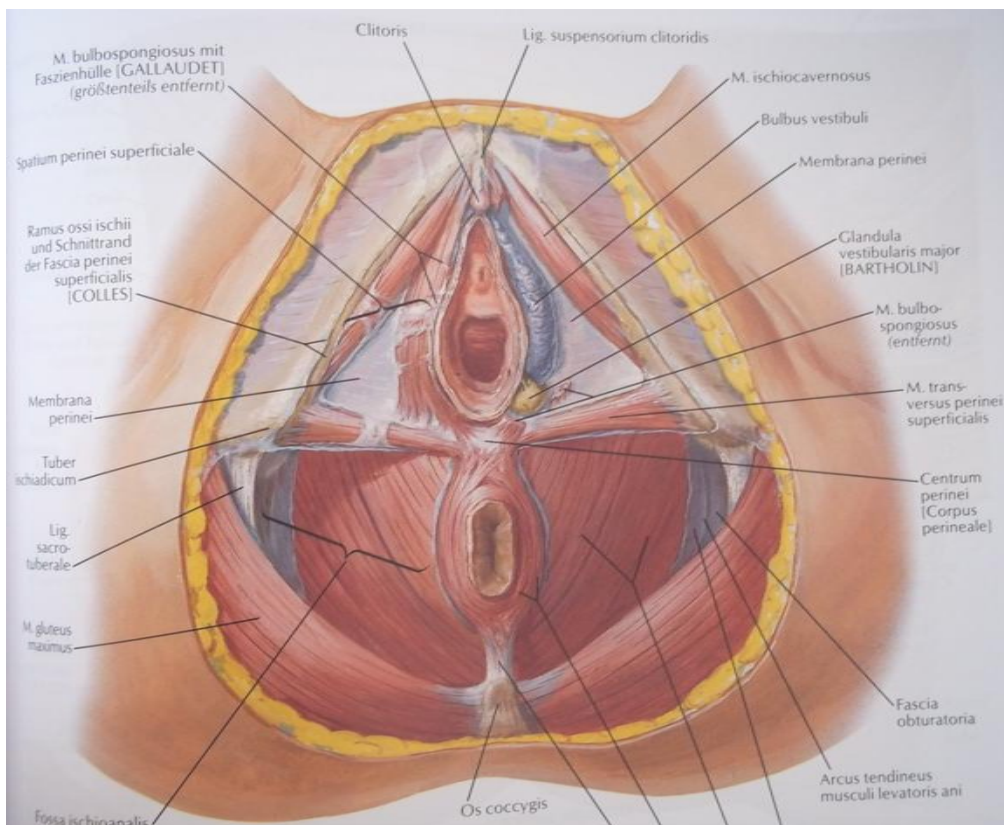


Abbildung 3: Netter, 2004, S. 361

2.2.2 Funktion des Beckenbodens

Nicht nur die Kontraktion der Beckenbodenmuskeln ist essentiell, ebenso ist die Relaxation dieser Muskeln wichtig, um sowohl der haltenden Funktion des Beckenbodens als auch der hergebenden Funktion gerecht werden zu können.

Carrière (2012) beschreibt den unmittelbaren Zusammenhang von Körperhaltung und Beckenboden. Einerseits kann eine ungünstige Haltung die Funktionen des Beckenbodens beeinflussen, andererseits können Dysfunktionen oder Schmerzen im Bereich des Beckenbodens die Haltung beeinträchtigen. So kann eine Kräftigung der Muskulatur des Beckenbodens bei Rückenbeschwerden eine äußerst sinnvolle therapeutische Maßnahme sein. Bei einem intakten, physiologischen Beckenboden werden jegliche intraabdominellen Drucksteigerungen, wie zum Beispiel beim Husten, Niesen oder Lachen, aufgefangen, ist der Beckenboden jedoch geschwächt entsteht ein Ungleichgewicht nach caudal.

Die Muskeln des Beckenbodens stehen in Wechselwirkung mit dem Zwerchfell. Eine Einatmung wirkt auf den Beckenboden exzentrisch, die Muskeln werden gedehnt. Bei der Ausatmung kommt es zur Konzentrik, die Muskulatur verkürzt sich. Obwohl die Atmung vom Vegetativum aus gesteuert wird, kann man diese willentlich beeinflussen. Werden Atemzüge bewusst durchgeführt, so steigert dies die Wahrnehmung des eigenen Körpers (Tanzberger et al., 2009).

Der Beckenboden stellt eine Einheit dar, dennoch können einzelne Strukturen Schuld für Dysfunktionen des Beckenbodens sein. Vieler dieser Strukturen führen zum Beispiel entweder zu einer Harn- oder zu einer Stuhlinkontinenz, manche Strukturen wie der Musculus levator ani oder die Nerven des Beckens können alle Aspekte des Beckenbodens beeinflussen (DeLancey, Kane Low, Miller, Patel & Tumbarello, 2008).

2.2.3 Dysfunktionen des Beckenbodens

Die Problematik von Beckenbodendysfunktionen liegt entweder in einer Hypotonie der Muskulatur oder in einer Hypertonie der Muskulatur (von der Heide, 2008). Bei hyperaktiver Beckenbodenmuskulatur ist eine Selbstentspannung wichtig (Carrière, 2012), bei hypotoner Muskulatur hat die Tonisierung Vorrang.

Unter Dysfunktionen des Beckenbodens fallen laut Anselm et al. (2010) Harn- oder Stuhlinkontinenz und Senkungsbeschwerden wie eine Zystozele (Vorwölbung der Harnblase in die anteriore Scheidenwand), eine Hysterozele (tiefer treten der Gebärmutter in die

Scheide), Rektozele (rektale Protrusion im Normalfall in Richtung Vagina) und der rektale Prolaps (Teile des Mastdarms treten aus dem After hervor). Zu ergänzen sind diese Dysfunktionen laut Fürst et al. (2000) durch Enterozele, Descensus perinei, Beckenbodenhernien und die rektoanale Dyssynergie.

Uhl (2006) beschreibt eine pauschale Einteilung bei Descensus in Grad I (Senkung bis vor den Scheideneingang), Grad II (Senkung bis zum Scheideneingang) und Grad III (Prolaps, Austritt aus dem Scheideneingang). Die Zystozele wird in einen zentralen und lateralen Defekt unterteilt.

Die auftretenden Beschwerden bei Senkungen sind abhängig vom Schweregrad. Bei einer Hysterozele ist für Frauen ein Gefühl von Druck nach unten typisch, vor allem bei einem Austritt aus der Scheide wird ein Gefühl eines Fremdkörpers beschrieben. Der Zug auf die Ligamente, an welchen die Gebärmutter befestigt ist, kann zu Schmerzen im Kreuzbeinbereich führen. Druckulzera, Blutungen und wiederkehrende Infektionen können die Folge sein. Durch das tiefer Treten der Gebärmutter kann Druck auf die Harnröhre ausgeübt werden, so dass es zur unvollständigen oder erschwerten Entleerung der Harnblase kommen kann. Die Entleerung des Darmes kann ebenso durch eine Senkung beeinflusst sein (Skibbe & Löseke, 2013).

Eine Rektozele Grad I bezeichnet die Aussackung der Scheide, Grad II Aussackung der Rektovaginalwand hin zum Scheideneingang und Grad III Aussackung bis caudal des Scheideneingangs. Während gering ausgeprägte Rektozelen oft symptomlos verweilen, können größere Rektozelen für Darmentleerungsstörungen sorgen, so dass keine komplette Entleerung oder eine Entleerung nur mit manuellen Manövern, wie zum Beispiel Ausübung von Druck über die Scheide, möglich ist. Bei einem inneren Rektumprolaps stülpt sich der Mastdarm ein, Schmerzen in diesem Bereich, schleimiger oder blutiger Ausfluss oder Störungen der Stuhlausscheidung sind damit verbunden. Der rektale Prolaps oder bezeichnet den Vorfall aller Rektumschichten nach außen (Fürst et al., 2000).

Unter Enterozele versteht man das tiefer Treten des Bauchfells mit meist Schlingen des Dünndarms zwischen der Vorderwand des Rektums und der Scheide, also im Douglas-Raum. Durch den dadurch entstehenden Druck auf den Mastdarm kann es zu Störungen der Darm- oder Blasenentleerung kommen (Fürst et al., 2000).

Fürst et al. (2000) beschreiben den Descensus perinei und gliedern diesen in zwei Typen, einerseits in einen im Ruhestand abgesunkenen Beckenboden und andererseits ein pathologisch gesenkter Beckenboden bei erhöhtem abdominalem Druck. Ursächlich ist dafür

eine Neuropathie des Nervus pudendus, die zur Atrophie der Beckenbodenmuskulatur führt und in weiterer Folge Inkontinenz, sowohl Stuhl- als auch Harninkontinenz, begünstigt.

Eine seltene Dysfunktion des Beckenbodens stellen Beckenbodenhernien, welche Lücken in Muskulatur oder Faszien sind, dar. Reduzierte Funktionsfähigkeit der Schnüermuskulatur, also der Sphinkter, kann zu Symptomen führen (Fürst et al., 2000).

Eine weitere Dysfunktion stellt die rektoanale Dyssynergie dar, wobei es zu einer paradoxen Kontraktion des Beckenbodens, vor allem des Musculus sphincter ani externus, oder einer ausbleibenden Relaxation des inneren analen Sphinkters kommt (Fürst et al., 2000). Sowohl der innere anale Sphinkter als auch der äußere können, zum Beispiel aufgrund eines Traumas bei einer vaginalen Entbindung, in ihrer Kontinuität unterbrochen und dadurch in ihrer Funktion beeinträchtigt sein (Pucciani et al., 2012).

Harn- oder Stuhlinkontinenz sind oft eine Folge von den oben beschriebenen Beckenbodendysfunktionen und werden von Betroffenen als lebensqualitätsminderndes Symptom erlebt (Sliker-ten Hove et al., 2010). Die Ursache sollte stets identifiziert werden um ein möglichst effektives therapeutisches Vorgehen zu implementieren.

2.3 Inkontinenz

„Urinary incontinence is a storage symptom and defined as the complaint of any involuntary loss of urine (Abrams et al., 2013, S. 1897).“

Diese Definition von Harninkontinenz beinhaltet das Problem der Speicherung des Harns in der Harnblase und den unwillkürlichen Verlust des Harns jeglicher Art.

„Stuhlinkontinenz bedeutet die fehlende Fähigkeit einer willkürlich kontrollierten Darmentleerung (Fürst et al., 2000, S. 449).“

Die Stuhlinkontinenz kann durch den ungewollten Verlust von Winden oder Stuhl von unterschiedlicher Konsistenz gekennzeichnet sein, auch die Häufigkeit der inkontinenten Episoden variieren von monatlich bis täglich. Prävalenzzahlen sind daher kritisch zu betrachten, da es auf die genaue Definition von Inkontinenz ankommt (Roche et al., 2002).

2.3.1 Harninkontinenz

Die Harnblase hat zwei Funktionen, nämlich einerseits Urin zu speichern und andererseits Urin auszuscheiden. Beide Aufgaben werden durch ein Zusammenspiel von Blase, Harnröhre und Beckenboden koordiniert und durch die Nervensysteme Parasympathicus (Nervus pelvicus), Sympathicus (Plexus Hypogastricus) und durch das somatische Nervensystem (Nervus pudendus) gesteuert (Enzelsberger, 2011).

Bei einer Harninkontinenz ist eine Unterscheidung der Inkontinenzart essentiell, um geeignete Therapiemaßnahmen in die Wege leiten zu können (Enzelsberger, 2011).

Die Dranginkontinenz, kennzeichnet sich durch imperativen Harndrang, erhöhte Miktionsfrequenz oder auch Pollakisurie, also öfter als acht Mal am Tag, sowie Nykturie (Beutel et al., 2005). Diese Problematik kann zu Schlafstörungen, Depressionen oder auch zu Stürzen bei älteren Personen am Weg zur Toilette führen. Ursächlich können degenerative Veränderungen der Detrusormuskulatur der Blase, wobei die Kapazität der Blase durch verringerte Elastizität herabgesetzt ist, oder Medikamente, die eine Hyperaktivität der Blase begünstigen, sein. Der erste Harndrang tritt bei 150 bis 250 ml Blasenfüllung auf, von einem imperativen Harndrang wird bei einer Blasenfüllung von 350 bis 450 ml gesprochen (Enzelsberger, 2011). Der englische Begriff overactive bladder (OAB) bezeichnet eine Drangproblematik, welche mit oder ohne unwillkürlichen Harnverlust auftreten kann, und normalerweise mit häufigen Toilettenbesuchen und Nykturie auftritt (SIGN, 2004).

Von einer Stressinkontinenz beziehungsweise einer Belastungsinkontinenz ist die Rede, wenn der unwillkürliche Harnverlust bei körperlicher Anstrengung wie Husten, Niesen, Lachen, schwerem Heben (Grad I), Aufstehen, Gehen (Grad II) oder bereits im Liegen (Grad III) auftritt. Bei dieser Inkontinenzform ist der Verschlussmechanismus der Harnröhre insuffizient (Enzelsberger, 2011; Beutel et al., 2005).

Eine Kombination der beiden oben beschriebenen Inkontinenzformen Stressharn- und Drangharninkontinenz, also eine Mischharninkontinenz, ist ebenso möglich (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2006). Andere Inkontinenzformen, wie extraurethrale Inkontinenz bei Fistelbildung oder Inkontinenz bei Überlaufblase treten deutlich seltener auf (Enzelsberger, 2011). Die funktionelle Inkontinenz tritt auf, wenn die Beweglichkeit einer Person eingeschränkt ist, aufgrund physischer Gegebenheiten oder externen Faktoren, zum Beispiel Weg oder Entfernung der Toilette, wird eine Toilette nicht rechtzeitig erreicht. Bei einer funktionellen Inkontinenz ist es essentiell, die Umwelt für die

betroffene Person durch Hilfsmittel oder Adaptierung der Kleidung umzugestalten (Dorey, 2012).

2.3.2 Stuhlinkontinenz

Die Ursache der Stuhlinkontinenz ist multifaktoriell und kann im traumatischen, neurologischen, angeborenen oder iatrogenen Bereich liegen. Am häufigsten führen Geburtstrauma, durchgeführte anorektale Operationen mit Komplikationen oder Bestrahlungen des Beckens zu Stuhlinkontinenz. Die Symptome können von der Stärke her stark variieren und ebenso variationsreich sind die therapeutischen Maßnahmen. Patientinnen und Patienten klagen über unwillkürlichen Verlust von Winden, flüssigem und/oder festem Stuhl (Hayden & Weiss, 2011).

Die ursächliche Problematik, die eine Stuhlinkontinenz bedingt, kann sensorisch (fehlendes Spüren in der Analregion), muskulär (Insuffizienz der Muskulatur oder Defekt des Sphinkters), neurogen (zentrale oder periphere Läsion), funktionell (Abusus von Laxanzien, Überlaufproblematik), idiopathisch oder aufgrund einer Störung der Reservoirfunktion nach Operationen von Tumoren oder bei chronischen Erkrankungen des Darmes sein (Probst et al., 2010).

Die Kontinenz wird durch ein Zusammenspiel von motorischen, somatosensiblen und autonomen Nerven ermöglicht. Da Stuhlinkontinenz ein Symptom einer komplexen Störung des Beckenbodens sein kann, ist eine ausführliche Diagnostik ratsam (Fürst et al., 2000).

Der Musculus puborektalis ist zuständig für einen kontinenzhaltenden anorektalen Winkels. Nur bei vollkommener Relaxation dieses Muskels kann der Darm vollständig entleert werden. Der innere anale Schnüermuskel, welcher ein glatter Muskel ist, ist durch seinen Tonus für die Kontinenz in Ruhe essentiell. Der äußere anale Schnüermuskel unterstützt den inneren durch eine Druckzunahme des Afters (van der Horst, Herzog & Jünemann, 2006).

Eine Zusammenfassung von den Bereichen der möglichen Störungen, den Mechanismen und dazugehörigen Beispielen einer Stuhlinkontinenz findet sich in der folgenden Tabelle:

Mechanismen und Ursachen der fäkalen Inkontinenz

Lokalisation der Störung	Mechanismus	Beispiel
Kolorektal	Reservoirverlust, rektoanaler Inhibitionsreflex	Resektion des Rektums, Stuhlimpaktion
Myogen	Defekt, Überdehnung	Geburtstrauma, Fisteloperationen, Rektumprolaps
Neurogen	Störung der Motorik und/oder Sensorik	Querschnittsläsion, Dehnungsschaden, Diabetes mellitus, Verlust von Anoderm, Rektumprolaps

Tabelle 1: Müller-Lissner, 2000, S. 34

2.3.3 Risikofaktoren und Prophylaxe von Inkontinenz

In der Literatur werden endogene und exogene Risikofaktoren für Inkontinenz beschrieben. Zu den endogenen Risikofaktoren für Harninkontinenz zählen laut Enzelsberger (2011) erhöhtes Körpergewicht, Alter über 50 Jahre, chronische Bronchitis oder Husten, spezielle Medikamente und Geburten, insbesondere zwei oder mehr vaginale Geburten, Oxytocinmedikation, Dammschnitt, verzögerte Austreibungsphase, Forzepsentbindung und ein Kindsgewicht von über vier Kilogramm. Madersbacher (2000) führt unter Inkontinenz verursachende Medikamente Psychopharmaka, Schleifendiuretika und Alpha-Rezeptorenblocker an. Ein spezifischer Fokus wird von diesem Autor auf den Zusammenhang von Geburten und nachfolgend auftretender Belastungsinkontinenz gelegt. Hierbei haben Frauen nach vaginaler Geburt ein höheres Risiko, von Inkontinenz betroffen zu sein als Frauen, bei denen die Entbindung per Kaiserschnitt durchgeführt wurde. Insgesamt geben ein Viertel der Erstgebärenden, egal ob vaginale Geburt oder Sectio, ein halbes Jahr nach der Geburt Inkontinenzsymptome an (Enzelsberger, 2011). MacArthur, Glazener, Lancashire, Herbison & Wilson (2011) beschreiben, dass Frauen mit nur vaginalen Entbindungen oder vaginaler Entbindung und Kaiserschnitt eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, eine Harninkontinenz zu entwickeln, als Frauen, welche nur per Kaiserschnitt entbunden haben. Zu beachten gilt jedoch, dass trotz alleiniger Sectio eine Harninkontinenz auftreten kann, was darauf zurück zu führen ist, dass eine Schwangerschaft an sich Inkontinenz begünstigen kann.

Exogene Risikofaktoren für die Harninkontinenz sind laut Enzelsberger (2011) schwere körperliche Arbeit und Arbeitsplatzbedingungen, wie zum Beispiel Kälte und Fließbandarbeit. Die Entstehung von Harninkontinenz ist multifaktoriell zu sehen, zusätzlich zu den bereits beschriebenen Risikofaktoren sind Schwächen des Bindegewebes nach neuronalen oder muskulären Beckenbodenschädigungen Inkontinenz fördernd. Außerdem gilt es zu beachten, dass mit dem Alter die Anzahl intakter quergestreifter Muskelfasern abnimmt (Madersbacher, 2003).

Zu den endogenen Risikofaktoren für Stuhlinkontinenz zählen laut Anselem et al. (2010) vor allem Obstipation und Geburtstraumata. Unter Obstipation ist Anstrengung und Empfindung von Verstopfung, digitale Fazilitation der Defäkation, Gefühl der unvollständigen Entleerung des Mastdarms, Phasen von hartem Stuhl, weniger als drei Defäkationen in der Woche und die regelmäßige Verwendung von Abführmitteln, Einläufen oder Zäpfchen zu verstehen. Zu Geburtstraumata gehören Geburtsgewicht des Neugeborenen von über 3500 Gramm, Geburtsverlauf mit Komplikationen, wie zum Beispiel Zangengeburt, Episiotomie oder Schädigung des Nervus pudendus (Hayden & Weiss, 2011) und drei oder mehr Geburten, wobei das Geburtsgewicht jeweils über 2500 Gramm lag (Anselem et al., 2010). Roche et al. (2002) hingegen sehen das Geburtsgewicht als keinen begünstigend Faktor eine Stuhlinkontinenz zu entwickeln. MacArthur et al. (2011) geben in ihrer Studie an, dass die vergangenen Geburtsmodi bei Stuhlinkontinenz keine Rolle spielen.

Hayden & Weiss (2011) erweitern die endogenen Risikofaktoren von Stuhlinkontinenz durch neurologische (Multiple Sklerose, Rückenmarksschädigungen wie zum Beispiel Spina bifida oder Meningomyelozele), Diabetes mellitus, angeborene Dysfunktionen, anorektale Anomalitäten, ano- und colorektale Erkrankungen, Rektumprolaps, große Hämorrhiden, Infektionen, Krebsleiden, fortgeschrittenes Alter und Demenz. Zu den exogenen Riskofaktoren zählen sexueller Missbrauch, iatrogene (Operationen in der anorektalen Region, Strahlentherapie des Beckens), und der ständige Einsatz von Abführmitteln (Hayden & Weiss, 2011).

Enzelsberger (2011) plädiert für eine Sensibilisierung des weiblichen Geschlechts für wiederkehrende Infekte des Harnwegs, Inkontinenzsymptome nach Geburten und Nykturie, so dass möglichst rasch adäquate Diagnostik und therapeutische Maßnahmen angewandt werden können.

„Eine Prophylaxe der weiblichen Harninkontinenz kann und soll daher in jedem Lebensalter durchgeführt werden (Enzelsberger, 2011, S.44).“

Aufklärung ist der erste Schritt in der Prävention von Inkontinenz. Idealerweise sollten bereits Kinder und Jugendliche über Risikofaktoren, anatomische Aspekte des Beckenbodens und Funktion der Ausscheidungsorgane informiert werden und die Wahrnehmung, Aktivierung und Entspannung des Beckenbodens vermittelt werden (Tanzberger et al., 2009). Skibbe und Löseke (2013) beschreiben, dass Beckenbodentraining sowohl nach der Geburt als auch nach erfolgten Senkungsoperationen prophylaktisch durchgeführt werden sollen. Als weitere Prophylaxe gilt es, Obstipation zu vermeiden, beziehungsweise zu behandeln (Anselem et al., 2010).

2.3.4 Diagnostik und Assessment von Inkontinenz

Diagnostik und Assessment von Harninkontinenz und von Stuhlinkontinenz haben sowohl Gemeinsamkeiten als auch für die jeweilige Inkontinenzform spezifische Merkmale.

2.3.4.1 Harninkontinenz

Laut Enzelsberger (2011) wenden sich lediglich fünf bis zehn Prozent der Frauen mit Harninkontinenz an eine Ärztin oder einen Arzt.

„Eine wichtige Aufgabe muss es daher sein, das Problembewusstsein für die Inkontinenz bei den betroffenen Frauen, aber auch bei den Ärzten zu heben (Enzelsberger, 2011, S. 36).“

Nur durch Thematisierung von Inkontinenzproblemen kann eine adäquate Diagnostik durchgeführt werden und therapeutische Maßnahmen zielgerichtet eingesetzt werden.

Goepel et al. (2010) plädieren für eine den oder die Betroffenen individuell gestaltete und in erster Linie nicht invasive Diagnostik zur Abklärung der Inkontinenzform.

Die Basisdiagnostik gliedert sich in Anamnese und klinische Untersuchung. In der Anamnese sollen Daten zur Kontinenzsituation gesammelt werden: Beschreibung der Inkontinenzsequenzen (Art, Dauer, Häufigkeit), eventuelle vorangegangene Therapiemaßnahmen inklusive Operationen, Parität, Partizipation, Mobilität und Kognition, andere Erkrankungen, Medikamenteneinnahme und Stuhlgangs- und Sexualanamnese. Ein Miktionsprotokoll soll von den Betroffenen geführt werden, um die Häufigkeit der Miktionen, die Harnmenge, die Anzahl der verwendeten Inkontinenzprodukte und die zu sich genommene Trinkmenge festzuhalten. Die Erhebung des Leidendrucks, den die Betroffenen

verspüren, soll ebenfalls vorgenommen werden (Enzelsberger, 2011). Statt dem Miktionsprotokoll wird auch ein Blasentagebuch empfohlen. Diese sollte von den Betroffenen für mindestens drei Tage geführt werden und Variationen ihrer üblichen Aktivitäten, also zum Beispiel Arbeitstage und Ruhezeiten, abdecken. Diese Blasentagebücher sind eine reliable Methode zur Quantifizierung der Frequenz von Blasenentleerungen und inkontinenten Episoden (NICE, 2006; SIGN, 2004).

Zur klinischen beziehungsweise gynäkologischen Untersuchung gehören Inspektion und Palpation von Beckenboden und Beckenbereich, ein Hustentest, wobei wird bei gefüllter Blase in eventuell verschiedenen Ausgangspositionen gehustet, zur Identifizierung einer Stressinkontinenz, ein neuro-urologischer Status, eine Sensibilitätsprüfung der Segmente S 2 bis S 4, ein Harnstreifentest zur Differentialdiagnose und eine Bestimmung des Restharns über Ultraschall oder mit einem Einmalkatheter. Eine Restharnmenge gilt ab mehr als 100 ml als auffällig (Enzelsberger, 2011).

Bei einer vaginalen oder analen Untersuchung kann die Kraft der Beckenbodenmuskulatur bestimmt werden. Eine Palpation des Beckenbodens wird auch empfohlen, bevor mit einem Beckenbodentraining unter Supervision begonnen wird, wobei hier ein niedriges Evidenzlevel vorliegt (NICE, 2006; SIGN, 2004). Hierzu wird zum Beispiel das modifizierte Oxford-Grading nach Joe Laycok angewandt:

0	Keine Kontraktion
1	Leichte, kaum spürbare Kontraktion
2	Schwache, gut spürbare Kontraktion
3	Mittlere Kraft - es kommt zur Elevation des Beckenbodens
4	Kontraktion gegen leichten Widerstand
5	Kontraktion gegen kräftigen Widerstand

Tabelle 2: Pulker, 2005, S. 18

Eine Möglichkeit, um Restharn zu vermeiden, ist etwa eine viertel Stunde nach der Entleerung der Blase, diese erneut zu entleeren versuchen. Liegt die Menge des Restharns unter der Hälfte der Kapazität der Blase, so kann dies toleriert werden. Da die Blase durchschnittlich etwa 500 ml fasst, entspricht dies daher etwa 250 ml. Enzelsberger (2011) spricht dazu im Vergleich schon ab 100 ml von einer auffälligen Menge Restharn. Daher scheint die Grenze von pathologischem und unauffälligem Restharn unscharf. Eine

weiterführende medizinische Behandlung bei Restharnproblematik ist jedenfalls indiziert (Madersbacher, 2000).

Falls die oben beschriebene Basisdiagnostik die Inkontinenzsituation der Betroffenen nicht ausreichend darstellen kann, ist weiterführende Diagnostik wie urodynamische Untersuchungen, Blasenspiegelung oder weitere sonographische Untersuchungen sinnvoll (Enzelsberger, 2011). Ein urodynamisches Assessment ist bei Initiierung einer konservativen Therapie nicht notwendig, da es das Outcome der konservativen Therapie nicht beeinflusst (SIGN, 2004). Goepel et al. (2010) plädieren vor allem bei älteren Personen in erster Linie auf nichtinvasive Untersuchungen und nur nach Notwendigkeit die Anwendung von Uroflowmetrie, Ultraschall des Harntrakts, des Dammes oder des Scheideneingangs, Urethrozystoskopie, gynäkologische oder urodynamische Untersuchungen.

Beim Pad-Test wird die Menge des unwillkürlichen Harnverlustes über eine gewisse Zeit durch das zugenommene Gewicht der Vorlage im Vergleich zum Ausgangsgewicht gemessen. Dies kann eine Auskunft über den Schweregrad der Inkontinenz geben. Diese Tests variieren von einer kurzen Form (eine Stunde) bis zu 24 oder 48 Studentests (Haylen et al., 2010). Das National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) ist der Ansicht, dass der Pad – Test nicht zu den Routineuntersuchungen gehört.

In der folgenden Tabelle ist das pflegerische Assessment bei Harninkontinenz zusammengefasst:

Anamnese	Körpergewicht und BMI (Body Mass Index) Auffälligkeiten im Genitalbereich Medikamente Symptome Psychosoziale Auswirkung Einschätzung körperlicher und geistiger Fähigkeiten
Ausschluss einer Harnwegsinfektion	
Bestimmung des Restharns	
Miktionsprotokoll	Über eine Dauer von drei bis fünf Tage
24-h-Vorlagengewichtstest	
Erstellung eines Kontinenzprofils	

Tabelle. 3: Schmidt, 2012, S. 91

Die Kontinenzprofile werden in Kapitel 2.3.5 näher beschrieben.

2.3.4.2 Stuhlinkontinenz

Auch bei der Diagnostik der Stuhlinkontinenz steht eine Anamnese am Anfang der Untersuchung zur Erfassung von Frequenz, Beschaffenheit des Stuhls, Essen, eventuelle Operationen in der Vergangenheit oder Krankheiten, Geburten und Geburtsverlauf und gebräuchliche Inkontinenzversorgung (Fürst et al., 2000). Die in der Anamnese gewonnenen Informationen rufen bereits die ersten Hypothesen für die Ursache der Stuhlinkontinenz hervor, so kann unwillkürlicher Stuhlverlust auf sensorische Defizite oder einen Defekt des internen Sphinktermuskels hinweisen, eine Drangproblematik auf einen geschwächten externen Sphinktermuskels. Spezifische Fragen bezüglich vergangener operativer Eingriffe oder bereits durchgeführter therapeutischer Maßnahmen, die das Becken betreffen, sollten in einer Anamnese auf alle Fälle gestellt werden. Eine objektive Einschätzung der Schwere der Inkontinenz kann durch Kontinenzscores erfolgen. Diese Scores dienen auch zur Evaluation der Therapie (Probst et al., 2010). Ein Score, welchen man immer wieder in der Literatur findet, ist der „Fecal Incontinence Severity Index (FISI) Score“ (Pucciani et al., 2012). Ebenso findet sich in der Literatur der „Wexner-Score“. Mit dem Wexner-Score ist eine rasche Einschätzung des Schweregrades der Stuhlinkontinenz möglich. Erfragt wird die Häufigkeit von inkontinenten Episoden (nie-selten-manchmal-meistens-immer) im Bezug auf die Konsistenz des Stuhls (fest oder flüssig), der unwillkürliche Abgang von Winden, die Verwendung von Einlagen und die soziale Beeinträchtigung (Pulker, 2005).

Wexner-Score (0 = perfekt, 20 = vollständig inkontinent)

Qualität	Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
Fest	0	1	2	3	4
Flüssig	0	1	2	3	4
Wind	0	1	2	3	4
Einlagen	0	1	2	3	4
Soziale Beeinträchtigung	0	1	2	3	4

Tabelle 4: Pulker, 2005, S. 18

Die klinische Untersuchung umfasst Inspektion der Beckenbodenregion, Palpation des Rektums und nach Notwendigkeit apparative Untersuchungsmethoden wie Rektoskopie, Proktoskopie, Manometrie, Ultraschalluntersuchungen, Defäkographie oder Elektromyographie zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus pudendus

(Fürst et al., 2000). Bei der rektalen Untersuchung durch Palpation kann im Ruhezustand der interne Analsphinkter, bei Aktivierung der Beckenbodenmuskulatur die Puborektalschlinge und der externe Analsphinkter beurteilt werden (Probst et al., 2010). Auch hier wird die Kraft der Beckenbodenmuskulatur, wie bei Symptomen der Harninkontinenz, mittels modifiziertem Oxford - Grading bestimmt (Pulker, 2005).

Eine weiterführende neurologische Untersuchung kann je nach Fragestellung sinnvoll sein (Fürst et al., 2000). Differentialdiagnostisch sollten Tumore, Senkung, Prolaps oder auch Fissuren ausgeschlossen werden (Probst et al., 2010).

Ist eine Inkontinenz diagnostiziert, so darf das Assessment nicht nur auf den medizinischen Aspekt, sondern muss auch auf den psychosozialen Aspekt fokussieren. Hierfür soll eine gezielte Befragung der Patientin oder des Patienten über die gemachten Erfahrungen im Bezug auf Inkontinenz erfolgen, um herausfinden zu können wie sich das tägliche Leben der Person gestaltet, zum Beispiel ob sie alleine lebt oder eine Partnerschaft leidet. Basierend auf den gewonnenen Informationen soll das Unterstützungsprogramm individuell zusammengestellt werden, an der Umwelt der Person orientiert und den vorhandenen Ressourcen angepasst werden (Hayder & Schnepf, 2010).

Ein bekannter Fragebogen, welcher sowohl in der Praxis als auch in der Forschung angewandt wird, ist der ICIQ (International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire). Dieser Fragebogen, der bereits ins Deutsche übersetzt wurde, wird nach Bedarf aus verschiedenen Modulen zusammengestellt. So wird zum Beispiel der ICIQ-UI Short Form bei Harninkontinenz empfohlen. Dieser besteht aus den folgenden vier Items: Frequenz der Harninkontinenz, Menge des Harnverlusts, Einfluss der Harninkontinenz auf den Alltag und ein Item zur Selbstdiagnose, also wann der Harnverlust auftritt. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert nur wenige Minuten. Zu diesem Fragebogen kann dann ein Modul, zum Beispiel das ICIQ-UIqol-Modul, welches sich mit der Lebensqualität beschäftigt, hinzugefügt werden. Der ICIQ-BS ist ein Fragebogen bei Stuhlinkontinenz. Dieser wird aber als noch nicht finalisiert bezeichnet (Abrams et al., 2013; Cotterill, 2013).

2.3.5 Kontinenzprofile

Die Kontinenzprofile wurden vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt, um pflegerische Praxis durch ein realistisches und wenig aufwendiges Assessment für die Situation der Kontinenz von Patientinnen und Patienten zu bereichern.

Die Kontinenzprofile werden im Rahmen des Assessments angewandt, um die individuelle Situation einer Person mit Harninkontinenz zu beschreiben. Diese Profile zeigen sich über den gesamten pflegerischen Prozess als sinnvoll, da sie die Kontinenzsituation, die Unabhängigkeit und das Verwenden von Ressourcen beinhalten. Die Einschätzung der Patientinnen und Patienten mittels der Profile unterstützt die Planung der therapeutischen Maßnahmen. Ergebnisse und Veränderungen bezogen auf die Kontinenzsituation werden erkenntlich gemacht. Die Profile bilden die Basis für eine einheitliche Sprache im Themengebiet Harninkontinenz. Das angestrebte Kontinenzprofil sollte stets realistisch sein, nicht immer kann das Ziel Kontinenz erreicht werden. Die Kontinenzprofile haben sich bereits im Praxisalltag bewährt und werden zur Anwendung empfohlen (DNQP, 2007).

Die psychometrische Qualität dieser Klassifikation Bedarf noch an weiterer Forschung (Schmitz, Hayder, Braumann, Müller & Saxer, 2010). Die Entwicklung von Kontinenzprofile, welche bei Stuhlinkontinenz angewandt werden können, wäre erstrebenswert.

Die entwickelnden Kontinenzprofile bestehen aus sechs verschiedenen Profilen, von Kontinenz bis nicht kompensierte Inkontinenz. Zu beachten ist, dass sich das Kontinenzprofil tagsüber und nachts über unterscheiden kann (Schmidt, 2012).

Profil	Charakteristika	Beispiel
Kontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Kein unwillkürlicher Harnverlust • Keine Unterstützung durch andere ist nötig • Keine Hilfsmittel 	
Unabhängig erreichte Kontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Kein unwillkürlicher Harnverlust • Keine Unterstützung durch andere nötig • Unabhängige Durchführung von Maßnahmen 	Personen haben keinen unwillkürlichen Harnverlust solange sie selbständig Hilfsmittel (z. B. Urinale) verwenden, intermittierende Selbstkatheterisierung oder Verhaltensmaßnahmen wie Blasentraining durchführen.
Abhängig erreichte Kontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Kein unwillkürlicher Harnverlust • Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen ist 	Personen erhalten personelle Unterstützung im Bezug auf ihre Ausscheidung (Toiletten-, Verhaltenstraining,

	nötig	intermittierende Katheterisierung).
Unabhängig kompensierte Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Unwillkürlicher Harnverlust • Keine Unterstützung durch andere bei Verwendung von Hilfsmittel erforderlich 	Der unwillkürliche Harnverlust ist selbständig durch Verwendung von Hilfsmitteln kompensiert (z.B. Vorlagen).
Abhängig kompensierte Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Unwillkürlicher Harnverlust • Unterstützung durch andere bei Verwendung von Hilfsmittel ist nötig 	Strategien zur Kompensation der Inkontinenz werden von einer anderen Person durchgeführt.
Nicht kompensierte Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Unwillkürlicher Harnverlust • Unterstützung durch andere oder Möglichkeiten zur Kompensation werden nicht verwendet 	Inkontinente (mit / ohne kognitive Beeinträchtigung), welche ihr Problem nicht besprechen wollen und Unterstützung oder Hilfsmittel ablehnen

Tabelle 5: nach DNQP, 2007

2.3.6 Therapie bei Inkontinenz

Ein Therapiekonzept sollte für von Inkontinenz betroffene Personen multidisziplinär (Roche et al., 2002) und individuell erstellt werden, von diesen verstanden und angenommen werden (Enzelsberger, 2011; NICE, 2006). Dies bedeutet, dass Mobilitätsgrad, Motivation und kognitive Ressourcen der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen sind (Goepel et al., 2010) und eine Verbesserung der Lebensqualität durch die Therapie realistisch eingeschätzt werden soll (Jünemann, 2002).

Beckenbodentraining und Medikamente wie Antimuskarinika bei einer Überaktivität der Harnblase, Alpha - Rezeptorenblocker bei benigner Prostatahyperplasie oder Serotonin – und Noradrenalin – Wiederaufnahmehemmer bei Stressinkontinenz, sowie Verhaltensregeln (Blasenmanagement, Aufschubstrategien, Entspannungstechniken) werden von Goepel et al. (2010) als erste Therapiemaßnahmen, vor allem für ältere Personen, beschrieben. Jünemann (2002) plädiert sogar in erster Linie nicht medikamentöse, konservative Therapiemaßnahmen vor allem bei älterem Klientel einzusetzen. Frauen mit einem Body Mass Index (BMI) über 30 sollten motiviert werden, ihr Gewicht zu verringern (NICE, 2006). Minimalinvasive Operationen werden je nach Gesamtsituation der Patientin oder des Patienten angewandt.

Die Anwendung von Dauerkathetern wird nur bei unwillkürlichem Harnverlust in Kombination mit nicht durch Therapie beeinflussbarer Blasenentleerungsstörung empfohlen, also zum Beispiel größere Mengen von Restharn. Vor allem bei gleichzeitig vorhandener Stuhlinkontinenz ist ein suprapubischer Katheter einem transurethralen Katheter vorzuziehen, um Infektionen vorzubeugen und die Harnröhre zu schonen (Madersbacher, 2000).

Aktive therapeutische Maßnahmen werden als ökonomischer als die Hilfsmittelversorgung gesehen und sind auf längere Zeit gesehen kostengünstiger (Madersbacher, 2000).

Bei Drangsymptomatik sind die konservativen Therapiemaßnahmen wie Verhaltens-, Toiletten- und Beckenbodentraining sowie medikamentöse Therapie in erster Linie operativen Eingriffen wie Injektionen von Botulinumtoxin in den Detrusor, sakrale Neuromodulation oder eine Augmentation der Blase sowie eine Veränderung der Ableitung des Urins vorzuziehen (Enzelsberger, 2011). Unter Verhaltenstraining fällt das Blasentraining, bei dem das Ziel ist, das Fassungsvermögen der Harnblase zu steigern (DNQP, 2007). Weitere Ziele sind, bei einer täglichen Flüssigkeitseinfuhr von etwa zwei Litern physiologischerweise vier bis sieben Miktionen untertags und bei unter 70-jährigen eine Miktion nachts zu erreichen und Drangsymptomatik und Anzahl der Inkontinenzepisoden zu reduzieren. Bei über 70-jährigen werden bis zu zwei Miktionen nachts als unauffällig gesehen. Die Ziele werden durch Anpassung des Trinkverhaltens, Konditionierung der Blase sich zur passenden Gelegenheiten am passenden Ort, nämlich der Toilette, zu entleeren und durch gezielte Kontraktionsübungen der Beckenbodenmuskulatur erreicht. Die Wahrnehmung dieser Körperregion ist Voraussetzung um eine Verbesserung von Kraft und Ausdauer der Beckenbodenmuskeln erzielen zu können. (Enzelsberger, 2011).

In der Literatur wird beschrieben, dass Anticholinergika etwa 60 bis 70% der Patientinnen helfen, jedoch ist die Drop-out-Rate hierbei hoch, da häufig Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Obstipation, Tachykardie oder Übelkeit auftreten. Als alternatives Medikament werden vor allem bei geriatrischen Personen auch tryzyklische Antidepressiva eingesetzt. Eine lokal angewendete Therapie mit Östrogen kann bei Drangsymptomatik durch Vermehrung von Epithelien im urogenitalen Bereich und Verbesserung des Turgors des Gewebes zur Besserung der Kontinenzsituation führen. Die Evidenzen von alternativen Heilmethoden wie die Anwendung verschiedener Tees oder Akupunkturbehandlungen sind noch mangelhaft. Wenn durch die bisher genannten Maßnahmen kein Therapieerfolg erzielt werden kann, so kann auch Botulinomtoxin in den Detrusor injiziert werden. Als letzte Möglichkeiten bestehen eine Augmentation der Harnblase oder eine alternative Ableitung des Harns (Enzelsberger, 2011).

Auch bei der Stressharninkontinenz werden in erster Linie konservative Therapiemaßnahmen empfohlen, wenn kein ausgeprägter Vorfall eines Organs vorhanden ist.

Eine Gewichtsreduktion bei Frauen mit Übergewicht sollte angestrebt werden. Die Kräftigung der Beckenbodenmuskeln und das Wiedererlernen des automatischen Reflexes zur Kontraktion unmittelbar vor einer körperlichen Belastung sind zwei wichtige Ziele in der Physiotherapie. Die vaginale Elektrotherapie wird vor allem bei Frauen angewandt, welche Schwierigkeiten haben, gezielt die Beckenbodenmuskeln zu aktivieren. Das in der Scheide Halten von verschiedenen schweren Vaginalkonen kann auch als therapeutische Maßnahme durchgeführt werden. Mittels Inkontinenztampons oder Pessaren kann die vordere Scheidenwand angehoben werden, sodass die Harnblase unterstützt wird. Diese intravaginalen Hilfsmittel werden bei geriatrischen Patientinnen oder Frauen mit noch ausständigem Kinderwunsch eingesetzt (Enzelsberger, 2011). Die medikamentöse Therapie bei Stressinkontinenz wird kontrovers betrachtet. Östrogenpräparate bei leichter Form und Serotonin – Noradrenalin - Wiederaufnahmehemmer werden laut Gätje, Siebzehrübl, von Minckwitz und Kuhl (2013) angewandt.

Wenn durch die konservativen therapeutischen Maßnahmen kein oder ein zu geringer Therapieerfolg erzielt worden ist, gibt es bei Stressinkontinenz operative Behandlungsmöglichkeiten. Die vordere Scheidenplastik, welche bei Belastungsinkontinenz Grad I durchführbar ist und die Kolposuspension bewirken eine Anhebung des Blasenhal. Bei den Operationen TVT („tension free vaginal tape“) oder TOT („transobturatorisches tape“) wird ein Band locker um die Harnröhre gelegt, welches bei Belastungen wie Husten, Niesen oder Lachen den unwillkürlichen Abgang von Harn verhindert. Injektionen, welche intraurethral oder periurethral verabreicht werden, verkleinern das Volumen der Harnröhre und sind bei Rezidiven oder bei nicht vorhandener Operationsfreigabe möglich (Enzelsberger, 2011).

Hayden und Weiss (2011) beschreiben das Management von Stuhlinkontinenz als äußerst schwierig, da es zwar zahlreiche Therapiemaßnahmen gibt, diese aber oft keine Langzeiterfolge mit wenigen Komplikationen zeigen.

In manchen Fällen kann bereits eine Ernährungsumstellung zur Besserung der Symptomatik führen, denn verstärkter Kaffeekonsum, ausgiebige Zufuhr von blähenden oder ballaststoffreichen Nahrungsmitteln sowie Flüssigkeiten mit Kohlensäure begünstigen eine Stuhlinkontinenz. Ein Stuhltagebuch inklusive aufgenommener Nahrung ist ratsam, um eventuelle Unverträglichkeiten aufzudecken und Gewohnheiten zu identifizieren. Konsistenz und Frequenz des Stuhls sollen in Folge optimiert werden, um die Kontinenzsituation zu

verbessern. Das Verhalten auf der Toilette spielt bei Stuhlinkontinenz eine wichtige Rolle. Intensives Pressen soll vermieden werden. Bei unvollständiger Entleerung des Darmes können Zäpfchen (Probst et al., 2010) oder das Einnehmen einer die Defäkation begünstigende Haltung (Pulker, 2005) Abhilfe schaffen, bei einer Überlaufproblematik ist das oberste Ziel die komplette Entleerung des Darms. Hautschäden sind als Komplikation vor allem bei immobilen Personen zu vermeiden, die Reinigung, das Eincremen und der regelmäßige Wechsel von Inkontinenzeinlagen sind essentiell (Probst et al., 2010). Medikamente wie Antidiarrhoika werden bei chronischen Durchfällen eingesetzt (van der Horst, Herzog & Jünemann, 2006).

Wie bei der Harninkontinenz hat auch bei der Stuhlinkontinenz das Training der Beckenbodenmuskeln einen hohen Stellenwert. Sowohl die Wahrnehmung des Beckenbodens, die Aktivierung und Entspannung dieser Muskulatur und die Integration des Erlernten in den Alltag sind wichtige Bestandteile in der Physiotherapie. Ein Übungsprogramm, welches die Frauen zu Hause und selbständig durchführen sollen, ist notwendig, um den Transfer von der Therapiesituation in den Alltag erreichen zu können. Ergänzende Maßnahmen wie Biofeedback oder Elektrotherapie können bei Stuhlinkontinenz auch rektal angewandt werden (Probst et al., 2010).

Personen mit einer Läsion des analen Sphinkters zeigen laut Pucciani et al. (2012) nach einer multimodalen Rehabilitation ein schlechteres Outcome als jene mit intaktem Sphinkter. Diese multimodale Rehabilitation identifiziert auch die „nonresponders“, also jene die auf eine aktive, nicht invasive Therapie nicht ansprechen. Die „nonresponders“ sollten in weiterer Folge teurere und invasive Therapiemaßnahmen, wie zum Beispiel eine Operation, erhalten. Ein weiterer, essentieller Aspekt für eine erfolgreiche Therapie stellt die Mitarbeit der Patientinnen dar (Pulker, 2005).

2.3.7 Inkontinenz und Frauen

„Ein bewusster Umgang mit geschlechtsspezifischen Aspekten, die über die Beachtung anatomischer und vordergründiger physiologischer Unterschiede hinausgeht, steckt jedoch erst in den Anfängen (Niederstadt, 2008, S. 451).“

Wie aus diesem Zitat hervor geht, wird den geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Medizin immer mehr Beachtung gewidmet. Die Anatomie des Beckenbodens unterscheidet sich bei Männern und Frauen, auch die Funktionen sind, wie bereits oben beschrieben, nicht ident. Daher ist es sinnvoll, auch bei Inkontinenz frauenspezifische Merkmale darzustellen.

Frauen sind, wie bereits im Kapitel 1.1 Ausgangslage beschrieben, weitaus häufiger von Harn- und Stuhlinkontinenz betroffen als Männer. Fürst et al. (2000) beschreiben das Verhältnis von betroffenen Frauen zu betroffenen Männer mit neun zu eins, Jünemann (2002) gibt an, dass Frauen in etwa doppelt so häufig von Inkontinenz betroffen sind wie Männer. Die vermehrte Prävalenz bei Frauen ist dadurch zu erklären, dass Frauen im Vergleich zu Männern mehreren Risikofaktoren, wie bereits oben erwähnt, zum Beispiel Geburtstrauma, hohes Geburtsgewicht des Neugeborenen oder Schwangerschaften an sich, ausgesetzt sind (Hayden & Weiss, 2011; Anselm et al., 2010).

Laut Madersbacher (2003) sind bei 90% der Frauen mit Harninkontinenz Symptome einer Harnstressinkontinenz vorhanden, 40% haben eine klare Harnstressinkontinenz und 10% haben eine reine Harndranginkontinenz.

Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner, Fachärztinnen und –ärzte für Urologie und auch für Gynäkologie betreuen Frauen mit Inkontinenz. Urologinnen und Urologen werden oft als Ärztinnen und Ärzte für Männer eingeordnet und daher von weiblichen Personen eher seltener aufgesucht. Entschließen sich Frauen mit Inkontinenz mit einer Ärztin oder einem Arzt über ihre Probleme zu sprechen, so spielen die örtliche Versorgungssituation und die subjektive Einstellung zu der Thematik erhebliche Rollen, an wen sie sich wenden. Die Therapieangebote sind variationsreich, Operationen bei Inkontinenz werden bei Patientinnen oft ohne einen konservativen Therapieversuch angeboten, obwohl der voraussichtliche Langzeiterfolg solcher Operationen nicht befriedigend ist (Niederstadt, 2008).

Frauen mit Inkontinenz bevorzugen den Austausch, beziehungsweise das Gespräch über ihre Probleme, mit gleichgeschlechtlichen Personen, da diese vergleichbare Körpergefühle verspüren und ähnliche Erfahrungen gemacht haben. In erster Linie vertrauen sie sich ihren engsten Freundinnen an (Hayder & Schnepf, 2010).

2.3.8 Intimität, Scham und Tabuisierung

Die urethrale und anale Region des menschlichen Körpers sind intime Regionen und werden vor der Öffentlichkeit verborgen. Bei unwillkürlicher Blasen- oder Darmentleerung tritt Scham bei Betroffenen selbst und bei anderen Personen auf, die diese Situation mitbekommen und bio-psycho-soziale Belastungen sind die Folge. Die Scham entsteht durch den Zwiespalt Urin und/oder Stuhl nicht unter Kontrolle zu haben und der von der Gesellschaft erwünschten kontrollierten Ausscheidung von Harn und Stuhl. Das eigene Empfinden von Scham kann

durch die Scham anderer Personen, die zum Beispiel mit angewiderten Gesten oder Blicken reagieren, noch intensiviert werden (Ahnis & Knoll, 2008).

In der Studie „Subjektives Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz . eine qualitative Analyse“ von Ahnis und Knoll (2008) kam eine Kategorie „Scham“ auf psychischer Ebene zustande. Hierunter fielen die Tatsache inkontinent zu sein, einen damit verbundenen Geruch auszustrahlen oder für andere sichtbare Abzeichnungen der aufsaugenden Produkte unter der Kleidung für andere. Mit der Kategorie „Scham“ zeigte sich die Kategorie „Verstärkte Hygiene“ stark verbunden, welche der Verhaltensebene zugeordnet wurde. Unter verstärkter Hygiene wird der mehrmalige Wechsel von Inkontinenzprodukten, intensive Reinigung und Pflege des urethralen und analen Bereiches, häufiger Kleiderwechsel oder auch Tausch der Bettwäsche verstanden. Sowohl die gründliche Hygiene als auch andere Belastungen, wie Anpassung der Kleidung, Aufbewahrung und Entsorgung der Inkontinenzprodukte im eigenen häuslichen Umfeld oder unterwegs zielen darauf ab, die Inkontinenz vor anderen und vor sich selbst zu verstecken. Dies passiert einerseits aufgrund fehlender gesellschaftlicher Akzeptanz und Tabuisierung von Ausscheidungsprodukten und andererseits auch aufgrund von Unwissen betroffener Personen. So kommt es auch vor, dass von Inkontinenz Betroffene auf beispielsweise Damenhygieneartikel oder Taschentücher zurückgreifen und keine passende Inkontinenzversorgung verwenden.

Wenn es zu einem unwillkürlichen Verlust von Ausscheidung kommt, fühlen sich die Betroffenen verletztlich, beschämt und in einem negativen Sinn einzigartig (Hayder & Schnepf, 2010).

Kann eine Person mit ihrer Inkontinenz nicht selbständig umgehen, so ist sie auf Unterstützung von anderen, wie zum Beispiel pflegende Angehörige, angewiesen. Dann ist es der Fall, dass jemand anderer in die Intimsphäre der von Inkontinenz betroffenen Person eindringt um zum Beispiel das Wechseln von Vorlagen zu übernehmen (Hayder, 2006).

„Dabei können Empfindungen wie Ekel, Scham oder Wut über die Zumutung der Ausscheidung auftreten und Auswirkungen auf die zwischenmenschliche Beziehung haben (Hayder, 2006, S. 18).“

Rothe (2006) betont die Tabuisierung von Dysfunktionen des Beckenbodens bei jüngeren Frauen, da diese auf ihre Probleme kompensatorisch, durch zum Beispiel Veränderung des Trinkverhaltens, agieren. Besonders Mütter sind zusätzlich durch körperliche Anstrengung im Bezug auf die Versorgung eines Kindes oder durch fehlendes Sexualleben belastet.

Inkontinenz wird weiterhin oft als Tabuthema behandelt. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten über ihr Problem zu reden, sich Hilfe zu suchen und diese Hilfe auch zu

erhalten. Aufklärungsarbeit für die Bevölkerung wäre ratsam um der Tabuisierung entgegen zu wirken.

2.3.9 Lebensqualität und Gestaltung des Alltags

Eine Verminderung der Lebensqualität ist sowohl mit Harn- als auch mit Stuhlinkontinenz assoziiert (Slieker-ten Hove et al., 2010). Enzelsberger (2011) und auch Madersbacher (2003) ordnen die Frequenz und die Ausprägung der harninkontinenten Episoden und die Beeinflussung des Sexuallebens als ausschlaggebende Faktoren zur Beeinträchtigung der Lebensqualität zu, wobei die Form der Inkontinenz hierbei keine Rolle spielt. Sowohl die bestehende Dauer der Inkontinenz als auch das Alter der Betroffenen, bei diesen Artikeln weiblichen, Personen beeinflussen die Lebensqualität nicht. Im Gegensatz dazu führen Beutel et al. (2005) an, dass Belastungen im Zusammenhang mit Inkontinenz vermehrt bei jüngeren Betroffenen, also unter 40 jährige, zu erwarten sind und dass schon bei leichten Formen von Inkontinenz deutliche Belastungen auftreten können. Laut Madersbacher (2003) verspüren ein Drittel harninkontinenter Frauen einen Leidensdruck, welcher mit einer verminderten Lebensqualität einher geht. Lediglich fünf Prozent der Betroffenen konsultierten eine Ärztin oder einen Arzt.

„Dieser Prozentsatz steht im krassen Gegensatz zur hohen Prävalenz dieser Erkrankung. Eine der wesentlichen Aufgaben scheint demnach zu sein, das Problembewußtsein für die HI [Harninkontinenz] bei Betroffenen, aber auch der Ärzte zu stärken (Madersbacher, 2003, S. 27).“

Beutel et al. (2005) beschreiben eine signifikante Verminderung der Lebensqualität von Personen mit Inkontinenz im Vergleich zu Personen ohne Inkontinenz und den Zusammenhang von Inkontinenz mit anderen Beschwerden, einerseits körperlichen, wie Erschöpfung, Probleme mit Herz, Magen und Gelenken und andererseits psychischen, wie Depressionen und Ängste. Bei einigen beeinflusst alleine die Angst, dass ein „Unfall“ passieren könnte, ihre Lebensqualität und limitiert die Partizipation (Hayden & Weiss, 2011). Gameiro et al. (2012) erläutern in ihrer Studie, dass Frauen mit Dranginkontinenz im Vergleich zu Frauen mit Belastungsincontinenz weniger Flüssigkeitszufuhr haben, eine höhere Anzahl an Vorlagen in 24 Stunden benötigen und mehr von Nykturie betroffen sind. Reduktion der Flüssigkeitszufuhr oder auch vorsorgliche Toilettenbesuche werden zur Eigentherapie angewandt. Diese vermehrten Maßnahmen zum Management einer

Dranginkontinenz lassen im Vergleich zu Frauen mit einer Stresssymptomatik auf eine verminderte Lebensqualität der von Dranginkontinenz Betroffenen schließen. Wie aber bereits oben schon erwähnt negieren dies Enzelsberger (2011) und Madersbacher (2003).

Inkontinente Personen halten sich oft aus sozialen Geschehnissen heraus, schränken ihre Freizeitaktivitäten ein und isolieren sich (Enzelsberger, 2011; DNQP, 2007). In manchen Fällen ist nicht nur die inkontinente Person selbst für das Management des unwillkürlichen Verlusts von Harn und/oder Stuhl zuständig, sondern auch pflegende Angehörige. Während bei pflegenden Angehörigen die oberste Priorität tagsüber bei der Kontinenzförderung liegt, ist sie nachtsüber bei dem Bewältigen der Nacht durch absorbierende Produkte (Hayder, 2006). Inkontinenz ist oft mit vermehrtem Bedarf an Pflege verbunden (DNQP, 2007).

In der Untersuchung „Experiencing and Managing Urinary Incontinence: A Qualitative Study“ von Hayder und Schnepf (2010), welche sich mit den Erfahrungen inkontinenter Personen und dem Management von Harninkontinenz befasst, zeigt sich als zentrales Phänomen „regain control“, also Wiedererlangen der Kontrolle. Dieses zentrale Phänomen gliedert sich in „being prepared“ (vorbereitet sein), „looking for and using possible therapies“ (suchen und verwenden von möglichen Therapien) und „forming a circle of trust“ (einen Kreis des Vertrauens aufbauen).

Inkontinenz hat Auswirkungen auf soziale und kulturelle Aktivitäten von Betroffenen, sowie auf deren Partnerschaften. So sind zum Beispiel Kinobesuche, Einkaufstouren oder sportliche Aktivitäten nicht möglich oder eingeschränkt. Besonders schwierig stellen sich Ausflüge zu unbekanntem Orten dar, da die Toilettensituation dort unbekannt ist. Durch diese Einschränkungen fühlen sich die Betroffenen oft selbst als unflexibel. Trotzdem gibt es auch von Inkontinenz betroffene Personen, welche ihre Grenzen akzeptieren und mit zunehmender Erfahrung und Selbstvertrauen eine Limitation ihrer Aktivitäten nicht hinnehmen und diesen nachgehen oder diese auch erweitern.

Partnerschaften sind, wie bereits schon erwähnt, ebenso beeinflusst. Für alleinstehende Personen mit Inkontinenz ist es problematisch, eine Partnerschaft mit einem neuen Partner oder einer neuen Partnerin einzugehen. Einerseits finden sie es schwierig über ihre Problematik zu sprechen und auf der anderen Seite haben sie Angst zurückgewiesen zu werden. Diejenigen, welche sich bereits in einer Partnerschaft befinden, wünschen sich, dass ihr Partner oder ihre Partnerin die Inkontinenz akzeptieren und Verständnis für ihre Probleme zeigen. Häufig wird das Verhalten des Partners oder der Partnerin als unterstützend erlebt, trotzdem kann die Sexualität durch Inkontinenz negativ beeinflusst sein. Wenn das Paar offen

über die Thematik spricht und zusammen einen Weg findet, so dass beide ein erfülltes Sexualleben haben können, kann sich dies positiv auf ihre Beziehung auswirken.

„Being prepared“: Personen mit Inkontinenz denken ständig an ihre Blase und an einen potentiellen Harnverlust, auf den sie sofort reagieren müssen. Sie bereiten sich in unterschiedlichen Weisen vor, so haben sie zum Beispiel die nächste Toilette immer im Blickfeld, was Sicherheit und Kontrolle vermittelt. Prophylaktische Toilettenbesuche werden genützt, um die Blase bestmöglich zu entleeren, so dass aufsaugende Produkte im Fall der Fälle weniger Volumen aufsaugen müssen. Bevorzugt werden dunkle und dickere Kleidungsstücke, welche helfen sollen, eine Inkontinenzepisode zu verstecken. Obwohl den meisten bewusst ist, dass eine reduzierte Flüssigkeitseinfuhr sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann, limitieren sie die Zunahme von Flüssigkeiten oder passen ihre Trinkgewohnheiten an ihre Aktivitäten an. Auch die Wahl der Getränke wird sorgfältig überdacht. Inkontinenzprodukte geben ein Gefühl von Sicherheit, verschiedene Produkte werden ausprobiert und nach den Kategorien Wohlfühlen, Sicherheit und Kosten sorgfältig ausgewählt.

„Looking for and using possible therapies“: Die Betroffenen beschreiben eine beginnende Gewöhnung und Akzeptanz ihrer Inkontinenz, trotzdem endet die Suche nach Beratung über therapeutische Maßnahmen nie. Medikation und Operationen werden als invasiv eingeschätzt. Dennoch wägen einige genau ab, wann die Medikamente trotz der Nebenwirkungen ein positives Ergebnis für sie bringen und nehmen sie deshalb. Zu wichtigen Terminen, wie zum Beispiel während des Urlaubs, neigen sie eher dazu, die Risiken der Nebenwirkungen anzunehmen, um ihre Aktivitäten unbeeinträchtigt ausüben zu können. Operationen werden von Patienten mit einem großen Ausmaß an Leiden in Betracht gezogen und sind mit großer Hoffnung verbunden. Wenn die Operation ein Erfolg ist, sind die Betroffenen glücklich über die neu gewonnene Kontrolle und Freiheit. Wenn sie jedoch scheitert, führt sie zum Gefühl der Verzweiflung. Nur wenige der Betroffenen machen ein Blasentraining. Viele Interviewteilernehmerinnen und Interviewteilernehmer machten mit Beckenbodenmuskeltraining relevante Erfahrungen. Die Mehrheit meinte, dass sie grundsätzlich mit der Methode vertraut sind; dennoch wurden selten positive Ansichten über das Training berichtet. Viele der Betroffenen sind durch die Inkontinenz belastet, dennoch schaffen sie es nicht, das Training über eine längere Zeitspanne durchzuhalten.

“Forming a circle of trust“: Viele Personen mit Inkontinenz finden es schwierig über ihre Inkontinenz zu sprechen, da sie Angst vor negativen Reaktionen haben. Daher wird am Beginn des Aufkommens von inkontinenten Episoden die Situation vor den anderen

verheimlicht. Dies kann sich über Monate oder Jahre ziehen. Die Personen, welche dann schließlich eingeweiht werden, werden sorgfältig ausgewählt. Wichtig ist, dass die Betroffenen mit ihren Problemen verstanden werden. Vor allem den nahestehenden Familienmitgliedern oder der besten Freundin beziehungsweise dem besten Freund wird vertraut, sie geben Sicherheit und unterstützen die Betroffenen. Frauen bevorzugen weibliche Vertrauenspersonen, da diese das gleiche Geschlecht haben und ähnliche Lebenserfahrung, wie zum Beispiel das Gebären von Kindern, erlebt haben. Männer finden es ebenso leichter, sich einer Vertrauensperson des gleichen Geschlechts zu öffnen. Dennoch scheint es, dass das Geschlecht der Vertrauensperson bei Männern eine nicht so essentielle Rolle spielt wie bei Frauen (Hayder & Schnepf, 2010).

Coping - Strategien werden angewandt um Inkontinenz zu managen. Peden-McAlpine; Bliss, & Hill (2008) sammelten in ihrer Studie „The Experience of Community-Living Women Managing Fecal Incontinence“ bei von Stuhlinkontinenz betroffenen Frauen Coping - Strategien in folgenden Bereichen: spirituell (Glaube, Religion), emotional (Humor, Verleugnung von inkontinenten Episoden), funktionell (Medikamente, Vorlagen), Aktivitäten bezogen (Anpassung der Arbeit, eingeschränkte Aktivität), praktisch (Mitnahme von Reservekleidung), personell (Privatsphäre im Bad, separate Schlafzimmer).

Das essentielle Thema dieser Studie ist „Controlling the body out of control“, also Kontrolle über den aus der Kontrolle geratenen Körper gewinnen. Dies ähnelt dem zentralen Phänomen „regain control“ der Studie von Hayder & Schnepf (2010). Körperkontrolle wird von Betroffenen stark mit Selbstkontrolle assoziiert. Es gibt Ähnlichkeiten der Strategien von stuhlinkontinenten Frauen mit harninkontinenten Frauen. Beispiel sind das Aufsuchen von öffentlichen Toiletten, die Einhaltung einer Diät, Einnahme von Medikamenten, Verwendung von Vorlagen, eine Routine haben und Planung von Verhaltensweisen, wie eine limitierte Zeit außerhalb der vertrauten Umgebung verbringen. Die Ergebnisse von Peden-McAlpine et al. (2008) wurden in den Sparten „Lived Space“ (gelebter Raum), „Lived Relationality“ (gelebte Beziehungen), „Lived Time“ (gelebte Zeit) und „Lived Body“ (gelebter Körper) dargestellt. In der folgenden Tabelle sind diese vier Teilbereiche mit den dazugehörigen Ergebnissen zusammengefasst:

Lived Space	<ul style="list-style-type: none"> • Zu Hause fühlen sich die Frauen sicher • Verfügbarkeit von Badezimmer ist eine Notwendigkeit • die Zeit außerhalb der eigenen vier Wände wird sorgfältig kalkuliert, um das Risiko einer Inkontinenzepisode zu
-------------	--

	<p>verringern</p> <ul style="list-style-type: none"> • bevor eine Einladung zu sozialen Aktivitäten angenommen wird, machen sich die Frauen Gedanken über die Distanz vom Zuhause, ob dort gegessen wird (was und wie viel) und über die soziale Gruppe • Angst vor „Unfällen“ in der Öffentlichkeit • zwei von den insgesamt zehn Frauen gingen auf Grund der Inkontinenz in Frühpension
Lived Relationality	<ul style="list-style-type: none"> • Stuhlinkontinenz ist ein Personen bezogenes Problem, welches nicht strikt privat gehalten werden kann • Frauen möchten dieses Problem geheim halten und es nur wenigen, vertrauenswürdigen Personen verraten (Familie, Freundinnen/Freunde oder Kolleginnen/Kollegen) • Das Finden von anderen Betroffenen hilft den Frauen (Teilen von Gefühlen, Diskussion von praktischen Strategien) • Strategie: mit Humor nehmen, das lässt die Frauen sich mehr sozial akzeptiert fühlen • Nicht alle Frauen gaben an, sexuell aktiv zu sein, aber die, die es angaben, thematisiert dies nicht näher • Beziehung zu Ärztinnen/Ärzten: fühlen sich von diesen missverstanden und finden bei ihnen keine Unterstützung
Lived Time	<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme der Symptome im Laufe der Zeit • Planung zur Verhinderung von „Unfällen“ • Dringlichkeit der Defäkation • Die meisten Frauen hatten Symptome für Monate oder Jahre bevor sie eine Ärztin oder einen Arzt konsultierten, viele Frauen waren unsicher, ob Stuhlinkontinenz ein medizinisches Problem darstellt • Generell wurden die Symptome schwerwiegender, je länger sie mit dem Problem lebten • Strategien: Badezimmerrituale in der Früh, Wechsel des Arbeitsplatzes im Hinblick auf sanitäre Einrichtungen, Anpassung der Essgewohnheiten (Art und Zeit), Verwendung

	von Medikamenten gegen Durchfall, Notfalltasche mit aufsaugenden Produkten, Reinigungsprodukte und Ersatzkleidung
Lived Body	<ul style="list-style-type: none"> • Kleidung wird dahingehend ausgewählt, dass aufsaugende Produkte versteckt werden können • dunkle Kleidung für den Fall der Fälle • Frauen erleben ihren Körper als unzuverlässig und dass dieser unsichere Signale äußert

Tabelle 6: nach Peden-McAlpine et al., 2008

Frauen mit Harn- und Stuhlinkontinenz ist es in erster Linie wichtig, die Stuhlinkontinenz in den Griff zu bekommen, da die psychischen Belastungen im Zusammenhang mit dieser Inkontinenzform deutlich höher sind als jene Belastungen bei Harninkontinenz. Von Stuhlinkontinenz Betroffene neigen vermehrt zur sozialen Isolation, die Ausbildung von Stuhlpsychosen ist möglich (Pulker, 2005). Imhoff et al. (2012) beschreiben, dass die meisten von Stuhlinkontinenz betroffenen Frauen zwar sexuell aktiv sind, jedoch ein hohes Risiko haben, an sexuellen Dysfunktionen zu leiden. Ein großes Problem liegt bereits dabei, dass nur wenige von Stuhlinkontinenz Betroffenen mit einer Ärztin oder einem Arzt über ihre Symptome sprechen (Roche et al., 2002).

2.4 Beckenbodentraining als therapeutische Maßnahme

Beckenbodentraining ist die erste Therapie für Frauen mit Stress-, Drang- oder gemischter Harninkontinenz (Abrams et al, 2013; Hay-Smith, Herderschee, Dumoulin & Herbison, 2012) und wird von Fachleuten und in Leitlinien empfohlen (Bo & Hilde, 2012; DNQP, 2007; NICE, 2006; SIGN, 2004). Ebenso hat das Beckenbodentraining einen hohen Stellenwert als Therapiemaßnahme bei Stuhlinkontinenz. Der Grad der Supervision eines Beckenbodenmuskeltrainings und der Inhalt des Programms sind äußerst variabel. So findet das Beckenbodentraining sowohl in Einzelübungseinheiten als auch in der Gruppe statt, die Übungen unterscheiden sich in Art der Muskelkontraktion oder Frequenz und zusätzlich zu den Übungen werden andere therapeutische Maßnahmen angewandt (Hay-Smith et al., 2012).

Beispiele für zusätzliche therapeutische Maßnahmen sind Biofeedback, Elektrotherapie oder das Training mit Vaginalkonen.

2.4.1 Beckenbodenmuskeltraining

Das Training der Beckenbodenmuskulatur kann diese Muskulatur stärken, die Ausdauer der Beckenbodenmuskeln verbessern und die Koordination des Beckenbodens optimieren. Empfehlungen zur Durchführungen des Beckenbodentrainings zielen auf eine möglichst hohe Effektivität ab. Das Training sollte unter Supervision einer geschulten Person aus dem Gesundheitswesen und öfter als zwei Mal im Monat stattfinden (Dumoulin, Glazener & Jenkinson, 2011). Das Programm eines Trainings der Beckenbodenmuskeln soll stets individuell auf die Patientin zugeschnitten werden und beide Muskelfaserarten, nämlich die slow twitch und die fast twitch Fasern, ansprechen (SIGN, 2004). Hay-Smith et al. (2012) betonten die Notwendigkeit von regulären Kontaktstunden, wie zum Beispiel ein Mal pro Woche, mit einer geschulten Trainerin oder einem geschulten Trainer, um die Situation der Kontinenz verbessern zu können, da Frauen, welche kaum oder gar keine Beckenbodentrainingseinheiten unter professioneller Supervision durchführen eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, ihre Kontinenzsituation zu verbessern. Das Gelernte sollte dann in den Alltag umgesetzt werden. Die aktuelle Literatur bezweifelt die Wirksamkeit von Beckenbodenmuskeltraining nicht, ungeklärt bleibt aber, wie genau das perfekte Training in Bezug auf ergänzende Therapiemaßnahmen, Art der Übungen und Anzahl und Dauer der durchgeführten Kontraktionen auszusehen hat (Dumoulin et al., 2011; NICE 2006). Das National Institute for Health and Clinical Excellence empfiehlt zumindest acht Kontraktionen drei Mal am Tag durchzuführen, die Dauer einer einzelnen Kontraktion wird nicht näher erläutert (NICE, 2006).

Im systematischen Review „Does It Work in the Long Term?—A Systematic Review on Pelvic Floor Muscle Training for Female Stress Urinary Incontinence“ von Bo und Hilde (2012) wurde der Langzeiterfolg, definiert als mindestens ein Jahr nach der originalen Intervention, von Beckenbodentraining bei Harnstressinkontinenz näher betrachtet. Dieser wurde in den eingeschlossenen Studien zwischen 41% und 85% angegeben, die Operationsrate betrug zwischen 4,9% und 58%. Die Operationsrate wurde als primäres Outcome, also Messung von fehlendem Erfolg, angegeben, da das Beckenbodentraining bei Stressinkontinenz in erster Linie eine Operation verhindern oder verzögern soll. Die Autorin

und der Autor führen diese große Spannweite auf die Heterogenität in Interventionen und methodischen Vorgangsweisen der einzelnen Beckenbodentrainingsstudien zurück und schlagen vor, dass Beckenbodentraining vermehrt in allgemeine Fitnessstunden aufgenommen werden soll. Zu beachten ist aber, dass es kein aktuelles Wissen zum Effekt von Beckenbodentraining im Setting Fitnesscenter gibt.

Auch Dumoulin und Hay-Smith (2010) betonen in ihrem Review „Determining the Optimal Pelvic Floor Muscle Training Regimen for Women with Stress Urinary Incontinence“, dass die Interpretationen der bereits vorhandenen Studien aufgrund von Heterogenität bezüglich Variationen der Inkontinenzarten, des durchgeführten Trainings und der verwendeten Messinstrumente schwierig sind. Dennoch kommen sie durch ihre Forschungsarbeit zu dem Schluss, dass Frauen, welche ein Training der Beckenbodenmuskeln durchführten, ihre Harninkontinenz eher im Ausmaß und in der Frequenz verringerten oder vollständig kontinent wurden, als Frauen, welche kein Beckenbodenmuskeltraining machten. Die Autorinnen bestärken durch ihre Studie die verbreitete Empfehlung für Beckenbodentraining als erstes, konservatives Management bei Frauen mit Stress-, Drang oder gemischten Harninkontinenz.

Laut Henderson, Wang, Egger, Masters & Nygaard (2013) können die meisten Frauen mit keiner oder einer geringen Beckenbodendysfunktion nach kurzer, verbaler Anleitung ihre Beckenbodenmuskeln kontrahieren. Die Aufforderung hierbei lautete:

„Now, please squeeze the muscles in the vagina and hold like you are holding urine (Henderson et al., 2013, S. 9).“

Die Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur wurde von einer Untersucherin oder einem Untersucher durch vaginale Palpation untersucht. Von jenen Frauen, welche beim ersten Kontraktionsversuch scheiterten, lernten 78% nach kurzen verbalen Anleitungen die Beckenbodenmuskeln korrekt zu aktivieren.

Beckenbodentraining wird bei Frauen, welche sich in einer Schwangerschaft oder in einer postpartalen Zeit befinden, präventiv aber auch als gezielte Therapiemaßnahme bei Bedarf eingesetzt. Diese Frauen benötigen kompetente professionelle Betreuung. Eine multidisziplinäre Zusammenarbeit stellt sich auch hier als essentiell dar, so dass eine rasche und ausführliche Diagnostik erfolgen kann (Rothe, 2006).

Das präventive Training der Beckenbodenmuskeln im Rahmen von Schwangerschaften vermindert die Dauer der Austreibungsphase bei der Geburt des Kindes und stellt ein Fundament für die postpartale Therapie dar. Spezifische Rückbildungsgymnastik reduziert die Wahrscheinlichkeit, Inkontinenzprobleme zu entwickeln oder bereits vorhandene Probleme in den Griff zu bekommen (Rothe, 2006). Empfohlen wird ein Beckenbodenmuskeltraining vor

allem für Frauen im Rahmen ihrer ersten Schwangerschaft, da dies die Wahrscheinlichkeit von postnataler Harninkontinenz verringert (NICE, 2006).

2.4.2 Training und Übungen

„Training stellt die regelmäßige, systematische und zielgerichtete Wiederholung einer körperlichen Belastung dar. Ziel ist es, Anpassungsvorgänge zu bewirken, die zu einer Zunahme der Leistungsfähigkeit führen. Für die Physiotherapie hat das Training eine große Bedeutung, da der Patient durch das Therapieergebnis wieder in der Lage sein soll, seine physischen Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie des Berufs und der Freizeit durchführen zu können. Die Wiederherstellung, Sicherung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit ist ausschließlich durch Training möglich (Laube, 2005, S. 302).“

Wie aus diesem Zitat von Laube hervor geht, zielt ein Training auf eine Verbesserung, also auf eine Leistungssteigerung ab. Ebenso wird die Wichtigkeit des Trainings betont, denn nur dadurch kann das Ziel erreicht werden. Umgelegt auf Beckenbodentraining bedeutet es, dass das der Alltag, Beruf und Freizeit unbeeinflusst von inkontinenten Episoden bewältigt werden kann. Dies wäre das oberste Ziel beim Beckenbodenmuskeltraining. Ist das nicht möglich, so wird durch das Beckenbodentraining zumindest eine Verbesserung der Kontinenzsituation angestrebt, also die Verringerung des Ausmaßes der Inkontinenz und eine Reduktion der auftretenden inkontinenten Episoden.

Die Aktivierung des Beckenbodens entspricht einer Bewegung. Zuerst ist dies eine koordinative Leistung, ohne Kraft und Ausdauer kann sie aber nicht durchgeführt werden (Laube, 2005). Diese Bewegung wird wiederholend geübt. Übungen sind Teil eines Trainings und werden folgendermaßen definiert:

„Wiederholter Vollzug von (Bewegung-) Handlungen mit dem Ziel ihrer Aneignung und Vervollkommnung (Schnabel, Harre & Krug, 2008, S. 291).“

Einen Unterschied macht es sehr wohl, ob man lediglich Übungen sporadisch durchführt, oder ob ein spezifisches Training absolviert wird. Ein Training ist ein Prozess, welcher sich durch Organisation, Logik, Planmäßigkeit, Langfristigkeit und Systematik auszeichnet (Laube, 2005).

2.4.3 Biofeedback und Elektrotherapie

Ein Feedback kann in verbaler Form, basierend auf Beobachtungen oder Palpation von Perineum, Vagina oder Anus während einer Kontraktion der Beckenbodenmuskeln oder auch mit Hilfe eines Instruments, wie es bei Biofeedback der Fall ist, gegeben werden. Das instrumentelle Feedback kann in auditiver oder visueller Form wiedergegeben werden (Herderschee, Hay-Smith, Herbison, Roovers & Heineman, 2013). Biofeedback ist eine wirksame Methode zur Konditionierung des Defäkationsreflexes. In der ersten Einheit erhalten Patientinnen und Patienten eine Instruktion, wie sie ihren externen analen Sphinkter und die Puborektalschlinge kontrahieren und entspannen können und wie diese Muskulatur gekräftigt werden kann (Pucciani et al., 2012).

Stelzner (2010) beschreibt, dass diejenigen Personen, welche Biofeedback und Beckenbodentraining erhielten, eine geringere Punkteanzahl im „FISI“ („Fecal Incontinence Severity Index“) erzielten, eine geringere Anzahl an Tagen mit stuhlinkontinenten Episoden und einen kräftigeren analen Sphinkter hatten als diejenigen Personen, welche nur Beckenbodenmuskeltraining erhalten haben. Stelzner (2010) unterstreicht die Ausgewogenheit beider untersuchten Gruppen von Merkmalen, zum Beispiel im Bezug auf die Schwere der Symptome oder der Krankheitsdauer.

Roche et al. (2002) tendieren dazu, dass Biofeedback für kognitiv gute ältere Damen mit milder bis mittelschwerer Harndranginkontinenz die erste Therapiemethode der Wahl sein sollte.

In der Literatur findet man, wie bereits oben erwähnt, dass Biofeedback zusätzlich zum herkömmlichen Beckenbodentraining die Frauen mit Inkontinenz unterstützen kann, um bessere Ergebnisse zu erzielen. Jedoch wird hier aber auch kritisch angemerkt, dass die erhöhte Effektivität aufgrund zusätzlicher Kontakte zur geschulten Trainerin oder zum geschulten Trainer erzielt wird (Herderschee et al., 2013).

Die Elektrotherapie, welche sowohl anal als auch vaginal angewandt wird, kann als unterstützende therapeutische Maßnahme zum Training der Beckenbodenmuskeln angewandt werden. Oberflächenelektroden, bei denen das Einführen eines Fremdkörpers in die Scheide nicht notwendig ist, können ebenfalls zum Einsatz kommen. Neben der Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur und der Wahrnehmungsförderung dieser Körperregion hat die Elektrotherapie auch eine durchblutungsfördernde Wirkung im angewendeten Bereich (Heller, 2002). Die Effektivität von Elektrostimulation der Beckenbodenmuskeln wird als nicht klar beschrieben. Das Problem hierbei ist der Vergleich der Studien, da sich die

Parameter, wie zum Beispiel Dauer der Stimulation und Frequenz der Anwendung, deutlich unterscheiden (SIGN, 2004).

Madersbacher (2000) empfiehlt diese Behandlungsmethode vor allem älteren Frauen, um die Beckenbodenmuskeln gezielt zu kräftigen. Pulker (2005) und das Scottish Intercollegiale Guidelines Network (SIGN, 2004) sehen Elektrotherapie für diejenigen sinnvoll, welche nur eine geringe Beckenbodenmuskelkraft haben. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) empfiehlt Elektrotherapie und/oder Biofeedback für Frauen, welche ihr Beckenbodenmuskeln nicht aktiv kontrahieren können (NICE, 2006).

2.4.4 Vaginalkonusen

Vaginalkonusen (siehe Abbildung 4), oder auch Scheidenkegel genannt, ähneln von der Form her Tampons, sind aber meist aus Kunststoff gefertigt. Diese Konus gibt es mit unterschiedlichen Gewichten zu erwerben. Das Beckenbodentraining hierbei besteht darin, dass diese Vaginalkonusen durch willkürliche Aktivierung der Beckenbodenmuskeln in der Scheide gehalten werden. Während dieses Trainingsgerät verwendet wird, sollen die Frauen Tätigkeiten des täglichen Lebens nachgehen. Eine Empfehlung für die Anwendung von Scheidenkegeln ist zwei Mal täglich für etwa zehn Minuten (Wiesinger & Stoll-Salzer, 2012). Die Patientinnen haben üblicher Weise ihr eigenes Vaginalkonusenset mit meist zwei bis drei unterschiedlichen Gewichten. Für Frauen mit moderaten bis ausgeprägten Senkungsbeschwerden können diese nicht angewandt werden, die Kegel müssen für das Training der Beckenbodenmuskeln korrekt positioniert werden (SIGN, 2004).

In der Studie von Castro et al. (2008), die über sechs Monate lief, wurden bei Frauen mit Stressinkontinenz Beckenbodentraining, Elektrotherapie, Vaginalkonusen und eine Kontrollgruppe ohne aktive therapeutische Maßnahmen verglichen. Bei den ersten drei genannten Gruppen konnten im Vergleich zur Kontrollgruppe, wo lediglich ein Mal motivierende Telefonanrufe durchgeführt wurden, eine Reduktion des gemessenen Gewichts beim Vorlagen - Test (Pad – Test) und in den Inkontinenzepisoden sowie eine Verbesserung der Lebensqualität erzielt werden. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass therapeutische Maßnahmen effektiver sind als keine Maßnahmen. Beckenbodentraining, Elektrostimulation der Beckenbodenmuskulatur und Training mit Vaginalkonusen scheinen laut Castro et al. (2008) gleichermaßen effektiv zu sein.

Das Scottish Intercollegiale Guidelines Network (2004) beschreibt, dass das Training mit Vaginalkonusen mit Gewichten bei Frauen mit Harnstressinkontinenz Erfolge erzielt. Es liegen

jedoch keine Evidenzen vor, dass die Verwendung von Vaginalkonen effektiver sei als das klassische Beckenbodenmuskeltraining (SIGN, 2004).



Abbildung 4: Vaginalkonen im Set mit unterschiedlichen Gewichten, Gugger & Gugger, 2014

II: Empirischer Teil

3. Methode

Der qualitative Forschungsansatz wurde für diese Masterarbeit gewählt, da die Beckenbodentrainingserfahrungen von Frauen im Mittelpunkt stehen und die Befragten selbst deutlich zu Wort kommen sollten. Bei der Untersuchung von Erfahrungen von Personen und um den Befragten zu ermöglichen, dass sie deutlich zu Wort kommen eignet sich der qualitative Forschungsansatz (Mayring, 2003). Offenheit für das, was die Probandinnen erzählten, spielte eine wesentliche Rolle. Es wurden problemzentrierte Interviews geführt. Je nach Notwendigkeit wurde in den Interviews auf einen gedanklichen Leitfaden zugegriffen. Die digital aufgenommenen Interviews wurden transkribiert und anschließend in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet.

3.1 Rekrutierung der Probandinnen

Für diese Forschungsarbeit bieten acht qualitative Interviews die Ausgangslage. Diese wurden im Zeitraum von August 2013 bis Dezember 2013 im Raum Wien geführt. Die anfänglich bestimmten Einschlusskriterien für Teilnehmerinnen waren, dass es sich um volljährige Frauen handeln soll, welche Harn- und/oder Stuhlkontinenzprobleme haben oder hatten, der deutschen Sprache mächtig sind und Erfahrungen, egal ob positive oder negative, mit Beckenbodentraining haben. Die Ausschlusskriterien beinhalteten Männer und Kinder. Im Laufe der Interviews stellte sich sehr schnell heraus, dass die Erfahrungen und Berührungspunkte mit Beckenbodentraining oder Beckenbodenübungen äußerst unterschiedlich waren, sowohl von der Art, zum Beispiel in Form von Einzeltherapien, im Gruppensetting oder vom Hören, als auch vom Inhalt, also was unter Beckenbodentraining verstanden und durchgeführt wird. Ebenfalls machte sich der Unterschied zwischen Training, wobei durch ein definiertes Trainingsprogramm ein Ziel verfolgt wird, und Übungen, welche sporadisch durchgeführt werden, bemerkbar.

Die Probandinnen wurden über Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Wien, über Pensionistenwohnhäuser und einer Remobilisationsstation, beides ebenfalls in Wien,

rekrutiert. Informationsblätter, welche das Forschungsvorhaben und die Vorgehensweise bei den Interviews beschrieben, für potentielle Probandinnen wurden von Therapeutinnen und Therapeuten an mögliche Studienteilnehmerinnen ausgehändigt, diese konnten sich dann auf freiwilliger Basis telefonisch, per E - Mail oder nach Wunsch auch über ihre Therapeutinnen und Therapeuten melden.

Bei der ersten Kontaktaufnahme wurde noch einmal eine Information zur Masterarbeit erteilt, welche Ziel der Arbeit, Forschungsvorhaben, Interviewvorgehensweise und Wahrung der Anonymität der Teilnehmerinnen beinhaltet. Unterstrichen wurde stets die Freiwilligkeit zur Teilnahme. Erste Fragen der Frauen konnten bereits hier geklärt werden. Alle potentiellen Probandinnen stimmten erfreulicher Weise nach diesem Gespräch einem persönlichen Interview zu. Den Frauen wurde die Möglichkeit zur Widerrufung ihrer Zustimmung eingeräumt, es gab jedoch keine Probandin, welche sich vor, während oder nach Führung des Interviews gegen die Verwendung ihrer Interviewmaterialien entschied.

Die Kontinenzsituationen der Teilnehmerinnen waren zum Zeitpunkt der Interviews äußerst unterschiedlich. Die Beschreibungen der Frauen erstreckten sich von Inkontinenz in der Vergangenheit über akute Kontinenzprobleme bis hin zu keinen Problemen mit der Kontinenz. Das Interview der Probandin, welche über keine Kontinenzprobleme berichtete, wurde dennoch zur Auswertung eingeschlossen, da auf die Erfahrungswelt von Frauen mit Beckenbodentraining im Rahmen von Schwangerschaft und Rückbildung nicht verzichtet werden wollte. Die Frauen berichteten über unterschiedliche Frequenzen, von mehrmals täglich bis fallweise, von inkontinenten Episoden, welche Harn und/oder Stuhl betreffen. Das Kennenlernen von Beckenbodenübungen wurde von den Probandinnen ebenfalls unterschiedlich beschrieben. So wurde das Thema Beckenboden in Turn- oder Gymnastikgruppen, im Rahmen von Rehabilitationsaufenthalten oder einer Kurzzeitpflege, bei Schwangerschaftsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik mit einer Hebamme, in physiotherapeutischer oder auch ergotherapeutischer Einzeltherapie oder auch in der Ausbildung zur Krankenschwester aufgegriffen.

Die Anzahl an Interessentinnen zur Teilnahme an dieser Studie hielt sich in Grenzen, es waren insgesamt nur acht Frauen bereit in einem persönlichen Interview über ihre Erfahrungen mit Beckenbodentraining zu sprechen. Ein Grund hierbei stellt mit hoher Wahrscheinlichkeit die Tabuisierung von Inkontinenz in unserer Gesellschaft und mit Harn- oder Stuhlverlust verbundenen Schamgefühlen da. Diese Schamgefühle und dass nicht über Inkontinenz geredet werden möchte, waren sehr wohl in den Interviews Thema:

„Weil das unangenehm ist, über Urin zu sprechen. Wenn jemand sagt, ich kann's auch nicht halten, wer sagt Ihnen das? Da kaufen sie sich Windelhosen und Einlagen. Ich hab eine Freundin gehabt, sie ist jetzt schon gestorben, aber sie hat auch gesagt, na sie redet doch zu keinem Anderen darüber (93 – jährige Frau).“

In diesem Zitat wird sehr deutlich, dass nicht einfach über Inkontinenz gesprochen wird. Es kostet die Betroffenen Überwindung mit anderen Personen über Kontinenzprobleme zu reden.

3.2 Die Interviews

Es wurden acht problemzentrierte Interviews geführt, dabei wurde der Fokus auf die Thematik vorgegeben. Diese Art von Interviews kennzeichnet sich durch ihre Offenheit, ein Leitfaden wird angewandt. Im Fokus dieser halbstrukturierten Methode steht eine konkrete Fragestellung, die Situation des Interviews soll einem möglichst freien Gespräch ähneln (Mayring, 2002). Der Verlauf des Interviews wurde dadurch bestimmt, in welche Richtung das Erzählte der Teilnehmerinnen ging. Während einer Dame die Integration von Bewegungsübungen aller Art in den Alltag von Jugend an äußerst wichtig war, lagen andere Frauen Wert, über ihre Belastungen im Zusammenhang mit Inkontinenz oder über ihre Erfahrungen mit Professionellen aus dem Gesundheitswesen, insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten, zu sprechen. Die Frauen sollten selbst entscheiden können, was sie erzählen möchten und was nicht, da ein sensibles Thema angesprochen wurde (Hayder, 2009). Die Eingangsfrage, welche zu Beginn der Aufnahmen der Interviews gestellt wurde, lautete: „Wie kam es dazu, dass Sie ein Beckenbodentraining begonnen haben?“. Beispiele für Antworten auf diese Eingangsfrage bieten die folgenden drei Ausschnitte aus den Interviews:

„Na ja, weil ich da so einen Harnverlust gehabt hab und das hat sich schon über Jahre hinweg gezogen und ich hab das schon vor Jahren einmal gemacht, dieses Beckenbodentraining. (56 – jährige Frau).“

„Na, ich hab kein Beckenbodentraining begonnen, sondern ich turne seit meinem dritten Lebensjahr und daher sind da immer bis jetzt in der Pension im Seniorenheim immer solche Übungen dabei für den Zweck... (86 – jährige Frau)“

„Ahm, ich hab im Zug der Schwangerschaft, ahm, ein geburtsvorbereitendes Turnen absolviert und dabei war auch Beckenbodentraining involviert (34 – jährige Frau).“

Auf einen gedanklichen Leitfaden wurde je nach Notwendigkeit in den Interviews zugegriffen. Der gedankliche Leitfaden beinhaltete folgende Fragen:

- Was fällt Ihnen zum Begriff „Beckenbodentraining“ ein?
- Erzählen Sie mir bitte von Ihrer ersten Beckenbodentrainingseinheit!
- Erzählen Sie mir bitte von der Person, die das Beckenbodentraining geleitet hat!
- Welche Auswirkungen hat Beckenbodentraining auf Ihre Kontinenzsituation?
- Welche Aspekte aus dem Beckenbodentraining sind Ihnen am wichtigsten?
- Wie hängt Beckenbodentraining mit ihrem Alltag zusammen?
- Wie werden Sie zukünftig mit Beckenbodentraining verfahren?

Verständnisfragen, welche zur Nachvollziehbarkeit dienten, wurden durch die Forscherin nach Bedarf gestellt. Ebenso wurden Aussagen der Interviewteilnehmerinnen paraphrasiert, um den Frauen die Möglichkeit zu geben, Missverständnisse aufzuklären.

3.3 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine Methode zur Datenauswertung. Es ist ein systematisches, inhaltreduzierendes Verfahren. Der zentrale Aspekt stellt die Bildung von Kategorien dar. Die Vorgehensschritte bei dieser Methode zur Erstellung eines Kategoriensystems gliedern sich in: Bestimmung der Analyseeinheiten, Paraphrasierung, Generalisierung, erste Reduktion und zweite Reduktion. Bei der ersten Reduktion werden gleiche Paraphrasen gestrichen, bei der zweiten Reduktion werden Paraphrasen gebündelt. Zuletzt wird dann das zusammenfassende Kategoriensystem, welches das Datenmaterial auf einem höheren Abstraktionsniveau abbildet, an das Ausgangsmaterial herangetragen und rücküberprüft (Mayring, 2003). Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine in der qualitativen Forschung öfter angewandte Methode. Auch im Themenfeld Inkontinenz wird sie bereits verwendet, Ahnis & Knoll (2008) analysierten die Daten ihrer Untersuchung zum subjektiven Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz mittels dieser Methode. Ein Beispiel für die Vorgehensweise bei der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring bietet die folgende Tabelle:

Textausschnitt aus einem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
und ich bin dafür, dass es bekannt wird	ist dafür, dass Beckenbodenübungen	Bekanntmachen von Beckenbodenübungen	Bekanntmachen von Beckenbodenübungen

	bekannt werden		
da hab ich mir schon, da hab ich mir dann angewöhnt, Einlagen zu tragen.	angewöhnt, Einlagen zu tragen	Verwendung von Einlagen	Verwendung von Einlagen
und ich hab jetzt auch eine Einlage, weil ich nicht ganz sicher bin,	verwendet Einlage zur Sicherheit	Verwendung von Einlagen	Verwendung von Einlagen

Tabelle 7: Beispiel zur Vorgehensweise nach der Qualitativen Inhaltsanalyse von Sponring, 2014

Bei dem ersten Textausschnitt aus dem Interview mit einer 93 – jährigen Frau, wurde nach der Paraphrasierung und der Generalisierung dieser Textpassage eine abstraktere Formulierung gewonnen, nämlich „Bekanntmachen von Beckenbodenübungen“. Da es keine idente generalisierte Paraphrase gibt, ist eine erste Reduktion im Sinne des Streichens gleicher Paraphrasen, nicht nötig. Ebenso ist eine zweite Reduktion im Sinne einer Bündelung von sinngleichen Paraphrasen nicht möglich, da keine Fusion der gewonnenen Daten sinnvoll erscheint. Der zweite und der dritte Textausschnitt stammen aus dem gleichen Interview. Im Rahmen der Generalisierung der Paraphrasen ergaben sich zwei idente Formulierungen. In diesem Fall konnte durch die Reduktion ein Mal „Verwendung von Einlagen“ gestrichen werden, da durch dieses Verfahren der Inhalt präzisiert und reduziert werden soll.

Die nach beiden Reduktionen übergebliebenen Paraphrasen wurden in weiterer Folge in jedem Interview einzeln in ein Kategoriensystem eingebettet. Nachdem zu jedem Interview Kategorien vorlagen, wurden alle Kategorien zu einem großen Kategoriensystem zusammengetragen, um alle gewonnenen Daten auf einem höheren Abstraktionsniveau abbilden zu können. Auch bei diesem Vorgang konnten Paraphrasen noch gebündelt, Begriffe geschärft werden. Es war notwendig das große Kategoriensystem in mehreren Durchgängen kritisch zu betrachten, zu präzisieren und zu hinterfragen. Bereits bei diesem Prozess wurden die Kategorien und deren Inhalt immer wieder an das Ausgangsmaterial, also an die Transskripte der Interviews, herangetragen, so dass das Ergebnis die tatsächlich erhobenen Daten wiedergibt.

3.3 Ethische Überlegungen

Die Zustimmungen der Probandinnen wurden als Prozesse gehandhabt, dies bedeutet, dass die Frauen sich für ihr Einverständnis an der Teilnahme des Forschungsprojektes Zeit nehmen sollten und auch nach erfolgtem Interview sich gegen eine Verwendung ihrer Daten aussprechen konnten (Hayder, 2009). Keine der acht interviewten Frauen entschloss sich zur Verwerfung ihres Interviewmaterials für diese Forschungsarbeit. Die Offenheit für das Thema, nämlich offen für das, was genau die Frauen in den Interviews erzählen möchten, hatte einen hohen Stellenwert. So wurden die erzählenden Damen auch nicht unterbrochen, wenn sie über Dinge sprachen, die ihnen am Herzen lagen, auch wenn diese für die Beantwortung der Forschungsfragen nicht erheblich waren. Ein Interview wurde von Seiten der Forscherin für einige Minuten unterbrochen, da die Teilnehmerin heftig zu weinen begann. Das Interview konnte nach einer Pause dann zu Ende geführt werden.

Ein schriftlicher „informed consent“ wurde von Forscherin und Probandin besprochen und von beiden unterschrieben. Jeweils beide Personen haben ein Exemplar davon erhalten. Diese Einverständniserklärung zur Führung des Interviews sowie Lagerung und Verwendung der Interviewdaten beinhaltete die Kontaktdaten der Forscherin, den Namen der Betreuerin, eine Zusammenfassung des Forschungsvorhabens, eine Erklärung der Forscherin und eine Einverständniserklärung der Interviewten. In der Erklärung der Forscherin wird die Anonymisierung der Daten, sodass kein Rückschluss auf die Probandinnen gezogen werden kann, und die sichere Verwahrung der Audiodateien sowie der personenbezogenen Daten zugesichert. Zugriff auf die Originaldaten haben nur die oben genannten Personen, also die Forscherin und die Betreuerin. Durch die Unterzeichnung der Einverständniserklärung der Interviewten erklärten die Damen, dass sie das Interview aus freien Stücken führten, dass sie der Aufbewahrung der anonymisierten Version ihres Interviews und der Auswertung für die wissenschaftlichen Fragestellung im Rahmen des genannten Forschungsvorhabens zustimmten, dass sie ausreichend Zeit hatten, sich für oder gegen die Aufbewahrung des Interviewmaterials zu entscheiden und dass sie wissen, dass sie ihre Einverständniserklärung jederzeit rückgängig machen können.

4. Erhebung und Auswertung der Daten

Insgesamt konnten acht Interviews geführt werden. Die jüngste Probandin war 34 Jahre alt, die älteste 93 Jahre alt. Die soziale Situation und die Beschreibung ihrer Kontinenz unterschieden sich erheblich (siehe Tabelle 8). Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Daten wurden paraphrasiert, generalisiert, in zwei Phasen reduziert und in Kategorien abgebildet. Es konnten folgende sieben Kategorien gewonnen werden: Symptome, Diagnostik/Therapie, Gefühle, Selbstmanagement, Schwierigkeiten, Beckenbodentraining und Beeinflussende Faktoren. Aufgrund ihrer Größe wurde die Hauptkategorie „Beckenbodentraining“ in sieben Unterkategorien gegliedert: Setting, Leitung, Motivation, Erwartungen, Inhalt, Outcome und Alltag.

4.1 Probandinnen und Interviewsetting

Die Interviews fanden an den von den Probandinnen gewünschten Orten statt, bei ihnen zu Hause, auf einer Remobilisationsstation, wo sie sich momentan befanden oder auch auf ihrer Arbeitsstelle. Manche Teilnehmerinnen freuten sich über das Gespräch, andere wirkten so, als ob sie es möglichst schnell hinter sich bringen wollten. Beim kürzesten Interview wurden acht Minuten Tonmaterial aufgezeichnet, beim längsten Interview konnten 30 Minuten digitalisiert werden. Nicht einberechnet sind dabei die Gespräche, welche vor und nach den Interviews stattgefunden haben. Mit dem Einverständnis der Teilnehmerinnen wurden Daten der Gespräche außerhalb der digitalen Aufzeichnung notiert und ebenso zur Auswertung hinzugezogen. Nicht alle Probandinnen erteilten hierfür ihre Zustimmung, dies wurde respektiert und so wurden die Informationen aus diesen Gesprächen nicht notiert und nicht in die Auswertung der Daten einbezogen.

In der folgenden Tabelle sind das Alter der Probandinnen, deren soziale Situationen und deren Beschreibungen ihrer Kontinenzsituationen zusammengefasst:

	Alter	Soziale Situation	Kontinenzsituation
Frau 1	90	Selbständig allein lebend, zwei Kinder, verlässt ihre Wohnung aus	Harndranginkontinenz, Stuhlkontinenz abhängig von

		Angst vor inkontinenten Episoden kaum mehr, hatte vor kurzem eine Oberarmfraktur und kann daher diesen Arm nur eingeschränkt im Alltag einsetzen	Stuhlkonsistenz; unterschiedliche Kontinenzsituationen im Laufe des Lebens
Frau 2	56	Berufstätig, Wohnt mit Familie, hat vier Kinder, Mann ist verstorben	Hatte Harnstressinkontinenz vor allem beim Walken und Heben, nun kontinent
Frau 3	86	Lebt alleine in einem Appartement in einem Pensionistenwohnhaus, zwei Kinder, vier Schwangerschaften, nimmt gerne an Turngruppen im Pensionistenwohnhaus teil	Probleme mit Stuhlkontinenz seit etwa zehn Jahren
Frau 4	66	Allein lebend, pensioniert, mit Rollmobil mobil, hat soziale Dienste (Heimhilfe), subjektives Hauptproblem ist die Gleichgewichtssituation, nicht die Inkontinenz	Harnstressinkontinenz seit etwa fünf Jahren (vor allem beim Aufstehen)
Frau 5	49	Lebt mit Gatten, berufstätig, zwei erwachsene Kinder, studiert nebenbei. möchte auch ihre Mutter für ein Beckenbodentraining motivieren	Harnstressinkontinenz bei Kälte, Verkühlung und extremem Lachen seit etwa zwei Jahren
Frau 6	93	Lebt alleine, ledig, eine Entbindung, pensionierte Krankenschwester, verlässt Wohnung kaum mehr, verwendet Rollstuhl oder zwei Krücken	Harndranginkontinenz seit etwa sechs Jahren
Frau 7	34	Berufstätig, lebt mit Gatten und Tochter	Kontinent, Beckenbodentraining im Rahmen von Schwangerschaft und Rückbildung
Frau 8	73	Lebt alleine in einem Appartement in einem Pensionistenwohnhaus, hatte vor kurzem einen	Harnmischinkontinenz, Stuhlkontinenzprobleme abhängig von Stuhlkonsistenz

		Oberschenkelhalsbruch, ist momentan auf Rollstuhl und viel Unterstützung durch andere angewiesen	
--	--	--	--

Tabelle 8: Beschreibung der Interviewteilnehmerinnen von Sponring, 2014

4.2 Aufzeichnung des Datenmaterials

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet. Die Interviewsituation verlief folgendermaßen ab: Zuerst eine Begrüßung und Dank, dass sich die Dame bereit erklärt hat über ihre Erfahrungen mit Beckenbodentraining zu berichten. Im zweiten Schritt wurde der schriftliche „Informed Consent“ besprochen, welcher sowohl von der Probandin als auch von der Forscherin unterschrieben wurde. Dann, nach Ankündigung, erfolgte die digitale Aufzeichnung des Interviews. Zuletzt, nach Aufzeichnung des Interviews, kam es bei mehreren Damen zu einem Gespräch danach, in dem die Frauen noch über Dinge reden wollten, die ihrer Meinung nach nicht ins Interview passten, oder die sie nicht aufgezeichnet haben wollten. Diese Gespräche nach Beendigung der Aufzeichnung wurden nur mit Zustimmung der Probandin ins auszuwertende Datenmaterial aufgenommen.

Bei einem Interview (Interview vier) kam es bei der Digitalisierung zu einem technischen Defekt, das bedeutet, dass ein Teil des Interviews nicht digital aufgenommen werden konnte. Der fehlende Teil wurde noch am gleichen Tag als Gedankenprotokoll festgehalten, eine Verzerrung des Datenmaterials ist daher möglich und zu berücksichtigen.

Die Transkriptionen der digitalisierten Interviews stellten die Ausgangslage für die weitere Bearbeitung der Daten dar.

4.3 Paraphrasierung

Aus den Transskripten der Interviews und dem Gedankenprotokoll des vierten Interviews konnten 488 für die Beantwortung der Fragestellungen relevante Paraphrasen gewonnen werden. Diese Paraphrasen unterschieden sich sowohl in Länge als auch in der Höhe ihres Abstraktionsniveaus, was abhängig vom Ausgangsmaterial war. Für die Nachvollziehbarkeit hat jede Paraphrase eine fortlaufende Nummer innerhalb eines Interviews bekommen. Die

Zeilennummer der aus dem Transskript gewonnenen Textpassage wurde bei jeder Paraphrase angegeben. In den folgenden zwei Tabellen sind Beispiele von Paraphrasen aus zwei verschiedenen Interviews dargestellt:

Fortlaufende Nummer	Zeilennummer	Paraphrase
3	12 – 14	Übungen müssen bereits in der Jugend begonnen werden
4	16 – 17	Im Alter können Probleme etwas gestoppt werden
5	19 – 23	Fragliche Erkrankung und Untersuchung lösten Probleme mit Darm aus
6	25	Kann Stuhl nicht mehr so gut halten
7	30 – 31	Macht Beckenbodenübungen
8	33	Beckenbodenübungen im Rahmen von Sitztanz und Turnstunden
9	34 – 35	Ausmaß der Übungen hat sich mit dem Alter reduziert (nur mehr im Sitzen, nicht mehr im Liegen)
10	36	Unsicher, ob die Übungen etwas bewirken
11	37 – 38	Hat immer Sport betrieben und hatte keine Kontinenzprobleme
12	49 – 50	Laut Ärzten keine Auffälligkeiten des Darmes

Tabelle 9: Ausschnitt aus der Bearbeitung des Interviews mit einer 86 – jährigen Frau von Sponring, 2014

Fortlaufende Nummer	Zeilennummer	Paraphrase
1	3 – 4	Beckenbodentraining im Rahmen von Geburtsvorbereitungskurs
2	6	Hebamme hat angeleitet
3	8 – 9	Dreieinhalb bis vier Jahre her
4	12	Zu Hause und privat weiter geübt
5	14	Selbständig geübt
6	18 – 20	Übte ein bis zwei Mal die Woche für wenige Sekunden
7	22 – 24	Imaginationsübungen: Vorstellung Lift fahren und Nüsse

		knacken
8	31	Übungen im Liegen und im Sitzen
9	36 – 37	Beckenbodentraining im Rahmen von Rückbildungsgymnastik

Tabelle 10: Ausschnitt aus der Bearbeitung des Interviews mit einer 34 – jährigen Frau von Sponring, 2014

Durch die Paraphrasen erfolgt der erste inhaltsreduzierende Schritt in der Bearbeitung der Daten. Einerseits werden nur jene Textpassagen paraphrasiert, welche für die Beantwortung der Fragestellungen relevant erscheinen und andererseits werden Aussagen komprimiert. Bereits hier ist das Abstraktionsniveau äußerst unterschiedlich. Dies orientiert sich einerseits an dem Originaltext aus den Interviews und andererseits an der Möglichkeit, einzelne Aussagen sinnvoll zusammenfassen zu können.

4.4 Generalisierung

Nach der Paraphrasierung folgt die Generalisierung der gewonnenen Paraphrasen. Auch hier ist das Ziel eine Reduktion des Inhalts. Durch das Generalisieren der Paraphrasen werden die Daten auf ein höheres Abstraktionsniveau gehoben. Die generalisierten Paraphrasen bilden die Interviews in Stichworten ab, die chronische Reihenfolge bei diesem Bearbeitungsschritt noch erhalten.

Beispiele für den Bearbeitungsschritt Generalisierung von Paraphrasen bieten die nächsten zwei Tabellen, Tabelle 11 und Tabelle 12, aus zwei unterschiedlichen Interviews:

Paraphrase	Generalisierung
Seit zehn Jahren Wirbelsäulengymnastik aufgrund einer Empfehlung einer Freundin	Wirbelsäulengymnastik aufgrund Empfehlung
Ein Mal die Woche 1,25 Stunden	wöchentlich
Weiß nicht, was Leiterin hauptberuflich macht	Beruf der Leiterin unklar
Das Ganze wurde sehr gut vermittelt	Gute Vermittlung von Inhalten
Beckenbodenübung: zwicken, nach hinten	Anspannen, Halten und Entspannen

zwicken, zusammenzwicken und aufziehen und das Ganze eine Zeit lang lassen und dann wieder auslassen	
Beckenbodenübungen meistens im Stehen	Beckenbodenübungen im Stehen
Keine Schwierigkeiten bei der Durchführung	Keine Schwierigkeiten
Jetzt Probleme beim Stehen an sich	Stehen problematisch
Einschränkung der Mobilität	Mobilitätseinschränkung
Je mehr man trinkt, desto mehr muss man aufs WC	Trinkmenge beeinflusst Harnmenge

Tabelle 11: Ausschnitt aus der Bearbeitung des Interviews mit einer 73 – jährigen Frau von Sponring, 2014

Paraphrase	Generalisierung
Hatte bereits Probleme mit Kontinenz vor etwa fünf Jahren	Wiederholtes Kontinenzproblem
Beide Beckenbodentrainings bei Physiotherapeutinnen	Beckenbodentrainings bei Physiotherapeutinnen
Beckenbodentraining fand in einer Praxis statt	Setting Praxis
Physiotherapeutin appelliert an die Interviewperson zwecks Mitarbeit	Mitarbeit gefragt
Physiotherapeutin hat Funktion und Anatomie des Beckenbodens erklärt	Erklärung von Funktion des Beckenbodens
Instruktion für ein Heimübungsprogramm	Instruktion für Heimübungsprogramm
Physiotherapeutin ist mit Interviewperson zufrieden	Zufriedenheit mit Interviewperson
Übungen im Sitzen durchgeführt	Sitzend geübt

Tabelle 12: Ausschnitt aus der Bearbeitung des Interviews mit einer 56 – jährigen Frau von Sponring, 2014

Bei der Generalisierung können einzelne Wörter weggelassen werden. Beispiele dafür stellen in der Tabelle 12 „Instruktion für ein Heimübungsprogramm“ und „Beide Beckenbodentrainings bei Physiotherapeutinnen“ dar. Bei der ersten Paraphrase wurde im Rahmen der Generalisierung das „ein“ ausgeschnitten, bei der zweiten Paraphrase wurde

„beide“ weggelassen. Eine andere Möglichkeit ist die Zusammenführung von Begriffen wie es an Hand der Tabelle 11 ersichtlich ist, „Einschränkung der Mobilität“ wird zur „Mobilitätseinschränkung“ zusammengefasst. „Jetzt Probleme beim Stehen an sich“ (Tabelle 11) und „Übungen im Sitzen durchgeführt“ (Tabelle 12) wurden zu „Stehen problematisch“ und „Sitzend geübt“. Dies sind Beispiele für die Beibehaltung von ausgewählten Wörtern und Wortstämmen, aber auch Umwandlungen einzelner Wörter in andere Formen.

4.5 Reduktionen

Sowohl durch die erste als auch durch die zweite Reduktion wird der Inhalt weiter reduziert. Bei der ersten Reduktion wird, wie bereits oben erwähnt, die Streichung von identen, generalisierten Paraphrasen vorgenommen. Dies erfolgt über die gesamte Bearbeitung des Interviews, das bedeutet es ist egal, in welcher Reihenfolge sich die Paraphrasen befinden und in welcher Häufigkeit sie auftreten. Von jeder generalisierten Paraphrase bleibt ein Exemplar übrig. Im nächsten Schritt werden sinngleiche, generalisierte Paraphrasen fusioniert, um eine möglichst vielseitige, sich aber in Bedeutung nicht überschneidende, Basis für die Kategorienbildung zu erschaffen. In der folgenden Tabelle sind Beispiele bei der Vorgehensweise der Reduktionen angeführt:

Paraphrasen	Generalisierung/Reduktion
Beckenbodenübungen im Rahmen von Sitztanz, Turnstunden	Beckenbodenübungen im Rahmen von Turnübungen und –gruppen
Direkte Beckenbodenübungen kommen bei Gymnastikstunden vor	Beckenbodenübungen im Rahmen von Turnübungen und –gruppen
Angebot von Gruppen werden angenommen	Teilnahme an Gruppen
Zu Hause und privat weiter geübt	Selbständiges Üben zu Hause
Selbständiges Üben	Selbständiges Üben

Tabelle 13: Ausschnitt aus der Bearbeitung der Interviews mit einer 86 – jährigen und mit einer 34 – jährigen Frau von Sponring, 2014

Die ersten beiden Paraphrasen in Tabelle 13 sind nach der Generalisierung ident, daher wird eine der beiden im Rahmen der ersten Reduktion gestrichen. Die dritte generalisierte

Paraphrase „Teilnahme an Gruppen“ ist von der Sinnhaftigkeit bereits in „Beckenbodenübungen im Rahmen von Turnübungen und –gruppen“ enthalten, daher wird diese im Rahmen der zweiten Reduktion ebenfalls gestrichen. Auch bei der vierten und der fünften Paraphrase in der Tabelle ist ersichtlich, dass „Selbständiges Üben“ bereits in „Selbständiges Üben zu Hause“ beinhaltet ist.

Die Reduktion ist aber an dieser Stelle der Bearbeitung der Daten noch nicht abgeschlossen. Während der Kategorienbildung erfolgen noch weitere Reduktionen, die Präzisierung der Begriffe wird weiterhin angestrebt.

4.6 Kategorienbildung

Die Bildung der Kategorien fand zuerst innerhalb der einzelnen Interviews statt. Die dadurch gewonnenen acht Kategoriensysteme wurden dann zu einem großen Kategorienkonstrukt zusammengefügt und verfeinert. Es gab Kategorien, welche in mehreren Interviews vorkamen, aber es gab auch welche, die nur aus einem einzigen Interview hervor kamen. Besonders die Zusammenführung zu einem großen Kategoriensystem, welches das gesamte Datenmaterial abbildet, erforderte mehrmalige Bearbeitungsdurchgänge, wobei die Begriffe stets geschärft und optimiert wurden. Die Bearbeitung der acht Interviews ergaben 43 Kategorien, welche zu sieben Kategorien, nämlich Symptome, Diagnostik/Therapie, Gefühle, Selbstmanagement, Schwierigkeiten, Beckenbodentraining und Beeinflussende Faktoren, fusioniert wurden. Die Hauptkategorie „Beckenbodentraining“ wurde aufgrund ihrer Größe in sieben Unterkategorien, nämlich in Setting, Leitung, Motivation, Erwartungen, Inhalt, Outcome und Alltag, unterteilt.

Die Tabelle 14 zeigt die Kategorien im Überblick, die Tabelle 15 bildet die Kategorien im Detail ab.

Symptome
Diagnostik/Therapie
Gefühle
Selbstmanagement
Schwierigkeiten
Beckenbodentraining

<ul style="list-style-type: none"> - Setting - Leitung - Motivation - Erwartungen - Inhalt - Outcome - Alltag
Beeinflussende Faktoren

Tabelle 14 : Übersicht über die Kategorien von Sponring, 2014

Kategorie Symptome	<ul style="list-style-type: none"> - Urinverlust nach Entbindungen - Unterschiedliche Kontinenzsituation im Laufe der Zeit - Wiederholtes Kontinenzproblem - Stuhlinkontinenz abhängig von Stuhlkonsistenz - Drangsymptomatik - Harnverlust/Blasenprobleme bei Kälte, Husten, Laufen, Anstrengung, Aufstehen, Verkühlung, Lachen - Harnverlust am Weg zum WC - Blasenprobleme nach Tumor - Abhängig von Tagesverfassung - Vaginaler Schmerz
Kategorie Diagnostik/Therapie	<ul style="list-style-type: none"> - Aufsuchen von Ärztinnen und Ärzten - Miktions- und Trinkprotokoll - Stellung der Diagnose - Dranginkontinenz - Stressinkontinenz - Mischinkontinenz - Stuhlinkontinenz - Einlagen - Medikamente - Operation - Beckenbodentraining - Botoxinjektionen - Informationen über Dauerkatheter

	<ul style="list-style-type: none"> - Vaginale Heimelektrotherapie - Akkupunktur - Vielzahl an Behandlungen - Unverständliches Procedere
Kategorie Gefühle	<ul style="list-style-type: none"> - Schock über Diagnose - Panik - Belastung - Furcht - Erleichterung durch „loslassen“ - Unerträglichkeit - Misserfolg deprimiert - Nässe unangenehm - Sich nicht unter Kontrolle haben - Schuldgefühle - Scham - Spüren, dass etwas nicht stimmt - Hoffnung - Zweifel
Kategorie Selbstmanagement	<ul style="list-style-type: none"> - ist erste Strategie - anfangs möglich - Eigeninitiative - in Erinnerung rufen von Beckenbodentraining - Aktivierung von Bauch- und Beckenbodenmuskeln - Einschränkung des Aktionsradius - Wiederholende geistige Vorstellungen - Manueller Einsatz als Aufschubstrategie - Konsequente Durchführung des Übungsprogramms (täglich) - Kontinuierliche Steigerung der Übungsdauer - Integration der Übungen in den Alltag - Bewegungsübungen für den gesamten Körper - Beachtung der Kost - Kauf und Verwendung von Inkontinenzprodukten - Sich ausgewählten Personen anvertrauen

	<ul style="list-style-type: none"> - Ablenkung - Verwendung von Einlagen
Kategorie Schwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Halten von Stuhl/Harn - Dringlichkeit bei Stuhl- oder Harndrang - Weg zur Toilette - Häufige Toilettenbesuche - Stuhlkonsistenz kostabhängig - Fehlendes/mangelndes Wissen über Inkontinenz und Therapien - Broschüre/Internet allein nicht geeignet - Keine Überweisung und Instruktionen trotz Empfehlung des Gynäkologens - Kein Beckenbodentraining im Rahmen der Entbindungen - Konzentration bei Ermüdung - Beckenbodenspannung bei Aktivitäten halten - Kein zuverlässiges Gelingen der Beckenbodenaktivierung - Kein selbständiges Üben - Keine Symptome - keine Übungen - Zweifel über Durchführungskompetenz - Keine Wirkung der Therapien - Fehlen von Unterstützung, Verständnis, Bemühungen, Interesse und Erklärungen seitens der Professionellen - Fehlendes Vertrauen zu Ärzten und Ärztinnen - Inkontinenz in der Gesellschaft
Kategorie Beckenbodentraining	
Setting	<ul style="list-style-type: none"> - Einzeltherapien/Gruppen - Freiberufliche Physiotherapiepraxis - Wirbelsäulengymnastik/Turngruppen - Im Rahmen eines Reha-Aufenthaltes - Im Rahmen einer Kurzzeitpflege - Im Rahmen der Krankenschwesterausbildung

	<ul style="list-style-type: none"> - Im Spital - Geburtsvorbereitungskurs/Rückbildungsgymnastik - Nähe vom Zuhause/Anfahrtsweg
Leitung	<ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapeutin - Leiterinnen von Gymnastikgruppen - Hebamme - Ergotherapeutin - Referat eines Arztes - Ausbildung - Empfehlung - Therapeutinnen – Patientinnen – Verhältnis - Feedback - Beantwortung von Fragen - Motivation - Kompetenz - Vorbild - Respekt, Wertschätzung - Ruhe - Bemühung - Angemessene soziale Interaktion - Keine Beratung bezüglich Produkte
Motivation	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinenzsituation positiv beeinflussen - Beeinflussung von Aktivitäten durch Inkontinenz - Schwangerschaft - Prophylaxe/Prävention - Vorhandenes Angebot - Verordnung - Teil vom Turnen - Spezifisches Beckenbodentraining nur mit ärztlicher Verordnung/bei Verschlechterung der Kontinenz - Einfache Durchführung - Darüber gehört und gelesen - Sich etwas Gutes tun - abhängig vom Leidensdruck

Erwartungen	<ul style="list-style-type: none"> - Übungen unter therapeutischer/professioneller Anleitung - Verbesserung/Erhaltung der Kontinenzsituation - Prophylaxe/Prävention - Stärkung der Schließmuskel - Beckenbodenkontraktion bei jeder Gelegenheit - Rechtzeitiges Erreichen des WCs - Positiver Einfluss für Gebärmutter - Beckenbodentraining für sich selbst und für andere - Sich Zeit nehmen - Ruhe und Konzentration - Bei Übungen nicht gesehen werden - Kontinuierliches Üben
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Erklärung der Beckenbodenfunktion - Palpation/Untersuchung - Wahrnehmung - Vorstellungshilfen (Kern, Lift, Nüsse knacken, Sitzbeinhöcker zusammen ziehen) - Aktivierung, Halten und Entspannung - Ausdauer - Übungen in Kombination mit der Atmung - Einfluss der Haltung - Heben - Verhaltenstipps - Erarbeitung eines Übungsprogramms - In verschiedenen Ausgangsstellungen (Liegen, Sitzen, Stehen) - Möglichkeit des Nachfragens - Teil von Gymnastik - Theoretischer Vortrag, Information über Inkontinenz
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Kontinenzsituation - keine Operation - Kaum/keine Verbesserung - Unsicherheit über Wirksamkeit

	<ul style="list-style-type: none"> - Abhängig von der Kompetenz der Therapeutin - Abhängig von der Durchführung - Positive, lustvolle Erfahrung
Alltag	<ul style="list-style-type: none"> - Beckenbodentraining täglich während der Arbeit - Tägliches Gymnastikprogramm umfasst unter anderem Beckenbodenübungen - Selbständiges Üben zu Hause für ein bis zwei Mal die Woche für wenige Sekunden - Wöchentlich im Rahmen von Gymnastikgruppe - Sporadisches Üben - Wenige Wiederholungen/Nicht im Sinne von Training - Übungen vor dem Einschlafen: Anspannung des gesamten Körpers - Kein selbständiges Durchführen von Beckenbodenübungen
Kategorie Beeinflussende Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen/Unwissen über Inkontinenz, Therapieformen und Beckenboden - Sicherheit/Unsicherheit in der Durchführung - Reproduzierbarkeit der Übungen - Erfolg/kein Erfolg - Psychische Komponente - Alter/körperlicher Zustand/Mobilitätseinschränkungen - Benötigt Unterstützung/Abhängigkeit - Andere (gesundheitliche) Probleme - Körperliche Veränderungen in der Schwangerschaft und nach Entbindungen - Einstellung zum Beckenbodentraining - Atmosphäre

Tabelle 15: Kategorien von Sponring, 2014

4.6.1 Kategorie Symptome

Die Symptome, über welche die Probandinnen berichteten, beinhalteten unterschiedliche Formen von unwillkürlichem Harn- und/oder Stuhlverlust, von plötzlich auftretenden

Dranggefühlen über Harnverlust beim Husten, Niesen und Lachen bis hin zu vaginalem Schmerz. Die Drangsymptomatik wird von einer 86 – jährigen Frau mit: „*Da gibt's nix, na, als wie rennen*“ beschrieben. Gesprochen wird öfters von Blasenproblemen, welche Drangsymptomatik und Schwierigkeiten beim Halten von Harn beinhalten. Das Wort Inkontinenz wird eher vermieden. Jene Teilnehmerinnen, welche Stuhlkontinenzprobleme angaben, verbanden diese stets mit der Stuhlkonsistenz, also je flüssiger der Stuhl ist, desto schwieriger stellt sich die anale Kontinenzsituation für sie dar.

„...ich nicht nur Harninkontinenz hab, sondern ich hab dann im Spital mir eine Darminfektion geholt und war fast drei Monate auch stuhlinkontinent und erst durch die erst 14-tägige Behandlung jetzt im Krankenhaus hab ich jetzt wenigstens einen gefestigten Stuhl und hab das einigermäßen in der Hand (90 – jährige Frau).“

Beeinflusst werden diese Symptome von der aktuellen Tagesverfassung. Vor allem die Frauen mit Harnstressinkontinenz gaben an, dass sich Kälte und Verkühlung auf ihre Kontinenzsituation negativ auswirken, Harnverlust tritt vor allem beim Husten, Laufen, Aufstehen und bei Anstrengung auf. Eine 49 – jährige Probandin sprach folgendermaßen über ihre Kontinenzsituation:

„Na also besonders sensibel reagieren, wenn ich bissel, wirklich nur ein bissel verkühlt bin, ist das, ist die Erste, wo das sofort fühlbar ist, dass ich verkühlt bin. Also da ein bissel Schnupfen, schon wieder Problem mit der Blase, aber sonst, wenn jemand extrem lacht, dann auch, aber sonst nicht.“

Bei manchen älteren Damen kam hinzu, dass das Aufstehen an sich bereits eine sehr anstrengende Tätigkeit sein kann und Zeit in Anspruch nimmt.

„Zum Beispiel, wenn ich aufstehe und ich muss aufs Klo gehen, jetzt kann ich nicht geschwinder halt. Früher bin ich halt gerannt... (73 – jährige Frau)“

Probleme mit der Kontinenz wurden von mehreren interviewten Personen als wiederholend und wiederkehrend im Laufe ihres Lebens beschrieben. Eine 90 – jährige Frau sagte dazu folgendes: „*Ja, das ist dann vergangen und wiedergekommen*“.

4.6.2 Kategorie Diagnostik/Therapie

Die Phase der Diagnosestellung spielte für manche Interviewteilerinnen eine wesentliche Rolle. Meist wurden Ärzte und Ärztinnen Hilfe suchend zu Rate gezogen, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Fachärztinnen und Fachärzte in den Disziplinen Gynäkologie und Urologie wurden kontaktiert. Aber neben der Stellung einer

Diagnose, wie Stress-, Drang- oder Mischharninkontinenz oder Stuhlinkontinenz, fanden die Frauen in den seltensten Fällen Hilfe und Unterstützung. Eine Interviewteilnehmerin erzählte, was ihr Gynäkologe zu ihr sagte, als sie sich mit ihren Problemen an ihn wand:

„Ich hab meinem Frauenarzt gesagt, hören's da muss was passieren, ich kann den Harn nicht zurückhalten. „Reißen's Ihnen zusammen“, das war das Einzige, was ich gehört hab (73 – jährige Frau).“

Die Therapieangebote unterschieden sich gravierend, während einer Dame lediglich Einlagen verschrieben wurden, wurde einer anderen Probandin eine Operation vorgeschlagen, welche sie aufgrund von Unsicherheit ablehnte, der nächsten Frau wurde Beckenbodentraining von ihrem Gynäkologen empfohlen, aber es wurde keine Überweisung ausgestellt und auch keine Instruktion zur Durchführung erteilt. Vor allem eine 73 – jährige Interviewteilnehmerin berichtete ausführlich von ihren Erfahrungen ihrer Diagnosestellung und zahlreicher Behandlungen:

„Die Ärzte sagen Dir nichts, wenn du nicht extra fragst. Sag ich: „Na was ist jetzt?“ „Na, Sie bekommen ein Medikament, ich schreib Ihnen den, Ihr Rezept auf und schick's Ihrem Frauenarzt.“ Sag ich: „Warum geben Sie das nicht mir?“ Dem Frauenarzt muss er das schicken... Na bin ich halt hingegangen zum Frauenarzt, hab mir das Medikament geholt, hab es fleißig genommen und hab immer bitte, bitte liebe Kapsel... Ich bin a bissel deppert in der Richtung. Hat nichts geholfen natürlich. Da hab ich einen Schlaganfall noch gehabt, der hat das Ganze noch verstärkt. Da hat er mich in so eine Urologie geschickt mit Harn und so, weil ich war jetzt schon in so vielen Spitälern. Die hat gesagt, das ist ein falsches Medikament, das ist dafür und nicht dagegen. Sag ich: „Na super!“ Na ja... Das einzige Resümee aus dem Ganzen war von meiner von meiner Ärztin: „Das ist an sich ein Supermedikament, aber das haben Sie halt nicht vertragen.“ Den letzten beißen die Hunde. Das ist der Patient, net. Wenn's nicht anders geht, kannst der halt nicht vertrauen. Das ist das Einzige, was man sagen kann dann, net und net und der Arzt hat vielleicht einen Fehler gemacht und hat mir ein falsches Medikament aufgeschrieben, das nicht natürlich, net a das ist halt so. Und dann hab ich endlich gewusst, was das ist eine Inkontinenz (73 – jährige Frau).“

In diesem Zitat wird ein für die Interviewteilnehmerin unverständliches Procedere beschrieben, welches ihr Vertrauen in Professionelle aus dem Gesundheitswesen, in diesem Fall insbesondere Ärztinnen und Ärzte, mindert. Neben der medikamentösen Therapie berichtete die gleiche Frau über Botulinumtoxinjektionen, Akupunktur, vaginaler Heimelektrotherapie und Einholen von Informationen zu einem Dauerkatheter.

Auf die Erfahrungen mit Beckenbodentrainings als therapeutische Maßnahme wird im Kapitel 4.6.6 Kategorie Beckenbodentraining ausführlich eingegangen.

4.6.3 Kategorie Gefühle

Gefühle spielen im Zusammenhang mit dem Erleben von inkontinenten Episoden, mit den Erfahrungen mit Professionellen aus dem Gesundheitswesen und mit dem Beckenbodentraining an sich eine Rolle. Ein Gefühl, welches genannt wurde war Furcht. Diese Furcht bezog sich darauf, dass jederzeit eine inkontinente Episode passieren könnte, auch von Unerträglichkeit wurde in diesem Zusammenhang gesprochen. Diese Angst und die mit Inkontinenz verbundenen Schamgefühle führen zu sozialen Einschränkungen, Inkontinenz wird als Belastung erlebt.

„...weil es mir schon auf der Straße, im Kaffeehaus oder irgendwo passiert ist und es war dann natürlich dann unerträglich Stuhl-, Stuhl-, eine solche Stuhlinkontinenz (90 – jährige Frau).“

Als unangenehm wird die Nässe empfunden, die bei nassen Einlagen und bei feuchter Kleidung auftritt. Erleichterung wird durch das „Loslassen“ beschrieben. Wenn eine inkontinente Episode innerhalb der eigenen vier Wände passiert, ist es um ein Vielfaches leichter zu ertragen, als wenn es in der Öffentlichkeit passiert.

„...passiert's mir in der Toilette, ist es mir nicht so unangenehm, wie wenn es mir auf der Straße passiert oder im Hausflur. Und aber wenn ich dort drinnen bin, schaff ich's dann oft nicht mehr und dann lässt meine... meine Konzentration, und der Wille, das durchzustehen einfach nach und ich lass es einfach laufen. Jetzt bin ich erlöst von diesem Druck...(90 – jährige Frau).“

„Sich nicht unter Kontrolle haben“, also nicht zuverlässig selbst bestimmen zu können, wann die Ausscheidung von Harn und/oder Stuhl stattfinden soll, zählt ebenso zu den Gefühlen, welche die Interviewteilnehmerinnen beschäftigt. Diese Tatsache erweckt in manchen Schuldgefühle, aber auch andere Personen, wie zum Beispiel der Gynäkologe einer 73 – jährigen Frau, welcher zu ihr *„Reißen's Ihnen zusammen“* sagte, können Schuldgefühle bei den Betroffenen hervor rufen oder verstärken.

Frauen berichteten, dass sie spürten, dass etwas nicht stimme, und so wandten sie sich an Ärztinnen und Ärzte. Dennoch kann das Erfahren einer Diagnose als Schock erlebt werden, fehlende Verarbeitungszeit und ausbleibende Empathie seitens der Professionellen aus dem Gesundheitswesen können zur Panik führen. So wurde einer Dame eine Operation empfohlen

und ohne ihre Zustimmung bereits organisiert, auf die Gefühlssituation der Patientin wurde in diesem Fall keine Rücksicht genommen:

„...„Ja, nach dem, was Sie mir schildern, sind Sie nicht nur harn- sondern auch stuhlinkontinent und ich mach das in einer Operation.“ Beides! Und ich war verblüfft. Ich hab vorher nicht gewusst, dass ich das hab. Ich geh hinaus aus der Ordination und draußen sitzt seine Frau und die hat gesagt: „Ja, Frau x, ich hab Ihnen im Spital schon das Zimmer schon bestellt. Sie können übermorgen kommen. Sie brauchen das, das...“ Ich hab gesagt: „Liebe Frau, ich hab grad erfahren, was ich hab.“ Und jetzt hat's schon ein Bett für mich bestellt. Wie stellen Sie sich das vor? Und da hab ich so eine Panik bekommen, dass ich vorerst einmal nichts gemacht hab (90 – jährige Frau).“

Diese Dame ließ sich nicht operieren, wandte sich diesbezüglich erst viele Jahre später wieder an einen Arzt, welcher ihr mitteilte, dass sie nun zu alt für eine Operation sei.

Mit dem Beckenbodentraining an sich werden Gefühle wie Hoffnung und Zweifel beschrieben. Es wird gehofft, dass das Beckenbodentraining hilft, also dass die Kontinenz verbessert oder beibehalten wird. Es herrscht aber auch Zweifel, ob dies mit Beckenbodentraining in den Griff zu bekommen ist. Bleibt der Erfolg aus, also können inkontinente Episoden nicht vermindert werden, werden die Betroffenen von den Misserfolgen deprimiert. Eine Interviewteilnehmerin meint dazu folgendes:

„Also, das versuch ich und das gelingt mir auch sehr häufig, aber manchmal gelingt's mir eben nicht. Das deprimiert mich. Vielleicht schaff ich es, oder ich schaff es halt nicht (90 – jährige Frau).“

4.6.4 Kategorie Selbstmanagement

Die interviewten Frauen haben alle ein eigenes, individuelles Selbstmanagement im Umgang mit ihrer Kontinenzsituation. Dieses ist die erste Strategie und sie erweist sich je nach Stärke des Symptoms und dem damit verbundenen Leidensdruck unterschiedlich lang ausreichend, bevor die Betroffenen Hilfe und Unterstützung suchen. Eine Dame mit Stuhlkontinenzproblemen, welche Beckenbodentraining im Rahmen von Turn- und Gymnastikübungen durchführt, lehnt ein spezifisches, ärztlich verschriebenes Beckenbodentraining durch eine Therapeutin oder einen Therapeuten ab:

„Na, das kommt für mich nicht in Frage, weil das ist schon noch im Bereich, wo ich mich selber kann darüber kümmern, sagen wir (86 – jährige Frau).“

Auf Eigeninitiative wird recherchiert, man möchte tätig werden. Das Selbstmanagement kann Unterschiedliches beinhalten, Beckenbodenübungen werden in Erinnerung gerufen, Bauch- und Beckenbodenmuskeln werden bei Harn- und/oder Stuhldrang aktiviert. An wiederholende, geistige Vorstellungen wie das Geschlossenhalten der Blase und der Harnröhre wird gedacht, manueller Einsatz als Aufschubstrategie, also Druck von außen auf die Beckenbodenmuskulatur wird angewandt. Der Aktionsradius wird eingeschränkt, die Wohnung wird nur mehr ungern verlassen oder Freizeitaktivitäten werden reduziert. Ein Übungsprogramm wird täglich durchgeführt und kontinuierlich in der Intensität und Dauer gesteigert. Beckenbodenübungen werden in den Alltag der Frauen integriert, ebenso Bewegungsübungen für den gesamten Körper. Augenmerk gilt der Beachtung der Kost im Hinblick auf die Stuhlkonsistenz, Inkontinenzprodukte werden gekauft und verwendet, da diese den Betroffenen Sicherheit geben. Ausgewählte Personen, wie zum Beispiel Freundinnen, werden ins Vertrauen gezogen. Ablenkung bei akutem Harn- oder Stuhldrang wird auch als eine Aufschubstrategie angewandt.

4.6.5 Kategorie Schwierigkeiten

Die Kategorie Schwierigkeiten umfasst einerseits Probleme im Leben mit Inkontinenz und andererseits Probleme im Zusammenhang mit dem Beckenbodentraining. Als Hauptproblem wurde öfters das Halten von Harn und/oder Stuhl angegeben, was auch meistens der Grund für ein Beckenbodentraining war. Das Halten von Harn und/oder Stuhl wurde auch in mehreren Fällen im Verhältnis zur Zeit gesehen. Wird ein Harn- oder ein Stuhldrang verspürt, so muss rasch eine Toilette aufgesucht werden, damit es zu keiner inkontinenten Episode kommt. Eine 86 – jährige Dame gab auf die Frage, was sie mache, wenn sie einen Stuhldrang verspüre, folgendes an: *„Entweder rennen oder sowieso eine Einlage nehmen.“* Vor allem nachts spielt der Zeitfaktor bei den älteren Damen eine erhebliche Rolle. Eine weitere Schwierigkeit kann der Weg zur Toilette an sich darstellen. Neben dem bereits erwähnten Zeitfaktor kann die Bewältigung des Weges zur Toilette aufgrund von eingeschränkter Mobilität und damit verbundener körperlicher Anstrengung problematisch sein. Häufige Toilettenbesuche beanspruchen viel Zeit und sind mühsam.

„...erst wenn ich mich aufsetz, wenn ich aufsteh und dann... und da ich sehr langsam bin, rinnt's natürlich ununterbrochen (73 – jährige Frau).“

Eine weitere Schwierigkeit wird bei der Stuhlkonsistenz, welche kostabhängig ist, gesehen. Es wird geachtet, was gut vertragen wird und die Kost wird dahingehend sorgfältig ausgewählt.

Fehlendes oder mangelndes Wissen über Inkontinenz, also über die Bedeutung, Arten und Therapiemöglichkeiten von Inkontinenz, führen zu Unsicherheit und verstärken die Tabuisierung der Thematik Inkontinenz. Zwei Beispiele dazu bieten diese beiden Ausschnitte aus den Interviews:

„...hab gehört, das ist eine Mischinkontinenz... Was immer das auch heißen mag (73 – jährige Frau).“

„Jetzt hat man festgestellt, ich hab eine Dranginkontinenz, was immer man darunter versteht (90 – jährige Frau).“

Im Internet findet man zwar rasch Informationen zum Thema Inkontinenz und Beckenbodentraining, ebenso in Broschüren, diese allein werden aber als nicht geeignet empfunden. Einer Dame wurde ein Beckenbodentraining durch ihren Gynäkologen empfohlen, es folgten jedoch keine Instruktion zur Durchführung und keine Überweisung oder Empfehlung. Beckenbodentraining im Rahmen von Entbindungen wurde nicht allen Interviewteilnehmerinnen angeboten, dies wäre eigentlich ein passender Zeitpunkt Beckenbodenübungen bekannt zu machen und das Thema Inkontinenz anzusprechen.

Dezierte Schwierigkeiten bei der Durchführung von Beckenbodenübungen sind die Konzentration bei Ermüdung, das Halten der Beckenbodenspannung während verschiedenen Aktivitäten, wie zum Beispiel Aufstehen, Gehen oder Lachen, die Unzuverlässigkeit des Gelingens der Beckenbodenaktivierung und der Zweifel über die eigene Durchführungskompetenz. Die Qualität der Durchführung der Übungen erscheint in manchen Fällen fraglich, da Beckenbodenübungen mit Aktivierung der Gesäßmuskulatur assoziiert werden oder da davon ausgegangen wird, dass die Beckenbodenmuskeln beim Anspannen des ganzen Körpers dabei sind. Auf die Frage, ob die Probandin eine Beckenbodenübung beschreiben könne, welche sie durchführe, antwortete sie folgendes:

„Gut, wenn ich sitze... das Gesäß heben ganz einfach und zusammenzwicken. Das ist eigentlich das Ganze, aber ich muss halt wirklich heben und zusammenzwicken (86 – jährige Frau).“

Ein weiteres Problem besteht darin, dass das Beckenbodentraining nicht immer konsequent durchgeführt wird. Sind keine Symptome mehr vorhanden, so werden die Übungen nicht durchgeführt. Eine ausbleibende Verbesserung der Kontinenzsituation durch Beckenbodenmuskeltraining und auch andere Therapiemaßnahmen werden von einer 73 –

jährigen Frau beschrieben: *„Waren’s alle sehr bemüht, aber rausgekommen ist im Endeffekt nichts.“*

Beklagt werden außerdem fehlende Unterstützung, Bemühungen, Erklärungen, mangelndes Verständnis und Interesse seitens der Professionellen, insbesondere seitens der Ärztinnen und Ärzte. Damit verbunden ist ein kaum vorhandenes Vertrauen zu den Medizinerinnen und Mediziner.

Das Thema Inkontinenz im Bezug auf die Gesellschaft wurde insbesondere von einer 93 – jährigen Interviewteilnehmerin kritisch betrachtet. Bedauert wurde der geringe Bekanntheitsgrad von Beckenbodenübungen, da diese für die Prophylaxe von Inkontinenz sehr wichtig sind. Beckenbodenübungen sollten am besten bereits von Jugend an in ein ausgewogenes Bewegungsprogramm aufgenommen werden:

„...und ich bin dafür, dass es bekannt wird, weil es wirklich hilft, weil da muss man früh anfangen, wenn noch nichts da ist, sollte man das machen (93 – jährige Frau).“

„...aber das gehört von den Jungen angefangen. Das gehört schon im Kindergarten angefangen (86 – jährige Frau).“

Dadurch, dass eine inkontinente Episode überall, in der Öffentlichkeit, im Restaurant oder im Beisein mit Bekannten passieren kann, ist die Gefahr der sozialen Isolation aufgrund von Schamgefühlen gegeben.

„...und das ist unerträglich, weil ich hab die letzten drei Monate nicht mehr außer Haus gehen können, weil ich nicht nur Harninkontinenz hab, sondern ich hab dann im Spital mir eine Darminfektion geholt und war fast drei Monate auch stuhlinkontinent... (90 – jährige Frau).“

4.6.6 Kategorie Beckenbodentraining

Die Hauptkategorie Beckenbodentraining wurde aufgrund ihrer Vielseitigkeit und Fülle in die sieben Unterkategorien Setting, Leitung, Motivation, Erwartungen, Inhalt, Outcome und Alltag gegliedert. Die unterschiedlichen Erfahrungen der interviewten Frauen füllten die Kategorien mit verschiedenen Aspekten des Beckenbodentrainings.

4.6.6.1 Setting

Das Setting umfasst die Rahmenbedingungen des Beckenbodentrainings. Die Interviewteilnehmerinnen führten Beckenbodenübungen und Beckenbodentraining in einer

Praxis einer freiberuflichen Physiotherapeutin, im Rahmen von Turngruppen oder einer Wirbelsäulengymnastik, während eines Rehabilitationsaufenthaltes oder einer Kurzzeitpflege, in einem Spital, im Zuge der Ausbildung zur Krankenschwester oder im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen und Rückbildungsgymnastik durch. Geübt und trainiert wurde teilweise in der Einzeltherapie, aber auch in Gruppen. Der Weg, welcher zum Ort der Therapie oder des Turnens zurückgelegt werden muss, hatte bei den Probandinnen eine unterschiedliche Bedeutung. Während eine 73 – jährige Dame aufgrund einer Empfehlung einer Freundin einen weiteren Weg zu ihrer Wirbelsäulengymnastik aufnahm, entschied sich eine andere Dame aufgrund der unmittelbaren Nähe für das Beckenbodentraining bei einer freiberuflichen Physiotherapeutin.

„...und da war ich sehr zufrieden und drum bin ich auch dorthin gegangen. Auch weil's das Nächste eigentlich ist da in der Umgebung (56 – jährige Frau).“

Aufgrund einer Einschränkung ihrer Mobilität konnte die 73 – jährige Frau zur Zeit des Interviews den für sie weiten Weg zu ihrer Gymnastikgruppe nicht zurück legen.

4.6.6.2 Leitung

Unter der Kategorie Leitung konnten verschiedene Berufsgruppen, welche Beckenbodentraining anbieten, und Beschreibungen dieser Personen sowie die Erwartungen an diese gesammelt werden. Die leitenden Personen des Beckenbodentrainings oder der Beckenbodenübungen waren Physiotherapeutinnen, Leiterinnen von allgemeinen Gymnastikübungen, eine Hebamme und eine Ergotherapeutin. Im Rahmen ihrer Ausbildung zur Krankenschwester lernte eine Dame über den Beckenboden und eine Beckenbodenübung durch ein Referat eines Arztes. Dieser war die einzige männliche Person, welche Inhalte zum Thema Beckenboden vermittelte, alle anderen Probandinnen sprachen stets von einer weiblichen Leitung des Beckenbodentrainings.

Eine spezifische Ausbildung der Person, welche Beckenbodentraining anleitet, wird erwünscht, eine 86 – jährige Frau meint dazu folgendes:

„Dass sie ausgebildet ist, dass die das gelernt hat. (...) Ja, da werden billige Kräfte genommen und die können vielleicht einen Schaden auch anrichten, net, könnte auch sein, net (86 – jährige Frau).“

Eine andere Dame hingegen interessierte sich nicht für die Ausbildung der Leiterin, ihr war es wichtiger, dass das gesamte Turnen Spaß macht.

Empfehlungen von Bekannten oder Ärztinnen und Ärzte können der erste Schritt zur Therapie oder Turngruppe sein, diesen Empfehlungen wird gerne nachgegangen. Das Verhältnis zwischen Therapeutin beziehungsweise Leiterin und Patientin beziehungsweise Klientin ist maßgeblich für den Lern- und Trainingsprozess. Die Zuversicht seitens der Therapeutin, dass das Kontinenzproblem in den Griff zu bekommen ist, ein aufrichtiges Feedback zur Durchführung der Übungen und die Beantwortung von Fragen steigern die Motivation der Übenden. Kompetenz, Vorbildwirkung, Respekt, Wertschätzung, Ruhe und Bemühungen werden von der Leiterin erwünscht und geschätzt. Die Kompetenz beinhaltet Wissen über das Beckenbodentraining an sich, über Inkontinenzformen und Beratung hinsichtlich der Übungen und Funktionen des Beckenbodens. Ebenso soll die Leiterin Erfahrung mit Patientinnen beziehungsweise Klientinnen haben. Die Übungen sollen erklärt und demonstriert werden. Die Beratung bezüglich Inkontinenzversorgung wird von dieser Person nicht erwartet. Eine angemessene soziale Interaktion soll für die Fachperson eine Selbstverständlichkeit sein.

4.6.6.3 Motivation

Die Motivation, warum ein Beckenbodentraining begonnen wurde oder warum das Interesse zur Förderung der Kontinenz erwacht ist, beeinflusst die Vorgehensweise und die Zielsetzung beim Beckenbodenmuskeltraining. Einerseits können Beckenbodenübungen als Prophylaxe durchgeführt werden, bei bestehender Inkontinenz andererseits wird ein gezieltes Beckenbodentraining zur Verbesserung erforderlich sein. Der Motivationshintergrund, welcher bei mehreren Frauen genannt wurde, war der Wunsch, ihre Kontinenzsituation positiv zu beeinflussen. Aktivitäten des täglichen Lebens, auch die Freizeitgestaltung, waren bereits teilweise durch den unwillkürlichen Verlust von Harn und/oder Stuhl gekennzeichnet. Einen präventiven Aspekt hat Beckenbodenmuskeltraining in der Schwangerschaft und auch nach Entbindungen, eine Inkontinenz möchte verhindert werden. Verordnungen durch Ärztinnen und Ärzte, sowie ein vorhandenes Angebot erleichtern den Schritt zum Tätig werden. In manchen Fällen wird ein spezifisches Beckenbodentraining unter therapeutischer Anleitung als nicht notwendig empfunden, dies sei dezidiert nur mit ärztlicher Verordnung bei Verschlechterung der Kontinenzsituation in Betracht zu ziehen, Beckenbodenübungen im Rahmen von Turngruppen reichen aus. Andere Motivationsgründe können sein, dass darüber gehört und gelesen wurde, dass sich etwas Gutes getan werden möchte und dass von einer einfachen und durch andere Personen nicht sichtbare Durchführung ausgegangen wird. Zu

bedenken ist auch, dass die Motivation abhängig vom Leidensdruck ist. Eine Probandin meinte dazu folgendes:

„Ja, doch, sicher, wenn ich ein Problem habe, dann bin ich ja motiviert zu üben (34 – jährige Frau).“

4.6.6.4 Erwartungen

Die Erwartungen und Ziele, welche die Probandinnen vor ihrem Beckenbodentraining hatten oder auch haben, betrafen einerseits das Beckenbodentraining an sich und andererseits die eigene Person. Erwartet werden Übungen für den Beckenboden unter therapeutischer beziehungsweise unter professioneller Anleitung zur Prävention von Inkontinenz, zur Erhaltung der aktuellen Kontinenzsituation oder zur Verbesserung der Kontinenzsituation. Ein spezifisches Ziel oder auch Wunsch kann das rechtzeitige Erreichen der Toilette sein:

„Ja, hmm..., was man sich normal wünscht, ha, wenn man inkontinent ist... Rechtzeitig, wenn man den Harndrang spürt, bis zu einer Toilette kommt, wo man den Harn.... loslassen kann. Mehr... das ist das Einzige, was ich mir wünsche (90 – jährige Frau).“

Durch die Absolvierung eines Beckenbodenmuskeltrainings werden die Beckenbodenkontraktion bei jeder Gelegenheit im Alltag und die Stärkung der Schließmuskel erwartet, ebenso wird an einen positiven Einfluss für die Gebärmutter gedacht. In einem Fall gab die interviewte Frau an, dass das Beckenbodentraining nicht nur für sich sondern auch für ihre Mutter sein soll:

„Also einmal im Monat ist sie [die Mutter] eine Woche bei mir und diese Woche möchte ich schon ausnutzen, dass wir das gemeinsam dann machen und ich hoffe, dass dann wird sie dann weitermachen selber und ich natürlich hoffe, bei mir selber, dass ich die Zeit mir nehme und wirklich das auch dann weitermache (49 – jährige Frau).“

Die Erwartungen an sich selbst beinhalten das Aufbringen von Ruhe und Konzentration, kontinuierliches Üben, sich Zeit nehmen und dass man bei den Übungen nicht gesehen wird.

4.6.6.5 Inhalt

Der Inhalt des Beckenbodentrainings umfasste so gut wie in allen Fällen eine Erklärung der Funktion und der Anatomie des Beckenbodens. Lediglich eine Dame berichtete von einer körperlichen Untersuchung, also einer Palpation des Beckenbodens durch eine Physiotherapeutin. Diese Probandin äußerte im Zusammenhang mit der Palpation keine

Empfindungen, sie ging darauf nicht näher ein. Die Selbstwahrnehmung des Beckenbodens hat einen hohen Stellenwert, da es beim Beckenboden um eine Körperregion geht, welche meist mit Kleidung bedeckt ist, tabuisiert wird und welcher oft nur sehr wenig Beachtung zuteil wird. Das Grundprogramm des Beckenbodenmuskeltrainings sind Aktivierung, Halten der Spannung und Entspannung der Beckenbodenmuskulatur. Vorstellungshilfen wie das Aufnehmen von Kernen, das Knacken von Nüssen oder das Zusammenziehen der Sitzbeinhöcker können für die Aktivierung des Beckenbodens hilfreich sein. Ebenso wird mit der Vorstellung, dass der Beckenboden ein Aufzug sei und dieser bei einer Kontraktion hinauffährt und beim Entspannen hinunter, gearbeitet. Ein Ausdauertraining wurde durch möglichst langes Halten der Beckenbodenkontraktion durchgeführt, dies wurde an Hand der Zeit gemessen. Die Beckenbodenaktivierung wurde in Kombination mit der Atmung, beim Heben und unter Berücksichtigung einer physiologischen Körperhaltung geübt. Diese Übungen wurden in verschiedenen Ausgangsstellungen, wie im Liegen, Sitzen oder Stehen, durchgeführt. Bei den älteren Frauen wurde vor allem von Übungen im Sitzen gesprochen. Zum Inhalt eines Beckenbodentrainings wurden auch Verhaltenstipps assoziiert, welche Aufschubstrategien, das Verhalten auf der Toilette und den Alltag betrafen. Das Erarbeiten eines eigenen Heimübungsprogrammes ist für die selbständige Durchführung der Übungen essentiell. Geschätzt wurde die Möglichkeit des Nachfragens vor allem im Rahmen der Therapie, da auf diese Weise Unklarheiten geklärt werden können. Diejenigen, welche Beckenbodenübungen im Rahmen von Gymnastikgruppen durchgeführt hatten, berichteten vor allem von den Übungen an sich, aber weniger über theoretische Aspekte. Vorträge, in denen Informationen über Inkontinenz und Therapiemöglichkeiten erteilt wurden, fanden zum Beispiel im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes gesondert zum Beckenbodentraining statt.

4.6.6.6 Outcome

Das Outcome, als das Ergebnis, welches durch ein Beckenbodentraining erzielt wurde erstreckte sich von Erfolg, also die Kontinenzsituation konnte verbessert werden, es kommt zu keinem unwillkürlichen Harnverlust mehr oder eine Operation konnte verhindert werden, bis zu keiner oder fast keiner Verbesserung der Kontinenzsituation. Probandinnen gaben an, dass sie über die Wirksamkeit des Beckenbodentrainings unsicher sind. Sie sind sich nicht sicher, in wie weit ihnen das Beckenbodenmuskeltraining an sich ihnen bisher geholfen hat oder in wie weit es ihnen zukünftig noch helfen kann. Das Outcome wird als von der

Kompetenz der Leitung und von der Qualität der Durchführung der Übungen abhängig gesehen. Ein Ergebnis im prophylaktischen Bereich kann auch eine positive, lustvolle Erfahrung sein.

4.6.6.7 Alltag

Beckenbodentraining und Beckenbodenübungen im Alltag hatten einen unterschiedlichen Stellenwert und verschiedene Frequenzen bei den interviewten Frauen, obwohl eigentlich alle eine Verbesserung oder eine Erhaltung ihrer aktuellen Kontinenzsituation anstrebten. Ein möglicher Grund dafür könnten fehlende Instruktionen und Empfehlungen zur Integration der Übungen in den Alltag oder der Überzeugungsgrad der Wirksamkeit des Trainings seitens der Frauen sein. Beckenbodentraining wird konsequent täglich während der Arbeit oder im Rahmen eines Gymnastikprogramms für den gesamten Körper durchgeführt, es wird zu Hause ein bis zwei Mal die Woche für wenige Sekunden oder wöchentlich im Rahmen von Gymnastikgruppen geübt, Beckenbodenübungen werden bei Einschlafproblemen in eine Ganzkörperspannung integriert oder es wird sporadisch geübt, es werden wenige Wiederholungen durchgeführt, was nicht im Sinne eines Trainings stattfindet. Es wurde aber auch beschrieben, dass selbständig keinerlei Übungen für die Beckenbodenmuskulatur gemacht werden, eine Integration in den Alltag ist nicht bei allen Frauen erfolgt.

4.6.7 Kategorie Beeinflussende Faktoren

Beeinflussende Faktoren können sich sowohl positiv als auch negativ auf das Symptommanagement auswirken. So hilft Wissen über Inkontinenz, Therapieformen und über Anatomie und Funktion des Beckenbodens beim Management von unwillkürlichem Harn- und/oder Stuhlverlust. Durch Unwissen kann das Management des Symptoms ineffektiv sein. Mit dem Wissen und Unwissen ist die Sicherheit der Durchführung der Beckenbodenübungen verbunden. Die Reproduzierbarkeit der Übungen muss möglich sein, da sonst kein selbständiges Üben möglich ist. Das Ausbleiben von Erfolgen kann sich negativ auf die Motivation und die Weiterführung der Therapie auswirken, Erfolge können motivierend sein. Psychische Komponenten beeinflussen Symptome und den Umgang mit diesen.

„Und voriges Jahr (...) ist mein Mann gestorben und da hab ich gesagt ob das auch was damit zu tun hat und da hat's gesagt: Ja, die Blase weint mit (56 – jährige Frau).“

Weitere beeinflussende Faktoren sind das Alter, der körperliche Zustand der Person und Einschränkungen in der Mobilität. Auch andere Probleme, sowohl privaten als auch gesundheitlichen Ursprungs können die Möglichkeiten und die Priorität des Symptommanagements der Inkontinenz einschränken. Eine 66 – jährige Probandin gab als ihr momentanes Hauptproblem ihre Gleichgewichtssituation an, da sie vor zwei Jahren einen Schlaganfall hatte:

„Also, wenn ich vielleicht einmal, irgend wann einmal, soweit bin, dass ich alleine unterwegs sein kann, nur mit dem Stock, dann kann sich eventuell darüber reden lassen, ob wir was anderes auch machen, aber das ist momentan, vorläufig, eigentlich, weil ich will ja alleine auch wieder fortgehen und das kann man derzeit nicht (66 – jährige Frau).“

Akute und chronische Krankheiten, Unfälle und die Abhängigkeit von anderen Personen wirken sich temporär oder auch für immer auf die Lebenssituation der Betroffenen aus.

„Ich brauch halt zu allem jemanden, macht mich halt auch wahnsinnig, weil für jeden Handgriff musst du bittschön, dankschön sagen. Das kann ich schon nicht mehr hören, das bittschön, dankschön und entschuldigen (73 – jährige Frau).“

Körperliche Veränderungen im Rahmen der Schwangerschaft und nach Entbindungen haben Einfluss auf die Wahrnehmung des Beckenbodens und der Durchführung der Übungen:

„Die Kraft war weniger und das Gewebe war irgendwie weicher und schlechter anzusteuern (34 – jährige Frau).“

Die Einstellung zum Beckenbodentraining kann für dieses maßgeblich sein, eine positiv gestimmte Grundhaltung, Freude und Offenheit können begünstigend sein, Zweifel und die Absolvierung eines Beckenbodentrainings aufgrund einer Verordnung können im Lernprozess hemmend wirken. Die Atmosphäre des Beckenbodentrainings, welche Leitung, teilnehmende Personen, Lokalisation und Durchführung betrifft, beeinflusst das Lernklima. Eine Dame berichtete über die Leiterin der Gymnastikgruppe und über die gesamte Gruppe an sich äußerst positiv:

„Also die von der Wirbelsäulengymnastik war überhaupt alles positiv bei der. Da kann ich gar nicht sagen, dass mir was aufgefallen ist. Sie hat's nur sehr gut rübergebracht das Ganze und... Wir haben alle gelacht und wir waren alle begeistert und... Ja, aber genau wegen der Übung nicht, sondern überhaupt, net (73 – jährige Frau).“

4.7 Rücküberprüfung der Kategorien mit dem Ausgangsmaterial

Nach der Bildung der in Kapitel 4.6 beschriebenen sieben Kategorien wurden die Inhalte an das Ausgangsmaterial, also an die Transskripte der acht Interviews, heran getragen. In der folgenden Tabelle wird die Unterkategorie Outcome der Kategorie Beckenbodentraining exemplarisch mit dem Ausgangsmaterial rücküberprüft.

Kategorie Beckenbodentraining / Outcome	Beispiele von passenden Ausschnitten aus den Transskripten
- Verbesserung der Kontinenzsituation	Interviewerin: Also, Ihre Kontinenzsituation hat sich dadurch verbessert? 56 – jährige Frau: Ja, sehr.
- keine Operation	...zuerst war es schon so, dass ich jetzt hätte sollen zu einer Operation gehen und das haben wir jetzt in weite Ferne geschoben (56 – jährige Frau).
- Kaum / keine Verbesserung	Ja, sicher, dass man den, dass man den Stuhl und des des den Harn zurückhalten kann, aber ich kann weder mit dem noch mit dem was anfangen, weil ich kann gar nichts zurückhalten. Das horcht sich alles so super an, aber das geht nicht. Wenn du eine Inkontinenz hast, wenn's rinnt, da kannst du zwicken und zwacken, was du willst, das geht, das rinnt (73 – jährige Frau).
- Unsicherheit über Wirksamkeit	Also, das versuch ich und das gelingt mir auch sehr häufig, aber manchmal gelingt's mir eben nicht. Das deprimiert mich. Vielleicht schaff ich es, oder ich schaff es halt nicht (90 – jährige Frau). ...aber für den Zweck zum Weitererhalten genügt das, nur zum Stoppen ist das nix mehr in dem Alter. Vielleicht a bissel, dass es hilft,

	aber ich glaub net, net (86 – jährige Frau).
- Abhängig von der Kompetenz der Therapeutin	Hab ich geglaubt, ich mach das und das war aber, weiß ich nicht, war die Dame, wo ich da war, nicht so kompetent oder wie. Jedenfalls hat mir das nichts gebracht... (56 – jährige Frau) Na ja, des is mir da empfohlen worden, dass da a Spezialistin sein soll und das is's a (56 – jährige Frau).
- Abhängig von der Durchführung	Ob die das wirklich machen, ist in unserem Alter schon die Frage. Die wackeln dann nur so hin und her. Das ist der Unterschied, ja. Da muss schon diejenige dann aufpassen. Wenn die das wirklich effektiv macht, wie's gehört, dann hilft das schon, tät ich sagen, ja (86 – jährige Frau).
- Positive, lustvolle Erfahrung	Nein, das war an und für sich eine sehr positive Erfahrung, sehr ruhig, wertschätzend, ahm, auch lustvoll (34 – jährige Frau)

Tabelle 16: Beispiel der Rücküberprüfung der Kategorien am Beispiel der Kategorie Beckenbodentraining / Outcome von Sponring, 2014

Durch die Rücküberprüfung der Kategorien mit dem Ausgangsmaterial wurden die Kategorien kritisch hinterfragt und in Folge nach Bedarf ein letztes Mal überarbeitet oder bestätigt.

4.8. Ergebnisse

Durch die Auswertung der durch die acht Interviews gesammelten Daten konnten Informationen zur Beantwortung der am Anfang der Arbeit entwickelten Fragestellungen gesammelt werden.

4.8.1 Welche Erfahrungen haben Frauen mit Beckenbodentraining?

Die interviewten acht Frauen beschrieben ihre Erfahrungen mit dem Beckenbodentraining sehr unterschiedlich. Bevor es zum Interview kam, wurden die Einschlusskriterien noch ein Mal durch besprochen, alle Probandinnen gaben an, Erfahrungen mit Beckenbodentraining zu haben. Im Laufe eines Interviews stellte sich dann heraus, dass eine Dame eigentlich noch gar kein Beckenbodentraining durchgeführt hatte, sondern davon gehört und gelesen hat und dass sie gerne eines durchführen möchte. Broschüren und Informationen aus dem Internet genügen ihr nicht, sie wünscht sich professionelle Anleitung. Dies sind ihre Erfahrungen mit Beckenbodentraining und gehören daher auch zur Auswertung der Daten.

Mit einer 34 – jährigen Frau, welche über keine Kontinenzprobleme berichtete, wurde dennoch ein Interview geführt, da ansonsten die Erfahrungswelt von Frauen, welche Beckenbodentraining im Rahmen von Schwangerschaft und Rückbildung durchführen, verloren gegangen wäre. Für diese Arbeit erschien es essentiell, diese Erfahrungswelt nicht außer Acht zu lassen, als an den ursprünglichen Einschlusskriterien strikt fest zu halten. Daher lautet die Forschungsfrage nun: „Welche Erfahrungen haben Frauen mit Beckenbodentraining?“ und nicht wie ursprünglich: „Welche Erfahrungen haben inkontinente Frauen mit Beckenbodentraining?“.

Die Berührungspunkte mit Beckenbodentraining finden an verschiedenen Orten und unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen statt. Die Probandinnen gaben an, Beckenbodenübungen im Krankenhaus nach Entbindungen oder nach Operationen kennen gelernt zu haben. Beckenbodenübungen wurden im Rahmen von Geburtsvorbereitung-, Rückbildung-, allgemeinen Turn- und Wirbelsäulengymnastikgruppen erarbeitet. Theoretische Aspekte zum Thema Beckenboden wurden im Rahmen der Ausbildung zur Krankenschwester oder durch Vorträge während eines Rehabilitationsaufenthaltes erlernt. Beckenbodentraining wird sowohl in Gruppen als auch in Einzeltherapie durchgeführt. Leiterinnen und Leiter kommen aus der Physiotherapie, Ergotherapie, sind vom Beruf her Hebamme oder die Leitung von Gymnastikgruppen aller Art. Die acht interviewten Damen sprachen in ihren Fällen stets von Frauen, nur bei den theoretischen Vorträgen wurde auch von einem Mann berichtet.

Gründe, warum ein Beckenbodentraining begonnen wurde, waren Vorbeugung von Inkontinenz, Teilnahme an vorhandenen Angeboten, Empfehlung des Gynäkologen oder auch der Wunsch zur Verbesserung der Kontinenzsituation. Empfehlungen von Bekannten oder die

Entfernung, welche zum Trainingsort zurück gelegt werden muss, spielen eine Rolle bei der Auswahl des Beckenbodentrainings.

Der Inhalt des Beckenbodentrainings ist sehr vielseitig. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist die theoretische Einführung in die Thematik. Einer Dame half die Erklärung, dass es sich beim Beckenbodentraining um ein Muskeltraining handelt:

„Sie hat mir dann das erklärt an Hand eines Modells und und wie das funktioniert alles und ja, auf Grund dessen, na ja und weil eben der Beckenboden ein Muskel ist, hab ich mir gedacht: Na ja, einen Muskel kann man ja trainieren. Also warum net? Warum soll das alles nix werden, die Gschicht und dann haben wir das gemacht und zuerst war es schon so, dass ich jetzt hätte sollen zu einer Operation gehen und das haben wir jetzt in weite Ferne geschoben (56 – jährige Frau).“

Aufklärungsarbeit, was der Beckenboden ist und wie dieser aktiviert und entspannt werden kann, stellt den Grundstein des Beckenbodentrainings dar. Nach einer Anleitung wird beschrieben, dass die Durchführung schnell selbständig möglich ist. Das Sitzen auf den eigenen Händen bei der Aktivierung des Beckenbodens kann als Hilfe zur Schulung der Wahrnehmung dienen. Unsicherheiten über die korrekte Durchführung der Übungen wurden ausgesprochen, der Effekt wurde in Abhängigkeit von der Durchführung gesehen.

„Hm, am Anfang vielleicht ein bisschen schwierig, weil man nicht so genau weiß, ob man das richtig macht oder nicht, aber es ist dann immer leichter gegangen. Vor allem nach der Geburt war's dann irgendwie leichter, weil das war logischer, weil man dann gespürt hat, dass man das schlechter kann als vor der Geburt (34 – jährige Frau).“

Die Möglichkeit des Nachfragens wird als wichtig und gewinnbringend empfunden. Das Nachfragen betrifft die Übungen an sich, also zum Beispiel die Richtigkeit der Durchführung, oder auch theoretische Aspekte im Zusammenhang mit dem Beckenboden.

„Das ist und und dann hab ich's – ah – dann hab ich's gefragt beim nächsten Mal, ob das auch eine Haltungssache ist und sie hat gesagt: „Ja, ja, das stimmt schon, das ist eine, net.“ (56 - jährige Frau).“

Eine Untersuchung, also eine vaginale Palpation, des Beckenbodens durch eine Physiotherapeutin wurde nur von einer Dame beschrieben. Durch diese Palpation konnte die Physiotherapeutin feststellen, dass die Frau die Beckenbodenmuskeln anspannen kann:

„Und sie hat diese Übungen, die's mir gesagt hat. Die hab ich halt vor ihr gemacht und da war's mit dem Finger halt in der Scheide und da hab ich halt das gemacht, net, und da wird's gesehen haben, wie stark i das kann. So und das hat's a gesagt. I hab die

Kraft, dass i das anspannen kann und die hab i und i muss es nur tun und das hab i a gemacht (56 – jährige Frau).“

Die Beckenbodenübungen werden in Kombination mit der Atmung oder mittels Vorstellungen durchgeführt. Beispiele für Imaginationen sind Aufzug fahren, das Knacken von Nüssen, das Zusammenziehen der Sitzbeinhöcker oder das Aufnehmen von Kernen mit der Scheide oder dem After.

„Das waren verschiedene Übungen, dass man sich, also so Imaginationsübungen, zum Beispiel, dass man mit einem Lift den Beckenboden anspannen soll, hm, um mit dem Lift zu fahren, oder dass man eine Nuss zerknacken möchte, oder ja so in der Art war das (34 – jährige Frau).“

Das Anspannen der Beckenbodenmuskeln, das Halten der Spannung und die Entspannung werden in unterschiedlichen Varianten geübt. Anspannen, Halten und Entspannen sind Schlagwörter, welche von mehreren Interviewteilnehmerinnen genannt worden sind:

„Anspannen und entspannen und die Spannung halten, ja (34 – jährige Frau).“

„Ja, dass ich anspannen muss und und das halten muss und dann wieder – ah – locker lassen... (56 – jährige Frau)“

Die Beckenbodenübungen werden in verschiedenen Ausgangsstellungen, im Sitzen, im Stehen oder im Liegen praktiziert. Im Alter nehmen laut einer Probandin die Variationsmöglichkeiten der Übungen ab, es wird hauptsächlich im Sitzen geübt. Die Assoziationen zu Beckenbodenübungen erstrecken sich von dem Zusammenzwicken von Harnröhre, Scheide und After über das Heben des Gesäßes bis hin zum Zehenstand. Neben den Beckenbodenübungen an sich gehören auch Verhaltenstipps, wie: nicht dem ersten Harndrang nachzugeben und bei akutem Drang den Beckenboden zu aktivieren. Diese Verhaltenstipps wurden vor allem als Empfehlungen von Physiotherapeutinnen beschrieben und sollen die Ausscheidungsgewohnheiten der Frauen optimieren.

Positiv wirken sich Kompetenz, Wertschätzung und Zuversicht der Leitung, Spaß und eine angenehme Atmosphäre auf das Beckenbodentraining aus. Gruppen können für die Frauen motivierend sein. Den Empfehlungen der Leitung des Beckenbodentrainings wird ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Für ein Beckenbodentraining, welches mit konsequenter Durchführung der Übungen und Verfolgung eines bestimmten Ziels verbunden ist, hat ein Heimübungsprogramm eine große Bedeutung. Die Erfahrungen mit dem alltäglichen, selbständigen Durchführen von Übungen werden in Kapitel 4.8.4 näher erläutert.

4.8.2 Welche Erwartungen hatten/haben sie an das Beckenbodentraining und an die Leitung?

Da sich herausstellte, dass die Erfahrungen mit Beckenbodentraining nicht nur unter therapeutischer Leitung gesammelt wurden, sondern dass auch Leiterinnen von Gymnastikkursen den Probandinnen Beckenbodenübungen vermittelten, lautet die neue Formulierung der Fragestellung: „Welche Erwartungen hatten/haben sie an das Beckenbodentraining und an die Leitung?“ statt: „Welche Erwartungen hatten/haben sie an das Beckenbodentraining und an die therapeutische Leitung?“. Folgende Erwartung beziehungsweise folgenden Wunsch hat eine 90 – jährige Interviewteilnehmerin an das Beckenbodentraining:

„Rechtzeitig, wenn man den Harndrang spürt, bis zu einer Toilette kommt, wo man den Harn... loslassen kann. Mehr... das ist das Einzige, was ich mir wünsche (90 – jährige Frau).“

Die Kontinenzsituation verbessern oder Inkontinenz vorbeugen sind von den Interviewteilnehmerinnen als Erwartungen an, Ziele oder Wünsche für ein Beckenbodentraining mehrmals genannt worden. Eine Frau gab sogar als konkretes Ziel die Stärkung der Schließmuskulatur an. Die Damen sind für das, was ihnen angeboten wird, an sich offen, Anleitung und Feedback durch die Leitung sind erwünscht und werden erwartet. Beratung in Bezug auf Übungen für den Beckenboden und ob und wie eine Behandlung helfen kann, wird vor allem bei einer therapeutischen Leitung gesucht.

„...aber ich möchte eh das noch einmal aufleben lassen, weil ich nicht mehr parat habe, was ich damals alles an Übungen gemacht habe (90 – jährige Frau).“

Die 90 – jährige Frau führte ihr letztes Beckenbodentraining unter Anleitung vor mehreren Jahren durch. Da sich ihre Kontinenzsituation verschlechterte, wollte sie zum Zeitpunkt des Interviews ein neues Beckenbodentraining unter professioneller Anleitung starten. Auch ihr war eine konkrete Übungsanweisung sehr wichtig.

Von der Leitung selbst wird Kompetenz erwartet, da der Erfolg eines Beckenbodentrainings in Abhängigkeit von der Kompetenz der Leitung gesehen wird. Die Ausbildung spielt für die interviewten Frauen eine unterschiedlich große Rolle. Einer 86 – jährigen Frau war dies ein besonderes Anliegen: „Die Ausbildung wäre wichtig, weil sonst ist das zwecklos.“ Sie befürchtete nämlich, dass Laien sogar schaden könnten, diese aber aus Kostengründen vermehrt eingesetzt werden. Weiter wird von der Leitung Respekt gegenüber den Klientinnen und Patientinnen, Wissen über Inkontinenz und Beckenbodentraining und Erfahrung mit Patientinnen erwartet.

Neben der Beratung über Übungen, werden genaue Vorgaben dieser und ein individuelles Trainingsprogramm gewünscht. Die Übungen sollen erklärt, demonstriert und gemeinsam ausprobiert werden. Es wird auch die Einbettung von Beckenbodenübungen in ein ganzheitliches Turnprogramm erwartet, eine 73 – jährige Dame beschreibt ihre Erwartungen folgendermaßen:

„Dass sie nett ist, dass sie mittut, dass, naja ich kann gar nicht sagen, dass es nur Beckenbodentraining ist. Das gesamte Turnen spielt da eine Rolle (73 – jährige Frau).“

4.8.3 Welche Meinungen und Ansichten haben Frauen über Beckenbodentraining?

Diese Formulierung der Frage wurde korrekter Weise ebenso angepasst und von „Welche Meinungen und Ansichten haben inkontinente Frauen über Beckenbodentraining?“ auf „Welche Meinungen und Ansichten haben Frauen über Beckenbodentraining?“ abgeändert, da, wie bereits oben beschrieben, eine Dame über keine Probleme mit der Kontinenz berichtete und Beckenbodentraining im Rahmen der Prophylaxe von Inkontinenz eine erhebliche Rolle spielt.

Das Interesse am Beckenbodentraining wird in Abhängigkeit von der aktuellen Kontinenzsituation und einem damit verbundenen Leidensdruck gesehen. Sind keine Kontinenzprobleme vorhanden, so ist die Motivation zur Durchführung der Übungen gering.

„Aber wenn's notwendig war, dann werden wir das machen und wenn man sieht, dass es was bringt, na dann is's in Ordnung (56 – jährige Frau).“

Die Erklärung, dass der Beckenboden Muskel hat und dass diese trainiert werden können, ist essentiell, um die Wirkungsweise für Betroffene nachvollziehbar zu machen. Die interviewten Teilnehmerinnen gaben verschiedenste Ansichten zur Wirksamkeit des Beckenbodentrainings aus deren Perspektive an. *„Jede Übung, welche ich mache, ist für mich nur gut (49 – jährige Frau).“* Während die einen dem Beckenbodentraining äußerst positiv gegenüber standen und fanden, dass das Training oder die Übungen ihnen helfen, gab es andere, welche der Ansicht waren, dass die Übungen ihnen nichts bringen. Eine Probandin bezweifelt die Effektivität von Beckenbodentraining in ihrem Fall:

„...ich kann weder mit dem noch mit dem was anfangen, weil ich kann gar nichts zurückhalten. Das horcht sich alles so super an, aber das geht nicht. Wenn du eine Inkontinenz hast, wenn's rinnt, da kannst du zwicken und zwacken, was du willst, das geht, das rinnt. Zum Beispiel, wenn ich aufstehe und ich muss aufs Klo gehen, jetzt kann ich nicht geschwinder halt (73 – jährige Frau).“

Eine 86 – jährige Dame betonte, dass es wichtig ist, Beckenbodenübungen von der Jugend an durchzuführen, da es im Alter ihrer Meinung nach bereits zu spät sei. Im Zusammenhang mit der Wirkung des Beckenbodentrainings wird auch Unsicherheit genannt:

„Ob's da eine Hilfe überhaupt gibt? Weil operieren, hat er gesagt, kann man nicht mehr (90 – jährige Frau).“

Spezifisches Training der Beckenbodenmuskulatur wird mit einer ärztlichen Verordnung assoziiert und weckt bei manchen nur wenig Interesse:

„Es geht net nur um Beckenbodenübungen, das muss als a Ganzer übereinstimmen (86 – jährige Frau).“

Einerseits werden Beckenbodenübungen gerne im Rahmen von Turnstunden wahrgenommen und andererseits können andere gesundheitliche Probleme momentan vorrangig sein.

Broschüren und Internet werden zwar zur Informationsaufnahme herangezogen, diese allein werden jedoch als zu wenig angesehen. Die Betreuung und Instruktion von einer Person werden als wertvoller erachtet, da die Möglichkeit des Nachfragens nur auf diese Weise gegeben ist.

Bedauert wird, dass Beckenbodenübungen in der Gesellschaft nicht weit verbreitet sind. Der Beckenboden und das Sprechen über Inkontinenz werden weiterhin tabuisiert. Eine 93 – jährige Interviewteilnehmerin bezeichnete dies als „*Übel der Menschheit*“ und meinte im Zusammenhang mit Inkontinenz und Beckenbodentraining: „*Unwissenheit ist größer als man glaubt.*“ Sie findet, dass die Übungen so einfach sind und daher auf alle Fälle bekannter gemacht werden sollen.

Ein Angebot in der Nähe der Frauen sollte vorhanden sein, da dieses gerne angenommen wird. Längere Wege wollen und können in einigen Fällen nicht zurückgelegt werden. Es ist einfacher, ein vorhandenes Angebot anzunehmen, als sich selbständig eine Möglichkeit für ein Beckenbodentraining zu organisieren.

4.8.4 Wie wird Beckenbodentraining in deren Alltag integriert?

Die Integration eines Beckenbodentrainings in den Alltag erstreckte sich bei den interviewten Teilnehmerinnen von gar nicht bis hin zu täglich für mehrere Stunden während der Arbeit. Wenn die Beckenbodenübungen nicht in den Alltag integriert werden können, so wird das als negativ betrachtet und der Nutzen erscheint fraglich. Während eine Dame die Übungen im Sitzen über mehrere Stunden durchführt, gaben zwei andere Frauen an, Beckenbodenübungen im Rahmen ihres täglichen Gymnastikprogramms für den gesamten Körper zu absolvieren.

Auch beim Heben hat die Aktivierung der Beckenbodenmuskulatur bei einer Probandin einen hohen Stellenwert. Eine Frau gab an, bei jedem Harndrang bewusst die Beckenbodenmuskeln anzuspannen:

„...dann soll ich bewusst zu - zu mir sagen, sozusagen, spanne deine Beckenbodenmuskulatur an, dass sie geschlossen, dass die Blase geschlossen bleibt, der Blasenaustritt geschlossen bleibt und sag dir das immer wieder vor, bis zu dass – zu dass... gelingt dir (90 – jährige Frau).“

Eine andere Interviewteilnehmerin berichtete, dass sie ihr Beckenbodenmuskeln im Rahmen einer Anspannung aller Muskeln des Körpers bei Einschlafproblemen abends im Bett durchführt und dass ihr dies gut helfe. Außerdem verwendete sie zeitweise eine vaginale Heimelektrotherapie, welche ihr zwei Mal täglich für 20 Minuten empfohlen wurde. Das Problem bei der Heimelektrotherapie scheint Unwissen zu sein. Die Probandin beschrieb die vaginale Elektrotherapie folgendermaßen:

„Ich hab a Dings gekriegt. Von einem Arzt, das ist so a... auf Krankenschein. Das ist so ein Vibrator, das hast du das so, das steckst an und dann steckst du das rein und lasst das dann eine Stunde in der Scheide dann rotieren (73 – jährige Frau).“

Aus diesem Zitat geht hervor, dass diese Frau nicht genau weiß, was sie da bekommen hat und was es genau bewirken soll.

Eine weitere Frau gab an, ein bis zwei Mal die Woche die Beckenbodenmuskeln für etwa 30 Sekunden zu aktivieren und dies etwa zwei bis drei Mal zu wiederholen. Einer Probandin war es besonders wichtig, bei der Durchführung der Übungen nicht gesehen werden zu können.

Sind jedoch keine akuten Kontinenzprobleme vorhanden, so ist, wie bereits oben beschrieben, die Motivation zum kontinuierlichen Üben geringer, als wenn ein Leidensdruck im Zusammenhang mit Inkontinenz besteht. Dennoch wird die Weiterführung des Trainings als sinnvoll und essentiell angesehen, auch wenn keine Probleme mit der Kontinenz mehr vorhanden sind, da eine Verschlechterung der Kontinenzsituation nicht erwünscht ist. Beeinflussende Faktoren bei der Integration des Beckenbodentrainings in den Alltag erscheinen die Überzeugung der Wirksamkeit der Übungen und die Instruktionen seitens der Professionellen zu sein.

5. Diskussion

Beckenbodentraining kann einen wesentlichen Beitrag leisten, Kontrolle für den eigenen Körper zurück zu erlangen, was schließlich in der Literatur ein Hauptaspekt bei Inkontinenzbetroffenen ist. Hayder und Schnepf (2010) beschrieben dies bereits als „regain control“, Peden-McAlpine et al. (2008) als „controlling the body out of control“. Das Training der Beckenbodenmuskulatur kann als Selbstmanagementstrategie bei Kontinenzproblemen angewandt werden. Die Durchführung des Trainings wird bereits von Fachleuten, Standards und Leitlinien (Abrams et al., 2013; DNQP, 2007; NICE, 2006; SIGN, 2004) empfohlen, trotzdem stehen manche Betroffene dem Beckenbodentraining kritisch gegenüber, sind sich in der selbständigen Durchführung unsicher und hinterfragen die Effektivität des Trainings. Unwissenheit und Tabuisierung spielen bei Ausscheidung, Inkontinenz und der Körperregion Beckenboden eine wesentliche Rolle.

5.1 Beckenbodentraining als Selbstmanagementstrategie

In Anlehnung an die „Theory of Symptommanagement“ (Humphreys et al., 2008) wird Beckenbodentraining als eine mögliche Selbstmanagementstrategie dargestellt.

Beckenbodentraining kann eine Strategie von Frauen im Management des Symptomes unwillkürlicher Harn- und/oder Stuhlverlust sein. Durch dieses Training möchten die Frauen dieses Symptom eliminieren oder abschwächen. Das Beckenbodentraining wird von den Frauen selbständig durchgeführt, Anleitung, Supervision und Feedback durch eine Fachperson ist dennoch notwendig. Das Beckenbodentraining wird von den Betroffenen in unterschiedlicher Frequenz durchgeführt, die Regelmäßigkeit erscheint äußerst wichtig. Der Zeitpunkt der Durchführung wurde von den Probandinnen unterschiedlich beschrieben, zum Beispiel während der Arbeit oder vor dem Schlafen. Die Aktivierung des Beckenbodens bei akutem Drang wurde ebenso als eine Managementstrategie angegeben. Der Durchführungsort kann das häusliche Umfeld sein, die Übungen werden im Rahmen von Gymnastikgruppen oder Rehabilitationsaufenthalten, in Einzeltherapien in einer physiotherapeutischen Praxis oder unterwegs gemacht. Arten der Durchführung können die Aktivierung der Beckenbodenmuskeln, die Aktivierung von Beckenboden- und Bauchmuskeln und die

Anwendung von Vorstellungshilfen, wie zum Beispiel das Aufnehmen von Kernen mit der Scheide sein.

Durch die Anwendung dieser Symptommanagementstrategie, wird der Symptomstatus verändert (Humphreys et al., 2008). Die Ausscheidungsfunktion des Körpers wird optimiert, idealer Weise wird Harn- und Stuhlkontinenz erreicht. Vor allem die positive Auswirkung von Beckenbodenmuskeltraining auf Harninkontinenz bei Frauen wurde in der Literatur bereits zahlreich beschrieben (Abrams et al., 2013; Bo & Hilde, 2012; Hay-Smith, Herderschee, Dumoulin & Herbison, 2012; Dumoulin & Hay-Smith, 2010; Castro et al., 2008; DNQP, 2007; NICE, 2006). Die Lebensqualität, welche aufgrund von Kontinenzproblemen beeinträchtigt sein kann (Enzelsberger, 2011; Sliker-ten Hove et al., 2010; Beutel et al., 2005; Madersbacher, 2003), kann sich verbessern (Castro et al., 2008), finanzielle Belastungen wie der Kauf von Inkontinenzhilfsmitteln (Ahnis & Knoll, 2008) können minimiert werden, inkontinenzassoziierte Beschwerden, wie zum Beispiel die Inkontinenz assoziierte Dermatitis (Beeckman et al., 2009), können verringert oder vermieden werden und es wird ein wesentlicher Teil zur Selbstpflege beigetragen.

Sowohl die Veränderung des Symptomstatus als auch die Symptommanagementstrategien an sich beeinflussen die Symptomerfahrungen von unwillkürlichem Harn- und/oder Stuhlverlust. Wahrnehmung des Symptoms, Evaluation des Symptoms und die Reaktion auf das Symptom verändern sich. Ein Beispiel kann die Verbesserung der Kontinenzsituation durch Beckenbodentraining sein. Der unwillkürliche Harn- und/oder Stuhlverlust wird aufgrund geringere Menge und niedriger Frequenz weniger wahrgenommen, als nicht mehr so störend wie früher angesehen und daher ist die Reaktion auf das Symptom eine andere, zum Beispiel wird das Beckenbodentraining in Ausmaß und Regelmäßigkeit reduziert. Nach Bedarf, also wenn die Symptome wieder stärker werden, wird das Beckenbodentraining intensiviert, um das Symptom erneut zu vermindern oder zu eliminieren. Es scheint sinnvoll zu sein, das Beckenbodentraining trotz Erreichung des Ziels weiterzuführen, um im Sinne einer Prävention erneuter Verschlechterungen zu agieren.

Zu betonen gilt es, dass Humphreys et al. (2008) den Gebrauch einer Kombination mehrerer Strategien empfehlen, also bei Inkontinenz könnte zum Beispiel eine Kombination aus Beckenbodentraining, Verhaltenskonditionierung, Beseitigung beziehungsweise Verminderung von Risikofaktoren und Coping – Strategien, welche bereits im Kapitel 2.3.8 Intimität, Scham und Tabuisierung beschrieben wurden, angewandt werden.

Um Beckenbodentraining als Selbstmanagementstrategie verwenden zu können, scheint es, dass die Integration der Übungen in den Alltag essentiell ist. Probst et al. (2010) betonten

bereits die Wichtigkeit der Integration des Erlernten in den Alltag und die Erarbeitung eines Übungsprogrammes. Dieser Transfer der Übungen in den Alltag war nicht bei allen Probandinnen gleichermaßen erfolgreich. Mögliche Gründe könnten hierbei fehlende Instruktionen oder Empfehlungen durch die Anbieterinnen und Anbieter von Beckenbodentraining oder die Berücksichtigung des individuellen Alltags der Patientin oder der Klientin sein.

5.2 Erfahrungen mit Beckenbodentraining

Sowohl Frauen mit Inkontinenz als auch Frauen ohne Kontinenzprobleme können Erfahrungen mit Beckenbodentraining haben. Die Ziele dieser Frauen unterscheiden sich: Beckenbodenübungen werden prophylaktisch oder zur Verbesserung und zur Erhaltung der aktuellen Kontinenzsituation durchgeführt. Ein wichtiger Aspekt dabei ist das Angebot eines Beckenbodentrainings. Ist ein solches vorhanden, oder wird dezidiert eines empfohlen, so wird dieses gerne angenommen. Besonders gerne werden Angebote für ein Beckenbodentraining in unmittelbarer Nähe zum Wohnort wahrgenommen.

Das selbständige Suchen und Organisieren eines Ortes oder einer Therapeutin beziehungsweise eines Therapeuten kann eine Hürde darstellen. Eine 73 – jährige Dame gab an, dass für sie in Zukunft ein Beckenbodentraining nicht in Frage käme, wenn sie dafür extra wohin gehen müsste. Vor allem bei älteren Menschen kann eine eingeschränkte Mobilität hierbei eine große Rolle spielen.

Die gewonnenen Daten zeigen, dass Beckenbodentraining sehr unterschiedlich verstanden werden kann. Anspannen, Halten und Entspannen sind Schlagwörter, welche mit Beckenbodentraining assoziiert werden. Neben der Aktivierung und Entspannung des Beckenbodens in verschiedenen Ausgangsstellungen stellen auch theoretische Unterweisungen in Anatomie und Physiologie des Beckenbodens und der Ausscheidungsorgane, Verhaltenstipps in Bezug auf die Ausscheidung und Aufschubstrategien, mit welchen bei akutem Drang Zeit gewonnen werden kann, bis eine Toilette erreicht wird, Aspekte eines Beckenbodentrainings dar. Unterstützende Therapiemethoden wie vaginale Elektrotherapie, Akkupunktur und Botulinumtoxin-Injektionen wurden speziell von einer Probandin beschrieben. Erfahrungen mit Biofeedback, welches in der Literatur vielfach beschrieben wird (Herderschee et al.; 2013; Pucciani et al.,

2012; Stelzner, 2010; Roche et al.; 2002), oder auch mit Vaginalkonen wurden keine mitgeteilt.

Das Beckenbodentraining wird nicht immer mit spezifischen Beckenbodenübungen verbunden, sondern auch als Teil eines ganzkörperlichen Turn- oder Gymnastikprogramms gesehen. Die interviewten Frauen berichteten über Erfahrungen mit Beckenbodentraining in Einzeltherapien und im Rahmen von Gruppen. Während die Einzeltherapien spezifisches Beckenbodentraining beinhalteten, waren die Gruppen meist in erster Linie auf Bewegungsübungen für den gesamten Körper ausgerichtet. Gruppen können für die Einzelperson motivierend sein, besonders wenn eine angenehme Atmosphäre herrscht. Gruppen werden von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen oder von Personen aus dem Gymnastikbereich gehalten. Die Aufnahme von Beckenbodenübungen in Turngruppen erscheint als sinnvoll, um den Frauen diese Thematik bekannt zu machen. Zu beachten ist jedoch, dass dies kein spezifisches Beckenbodentraining ersetzt. Daher erscheint, dass diese Turngruppen vor allem in der Prävention eine Rolle spielen können. Bo und Hilde (2012) gaben bereits die Empfehlung, Beckenbodentraining in Fitnessstunden auszunehmen, die Autorinnen gaben jedoch zu bedenken, dass hierzu noch keine Literatur vorhanden ist. Die Verfolgung eines Ziels, wie zum Beispiel der Verbesserung der Kontinenzsituation, ist mittels therapeutischer Unterstützung empfehlenswert, denn nur so kann für die Patientin ein individuelles Übungsprogramm zusammengestellt werden (SIGN, 2004).

Eine 49 – jährige Probandin unterstrich, dass ihr persönlich Informationen aus Broschüren und aus dem Internet zu wenig seien und sie sich ein Beckenbodentraining unter Supervision einer Therapeutin wünsche. Eine 56 – jährige Dame berichtete, dass sie ein Beckenbodentraining bei einer Physiotherapeutin durchführte und dadurch wieder harnkontinent wurde. Sie gibt an, weiterhin ihr Heimübungsprogramm täglich konsequent durchzuführen. Kontakt zu ihrer Therapeutin hat sie keinen mehr. Die Literatur stimmt hiermit überein, da das Beckenbodentraining unter regelmäßiger Supervision einer Fachperson empfohlen wird, wenn eine Verbesserung der Kontinenzsituation angestrebt wird (Hay-Smith et al., 2012; Dumoulin et al., 2011; Goepel et al., 2010). Die gewissenhafte Durchführung des individuellen Trainingsprogrammes hilft bei der Zielerreichung.

Eine 34 – jährige Frau erzählte von ihren Erfahrungen mit dem Beckenbodentraining im Rahmen ihrer Schwangerschaft und der Zeit nach der Entbindung ihres Kindes. Sie besuchte auf Eigeninitiative eine Schwangerschafts- und eine Rückbildungsgruppe und lernte dabei Beckenbodenübungen in Form von Imaginationsübungen kennen. Beckenbodentraining hat im Rahmen dieser Phasen des Lebens einer Frau einen hohen, sowohl präventiven als auch

therapeutischen, Stellenwert (NICE, 2006; Rothe, 2006). Es scheint, dass dies ein geeigneter Zeitpunkt ist, die Wahrnehmung der Frauen für ihren Beckenboden zu schulen und sie für Kontinenzprobleme zu sensibilisieren.

Ein Einblick konnte in die Erfahrungswelt von älteren Frauen gewonnen werden. Damen mit 73, 86, 90 und 93 Jahren verbanden ihre Inkontinenz mit ihrem Alter. Vor allem diese älteren Probandinnen erzählten von ihren Erlebnissen mit Ärztinnen und Ärzten und dass sie sich nicht immer ernst genommen fühlen. Die Verordnung von Einlagen wird von der 93 – jährigen Frau als einzige Handlung ihres Arztes beschrieben, was sie als nicht hilfreich empfand, da sie sich diese bereits vorher selbst gekauft hat. Obwohl Goepel et al. (2010) beschreiben, dass die Behandlung von unwillkürlichem Urinverlust heutzutage mit wenig Aufwand möglich ist, scheint die Umsetzung in der Praxis dennoch Schwierigkeiten zu machen. Die Therapieempfehlung von diesen Autorinnen und Autoren setzt sich vor allem aus Medikamenten, Beckenbodentraining und Verhaltenskonditionierung bei alten Menschen zusammen.

Einschränkungen der Mobilität sind bei älteren Personen keine Seltenheit. Diese können eine funktionelle Inkontinenz hervorrufen oder eine Inkontinenz verstärken, da der Weg zur Toilette, der Transfer auf die Toilette und das Entkleiden an sich bereits Herausforderungen darstellen und dafür ausreichend Zeit benötigt wird, welche bei akutem Harn- oder Stuhldrang nicht gegeben ist. Eine funktionelle Inkontinenz sollte daher bei älteren Personen nie außer Acht gelassen werden. In der Übersichtsarbeit von Goepel et al. (2010) „Harninkontinenz im Alter“ wird keine funktionelle Inkontinenz erwähnt, die Inkontinenz wird grob in Drang-, Stress- und Mischinkontinenz eingeteilt. Die therapeutischen Maßnahmen erfolgen aus urologischer Sicht. Die Therapie sollte in diesem Fall nicht nur von der urologischen - proktologischen Seite betrachtet werden, sondern von einer geriatrischen Perspektive, so dass an der Fortbewegung, den Transfers, der Kraft und dem Gleichgewicht trainiert wird.

5.3 Tabuisierung und Unwissen

Tabuisierung von Inkontinenz und Unwissenheit über den Beckenboden sind zwei wesentliche Probleme in unserer Gesellschaft, denen sich die Professionellen aus dem Gesundheitswesen stellen müssen. Wenn sich Frauen nicht trauen, sich an ihre Ärztinnen und Ärzte zu wenden, können keine adäquaten therapeutischen Maßnahmen gesetzt werden. Schaffen es jedoch die Frauen, über ihre Problematik zu sprechen, erhalten dann keine

angemessenen Empfehlungen, Überweisungen oder Informationen und fühlen sich unverstanden, so kann es sein, dass sich die Betroffenen nicht trauen dieses tabuisierte Thema noch ein Mal anzusprechen und dass keine therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden können. Die Frauen schämen sich und öffnen sich nur Personen, denen sie vertrauen. Eine 93 – jährige Probandin erzählte, dass sie anfangs nur mit einer guten Freundin über ihre Kontinenzprobleme sprach. Scham im Zusammenhang mit Inkontinenz wurde bereits in der Literatur beschrieben (Hayder & Schnepf, 2010; Ahnis & Knoll, 2008) und scheint eine Barriere bei der Diagnostik von Inkontinenz zu sein. Daher ist eine hohe Dunkelziffer von Inkontinenz Betroffenen anzunehmen.

Die Tabuisierung führt zu Unwissen. Es ist nicht anzunehmen, dass jede Frau weiß, was und wo der Beckenboden ist. Daher stellt sich eine theoretische Einführung von Anatomie und Funktion des Beckenbodens als ein essentieller und sinnvoller Teil von Beckenbodentraining dar. Die interviewten Damen fanden dies interessant und es trug zum Verständnis ihrer Probleme bei. Das Unwissen bezieht sich nicht nur auf den Beckenboden an sich, sondern genauso auf Inkontinenz, also was das ist und wie sich diese äußert, und auf die Therapien. Eine 73 – jährige Dame, welcher vaginale Elektrotherapie für zu Hause verordnet wurde, hatte Schwierigkeiten diese Therapie zu beschreiben und es schien, dass sie weder wusste was das war und was es bewirken sollte.

In den Interviews wurden Unsicherheiten in der Durchführung von Beckenbodenübungen berichtet, der Wunsch nach Feedback und therapeutischer Anleitung geäußert. Eine Dame erzählte, dass ihre Physiotherapeutin ihren Beckenboden vaginal palpierete. Dies scheint eine gute Form des Feedbacks zu sein, die Kraft der Beckenbodenmuskulatur kann so bestimmt werden (NICE, 2006; SIGN, 2004). Während die Palpation des Beckenbodens durch Medizinerinnen und Mediziner üblich ist, scheint sie durch physiotherapeutisches Personal rar zu sein. Hierzu ist noch kaum aussagekräftige Literatur in Hinblick auf Erlebnisse von Patientinnen und Therapeutinnen/Therapeuten oder möglicher Unterschiede bei der Durchführung der Palpation durch Frauen und Männern oder Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten vorhanden.

Die interviewten Frauen gaben unterschiedliche Assoziationen beim Begriff Beckenbodentraining an. Nicht nur das Anspannen der Beckenbodenmuskeln an sich, sondern auch das Heben des Gesäßes, Übungen am Boden und der Zehenstand werden als Beckenbodenübungen verstanden. Es ist nicht auszuschließen, dass bei diesen Übungen die Beckenbodenmuskeln aktiviert werden, dennoch ist anzunehmen, dass den Frauen nicht

immer komplett klar ist, was davon eine Beckenbodenübung ist und wie diese korrekt durchzuführen ist.

Vor allem einer 93 – jährigen Dame lag es besonders am Herzen, dass Beckenbodenübungen bekannt gemacht werden. Sie sieht eine Möglichkeit, diese Übungen im Fernsehen laufenden Gymnastikprogramme einzubauen. Die Integration von Beckenbodenübungen in Turngruppen und die Einbettung dieser spezifischen Übungen in ein ganzheitliches Turnprogramm waren auch weiteren Probandin wichtig und erscheinen sinnvoll, um der Tabuisierung dieser Körperregion entgegen zu wirken.

5.4 Anregungen für die Praxis

Aufklärungsarbeit über Inkontinenz und möglicher präventiver Maßnahmen erscheint eine Notwendigkeit zur Enttabuisierung von Inkontinenz und Ausscheidung zu sein. Diese Aufklärungsarbeit kann durch Informationsblätter, Broschüren, Plakate, Vorträge oder durch gezieltes Ansprechen durch Fachleute, wie Pflegende, therapeutisches und medizinisches Personal erfolgen. Wurden Kontinenzprobleme identifiziert, so ist es notwendig weitere Schritte, wie zum Beispiel eine Überweisung für Physiotherapie für ein Beckenbodentraining, einzuleiten. Optimaler Weise werden die von Inkontinenz Betroffenen bei der Organisation der Therapie begleitet und unterstützt. Das Vorhandensein von unmittelbaren, ansprechenden Angeboten eines Beckenbodentrainings in der Nähe vom Wohnsitz der Betroffenen oder bei älteren Menschen in Pensionistenwohnhäusern direkt im Wohnhaus ist erstrebenswert. Vor allem ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen haben Schwierigkeiten für ein Beckenbodentraining längere Distanzen regelmäßig zurückzulegen. Eine längere Distanz kann bei älteren Personen bereits der angrenzende Bezirk oder sogar das Verlassen des Wohnhauses sein. Die Angebote sollten sowohl Einzeltherapien als auch Gruppen beinhalten und in Absprache mit der Patientin oder der Klientin individuelle abgestimmt werden. Einzeltherapieeinheiten haben den Vorteil, dass gezielt auf die Person eingegangen werden kann und dadurch die Ziele der Patientin oder der Klientin bestmöglich verfolgt werden können. Gruppen können motivierend sein und es kann zum Austausch unter Betroffenen kommen, wenn die Atmosphäre als angenehm und ansprechend empfunden wird.

Beckenbodenübungen sowohl als Prävention als auch Therapie bei Inkontinenz sollten bekannt gemacht werden, um die Gesellschaft für diese Thematik zu sensibilisieren und der Tabuisierung entgegen zu steuern. Möglichkeiten könnten der Turnunterricht in der Schule,

Bewegungsgruppen verschiedener Art, wie zum Beispiel Gymnastik, Geburtsvorbereitung und Rückbildung sein. Institutionen wie Volkshochschulen könnten hierzu kostengünstige Angebote anbieten. Diese Angebote sollten möglichst viele Leute jeden Alters erreichen.

Das therapeutische Beckenbodentraining bei vorhandenen Kontinenzproblemen sollte von geschulten Fachleuten durchgeführt werden, welche den Frauen ein adäquates Feedback geben können und mit ihnen ein individuelles, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Trainingsprogramm erarbeiten. Geschultes Fachpersonal sollte aus dem Gesundheitswesen stammen (Dumoulin et al., 2011), Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Hebammen und Pflegenden mit Spezialisierungen im Bereich der Kontinenzförderung scheinen in erster Linie geeignete Berufsgruppen zu sein. Der Integration der Beckenbodenübungen in den Alltag der Betroffenen sollte Beachtung geschenkt werden, so dass Beckenbodentraining als eine Selbstmanagementstrategie auch angewandt werden kann.

5.5 Limitationen der Arbeit und weiterführende Forschung

Diese Masterarbeit bietet einen ersten Einblick in die Erlebnisse von Frauen mit Beckenbodentraining, welche bisher in der Literatur erst wenig Beachtung gefunden haben. Eine Limitation dieser Arbeit ist die geringe Anzahl von Probandinnen, die sich bereit erklärten, über dieses sehr persönliche Thema, welches in der Gesellschaft tabuisiert wird, in einem Interview zu sprechen. Trotz Schwierigkeiten bei der Rekrutierung konnten acht Interviews geführt und ausgewertet werden. Eine Teilnehmerin wurde trotz nicht vorhandener Kontinenzprobleme eingeschlossen, da die Erfahrungswelt von Frauen mit Beckenbodentraining im Rahmen von Schwangerschaft und Rückbildung nicht fehlen sollte. Durch diese Arbeit konnten sicher nicht alle Aspekte des Beckenbodentrainings abgebildet werden. Keine der Probandinnen gab Erfahrungen mit Biofeedback oder Vaginalkonus an, diese beiden therapeutischen Maßnahmen konnten in dieser Arbeit nicht behandelt werden. Das Durchschnittsalter der Probandinnen lag bei 68 Jahren und war damit relativ hoch. Die jüngste Frau war zum Zeitpunkt des Interviews 34, die älteste 93 Jahre alt. In einer weiteren Forschungsarbeit könnten den Erfahrungen jüngerer Frauen dezidiert nachgegangen werden, eventuell mit Augenmerk auf Schwangerschaft und nach Entbindungen.

Weitere Forschung zur Integration der Beckenbodenübungen in den Alltag und Einführung, beziehungsweise Verstärkung, von Beckenbodenübungen in allgemeine Fitness- und Gymnastikprogramme erscheint sinnvoll, da die Integration der Übungen in den Alltag von

den Probandinnen nicht immer als erfolgreich beschrieben wurde und da hier noch keine Literatur vorliegt. Die Erfahrungswelt von Männern in Bezug auf Beckenbodentraining ist in der Literatur noch kaum vertreten, sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden und daher besteht hier Forschungsbedarf.

6. Zusammenfassung

Diese Forschungsarbeit bietet einen Einblick in die Erfahrungen, welche Frauen mit Beckenbodentraining gemacht haben. Beckenbodentraining sollte die erste Therapiewahl für Frauen mit Belastungs-, Drang- oder Mischharninkontinenz sein (Abrams et al, 2013; Hay-Smith et al., 2012). Ebenso hat diese konservative therapeutische Maßnahme einen hohen Stellenwert bei Stuhlinkontinenz und in der Prävention von Inkontinenz.

Der theoretische Hintergrund für diese Arbeit bietet die „Theory of Symptom Management“ von Humphreys et al. (2008). Beckenbodentraining wird als eine Selbstmanagementstrategie bei Kontinenzproblemen gesehen und kann einen wesentlichen Beitrag leisten, Kontrolle für den eigenen Körper zurück zu erlangen.

Durch diese Studie wird ein Beitrag zum Verständnis von Frauen mit Inkontinenz in Bezug auf Beckenbodentraining und von Frauen, welche Beckenbodentraining präventiv durchführen, geleistet.

Folgende Forschungsfragen liegen dieser Arbeit zu Grunde:

- Welche Erfahrungen haben Frauen mit Beckenbodentraining?
- Welche Erwartungen hatten/haben sie an das Beckenbodentraining und an die Leitung?
- Welche Meinungen und Ansichten haben Frauen über Beckenbodentraining?
- Wie wird Beckenbodentraining in deren Alltag integriert?

Der qualitative Forschungsansatz wurde zur Bearbeitung dieser Thematik gewählt. Es konnten acht problemzentrierte Interviews geführt, digital aufgenommen, transkribiert und mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (Mayring, 2003) ausgewertet werden. Auf einen gedanklichen Leitfaden wurde je nach Notwendigkeit in den Interviews zugegriffen.

Die Einschlusskriterien für die Teilnehmerinnen waren, dass es sich um volljährige Frauen handeln soll, welche Harn- und/oder Stuhlinkontinenzprobleme haben oder hatten, der deutschen Sprache mächtig sind und Erfahrungen mit Beckenbodentraining haben. Eine Dame ohne Kontinenzprobleme wurde ebenfalls eingeschlossen, da sie Beckenbodentraining im Rahmen von Schwangerschaft und Rückbildung durchführte und diese Erfahrungswelt nicht fehlen sollte. Die Ausschlusskriterien beinhalteten Männer und Kinder. Es konnten Erfahrungen zu unterschiedlichen Berührungspunkten mit Beckenbodentraining oder mit Beckenbodenübungen zusammengetragen werden. Die Kontinenzsituationen der

Teilnehmerinnen reichten zum Zeitpunkt der Interviews von kompletter Kontinenz über fallweise Probleme mit Harn- und/oder Stuhlinkontinenz bis hin zu schwerwiegenden Kontinenzproblemen, welche mehrmals täglich auftreten. Es wurden von den interviewten Frauen Harnstress-, Harndrang-, Harnmisch- und Stuhlinkontinenz beschrieben.

Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Philip Mayring (Mayring, 2003).

Folgende sieben Kategorien konnten gewonnen werden: Symptome, Diagnostik/Therapie, Gefühle, Selbstmanagement, Schwierigkeiten, Beckenbodentraining und Beeinflussende Faktoren. Die Hauptkategorie „Beckenbodentraining“ wurde aufgrund ihrer Größe in folgende sieben Unterkategorien unterteilt: Setting, Leitung, Motivation, Erwartungen, Inhalt, Outcome und Alltag.

Beckenbodenübungen werden in Rahmen von Einzeltherapien oder in Gruppen verschiedener Art erarbeitet. Broschüren und das Internet werden als Informationsquellen herangezogen, die Supervision einer Fachperson hat jedoch einen höheren Stellenwert. Die Verbesserung der Kontinenzsituation und die Prävention von Inkontinenz sind Gründe für ein Beckenbodentraining. Ein Heimübungsprogramm hat in der Erreichung des Ziels einen hohen Stellenwert. Theoretische Aspekte zum Beckenboden helfen dem Verständnis für das Beckenbodentraining. Unsicherheiten über die korrekte Durchführung der Übungen wurden geäußert, der Effekt wurde in Abhängigkeit von der Durchführungsqualität gesehen. Feedback durch die Leitung wird erwünscht. Die Motivation für ein Beckenbodentraining kann von dem Leidensdruck im Zusammenhang mit den Kontinenzproblemen abhängig sein.

Die Assoziationen im Zusammenhang mit Beckenbodenübungen erstrecken sich von dem Zusammenzwicken der drei Öffnungen des weiblichen Beckenbodens über das Heben des Gesäßes bis hin zum Zehenstand. Die Beckenbodenübungen werden durch Verhaltenstipps, welche die Ausscheidungsgewohnheiten optimieren sollen, ergänzt. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es Unklarheiten gibt, was genau eine Beckenbodenmuskelübung ist und wie diese korrekt durchzuführen ist.

Ein Angebot in der Nähe der Frauen sollte vorhanden sein. Längere Wege wollen und können in einigen Fällen nicht zurückgelegt werden. Es ist einfacher, ein vorhandenes Angebot anzunehmen, als sich selbständig eine Möglichkeit für ein Beckenbodentraining zu organisieren.

Die Integration eines Beckenbodentrainings in den Alltag erstreckte von gar nicht bis hin zu täglich über mehrere Stunden. Beeinflussende Faktoren bei der Integration des

Beckenbodentrainings in den Alltag erscheinen die Überzeugung von der Wirksamkeit der Übungen und die Instruktionen seitens der Fachleute zu sein.

Die Aufnahme von Beckenbodenübungen in Turngruppen erscheint eine gute Idee zu sein, um den Frauen diese Thematik bekannt zu machen und einen Beitrag zur Prävention von Inkontinenz zu leisten. Die Verfolgung eines Ziels, wie zum Beispiel der Verbesserung der Kontinenzsituation, ist mittels therapeutischer Unterstützung und damit verbundener regelmäßiger Supervision empfehlenswert (Hay-Smith et al., 2012; Dumoulin et al., 2011; Goepel et al., 2010; SIGN, 2004).

Beckenbodentraining im Rahmen von Schwangerschaft und Rückbildung hat einen hohen präventiven und therapeutischen Stellenwert (NICE, 2006; Rothe, 2006). Es scheint, dass dies ein geeigneter Zeitpunkt ist, die Wahrnehmung der Frauen für ihren Beckenboden zu schulen und sie für Kontinenzprobleme zu sensibilisieren.

Ein Einblick konnte in die Erfahrungswelt von älteren Frauen gewonnen werden. Einschränkungen der Mobilität, welche eine funktionelle Inkontinenz hervorrufen oder eine Inkontinenz verstärken können, spielen bei älteren Personen eine Rolle. Die therapeutischen Maßnahmen sollten hier nicht aus rein urologischer Sicht erfolgen, an Fortbewegung, Transfers, Kraft und Gleichgewicht sollte nach Bedarf ebenfalls gearbeitet werden.

Tabuisierung von Inkontinenz und Unwissenheit über den Beckenboden sind zwei wesentliche Probleme in unserer Gesellschaft, denen sich die Professionellen aus dem Gesundheitswesen stellen müssen, denn Schamgefühle können für Diagnostik und für Therapie von Inkontinenz kontraproduktiv sein. Beckenbodenübungen werden als in der Gesellschaft nicht weit verbreitet gesehen, das Bekanntmachen von Beckenbodenübungen und Aufklärungsarbeit über Inkontinenz sollten forciert werden.

Literatur

Abrams, P. Anderson, K. E., Artibani, W.; Bider, L., Bliss, D.; Brubaker, L., Cardozo, L.; Chapple, C.; Cottenden, A.; de Ridder, D.; Dmochowski, R.; Dumoulin, C.; Drake, M.; Fry, C.; Hanno, P.; Herschorn, S.; Kelleher, C.; Koelbl, H.; Khoury, S.; Madoff, R.; Maher, C.; Milson, I.; Moore, K. H.; Moore, K. N.; Newman, D.; Nijman, R.; Rosier, P.; Staskin, D.; Thuroff, J.; Tubaro, A.; Vodusek, D., Wein, A. & the Members of the Comitees (2013): 5th International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence.

Ahnis A. & Knoll N. (2008): Subjektives Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz –eine qualitative Analyse. *Z Gerontol Geriat* (2008) 41: 251–260 DOI 10.1007/s00391-008-0559-2.

Anselem, C.; Puigdollers, A.; Azpiroz, F.; Sala, C.; Videla, S.; Fernandez-Fraga, X.; Whorwell, P. & Malagelada, J.-R. (2009): Constipation: a potential cause of pelvic floor damage? *Neurogastroenterol Motil* (2010) 22: 150–e48. DOI: 10.1111/j.1365-2982.2009.01409.

Beeckman, D.; Schoonhoven, L.; Verhaeghe, S.; Heyneman, A. & Defloor, T. (2009): Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs*. 65(6): 1141-54. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.04986.x.

Beutel, M. E.; Hessel, A.; Schwarz, R; Brähler, E. (2005): Prävalenz der Urininkontinenz in der deutschen Bevölkerung. *Urologe* 44: 232–23. DOI 10.1007/s00120-005-0791-y.

Bo, K. & Hilde, G. (2012): Does it work in the Long Term? – A Systematic Review on Pelvic Floor Muscle Training for Female Stress Urinary Incontinence. *Neurology and Urodynamics* DOI 10.1002/nau.

Carrière, B. (Hrsg.) (2012): Beckenboden. Physiotherapie und Training, 2. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme.

Castro, R.; Arruda, R.; Zanetti, M.; Santos, P.; Sartori, M.; Girão, M. (2008): Single-Blind, Randomized, Controlled Trial of Pelvic Floor Muscle Training, Electrical Stimulation, Vaginal Cones, and No Active Treatment in the Management of Stress Urinary Incontinence. *Clinics (Sao Paulo)* 2008 August; 63(4): 465–472. DOI: 10.1590/S1807-59322008000400009.

Cotterill, N. (2013): International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire (ICIQ). Zugriff am 19.12.2013 unter www.iciq.net.

De Gruyter, W. (2002): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 259. bearb. Aufl., Berlin: Walter de Gruyter Verlag.

DeLancey, J. O. L.; Kane Low, L.; Miller, J. M.; Patel, D. A. & Tumbarello, J. A. (2008): Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model. *Am J Obstet Gynecol* 2008, 199: 610.e1-610.e5.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2007): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung-Konsentierung-Implementierung (April 2007), Zugriff am 08.04.2013 unter <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/38091.html>.

Dorey, G. (2012): Therapie bei Männern. S. 603-629. In: Carrière, B. (Hrsg.) (2012): Beckenboden. Physiotherapie und Training, 2. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme.

Dumoulin, C.; Glazener, C. & Jenkinson, D. (2011): Determining the Optimal Pelvic Floor Muscle Training Regimen for Women with Stress Urinary Incontinence. *Neurology and Urodynamics* 30: 746-753.

Dumoulin, C. & Hay – Smith, J. (2010): Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD005654. DOI: 10.1002/14651858.CD005654.pub2.

Enzelsberger H. (2011): Inkontinenz der Frau. *Österreichische Ärztezeitung* 3: 35-44.

Faller, A.; Schünke, M. & Schünke, G. (2004): Der Körper des Menschen. Einführung in Bau und Funktion. 14. Aufl., Stuttgart Georg Thieme Verlag.

Fanghänel, J.; Pera, F.; Anderhuber, F. & Nitsch, R. (Hrsg.) (2009): Waldeyer r-Anatomie des Menschen. 17. Aufl., Berlin: Walter de Gruyter Verlag.

Fritsch, H. (2012): Anatomie und Physiologie des Beckenbodens. S. 1-20. In: Carrière, B. (Hrsg.) (2012): Beckenboden. Physiotherapie und Training, 2. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme.

Fürst, A.; Hutzler, L.; Rentsch, M.; Beham, A.; Spatz, H.; Jauch, K.-W. (2000): Koloproktologische Erkrankungen des Beckenbodens. Radiologe 40: 446–450.

Gameiro, M. O.; Moreira, E. C.; Ferrari, R. S.; Kawano, P. R.; Padovani, C. R.; Amaro, J. L. (2012): A comparative analysis of pelvic floor muscle strength in women with stress and urge urinary incontinence. Int Braz J Urol 38: 661-666.

Gätje, R.; Siebzehrübl, E.; von Minckwitz, G. & Kuhl, H. (2013): Anhang 3 Medikamente. S. 1183-1194. In: Kaufmann, M.; Costa, S.-D. & Scharl, A. (2013): Die Gynäkologie. 3. Aufl., Berlin: Springer Verlag.

Goepel, M.; Kirschner-Hermanns, R.; Welz-Barth, A.; Steinwachs, K. C. & Rübber, H. (2010): Harninkontinenz im Alter. Dtsch Arztebl Int; 107(30): 531–6. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0531.

Hay-Smith, J.; Herderschee, R.; Dumoulin, C. & Herbison, P. (2012): Comparison of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: an abridged Cochrane systematic review. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 48 (4): 689-705.

Hayden, D. & Weiss, E. (2011): Fecal Incontinence: Etiology, Evaluation, and Treatment. Clin Colon Rectal Surg. 2011 March; 24(1): 64–70. DOI: 10.1055/s-0031-1272825.

Hayder, D. (2006): Harninkontinenz im Alltag – die Sicht pflegender Angehöriger. Journal für Urologie und Urogynäkologie 2006; 13 (Sonderheft 3) (Ausgabe für Österreich), 18.

Hayder, D. (2009): Umgang mit sensiblen Themen in Interviews- Einblicke in das Forschungsprojekt „Harninkontinenz im Alltag der Betroffenen“. Pflege 22: 351-359. DOI 10.1024/1012-5302.22.5.351.

Hayder, D. & Schnepf, W. (2010): Experiencing and Managing Urinary Incontinence: A Qualitative Study. West J Nurs Res 32: 480. DOI: 10.1177/0193945909354903.

Haylen, B. T.; Ridder, D.; Freeman, R. M.; Swift, S. E.; Berghmans, B.; Lee, J.; Monga, A.; Petri, E.; Rizk, D. E.; Sand, P. K. & Schaer, G. N. (2010): An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. Neurology and Urodynamics 29: 4-20.

Heller, A. (1998): Geburtsvorbereitung Methode Menne-Heller. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Heller, A. (2002): Nach der Geburt: Wochenbett und Rückbildung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Henderson, J. W.; Wang, S.; Egger, M. J.; Masters, M. & Nygaard, I. (2013): Can Women Correctly Contract Their Pelvic Floor Muscles Without Formal Instructions? Female Pelvic Med Reconstr Surg 2013, 19: 8-12.

Herderschee, R.; Hay-Smith, E. C. J.; Herbison, G. P.; Roovers, J. P. & Heineman, M. J. (2013): Feedback or Biofeedback to Augment Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence in Women: Shortened Version of a Cochrane Systematic Review. Neurology and Urodynamics 32: 325-329.

Humphreys, J.; Lee, K.; Carrieri-Kohlman, V.; Puntillo, K.; Faucett, J.; Janson, S.; Aouizerat, B.; Donesky-Cuenco, D. & the UCSF School of Nursing Symptom Management Faculty Group (2008): Theory of Symptom Management. S. 145-158 In

Smith, M. J. & Liehr, P. R. (Hrsg.), Middle Range Theory for Nursing. 2. Aufl., (S. 145 – 158). New York: Springer.

Imhoff, L. R.; Brown, J. S.; Creasman, J. M.; Subak, L. L.; Van Den Eeden, S. K.; Thom, D. H.; Varma, M. G. & Huang, A. J. (2012): Fecal incontinence decreases sexual quality of life, but does not prevent sexual activity in women Running Head: Anal incontinence and sexual function. Dis Colon Rectum. 2012 October; 55(10): 1059-1065. Doi:10.1097/DCR.0b013e318265795d.

Jünemann, K.- P. (2002): Inkontinenz im Alter. Urologe 41: 338–341.
DOI 10.1007/s00120-002-0227-x.

Laube, W. (2005): Trainingslehre. S. 299 – 319. In: Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg) (2005): Biomechanik, Bewegungslehre, Leistungsphysiologie, Trainingslehre. Stuttgart: Thieme Verlag.

MacArthur, C.; Glazener, C.; Lancashire, R.; Herbison, P. & Wilson, D. (2011): Exclusive caesarean section delivery and subsequent urinary and faecal incontinence: a 12-year longitudinal study. BJOG 2011; 118: 1001-1007. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02964.x.

Madersbacher, H. (2000) Die Inkontinenz der Frau im Alter- Spezielle therapeutische Gesichtspunkte. Journal für Menopause 7 (2) (Ausgabe für Österreich): 7-13.

Madersbacher, S. (2003): Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz: Die Belastungskomponente ist prädominant. Journal für Urologie und Urogynäkologie 2003; 10 (1)(Ausgabe für Österreich): 26-27.

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Aufl., Weinheim & Basel: Beltz.

Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken. 8. Aufl., Weinheim & Basel: Beltz.

Müller-Lissner, S. (2000): Anorektale Symptome, S. 33-35. In: Adler, G.; Beglinger, C.; Manns, M. P.; Müller-Lissner, S. & Schmiegell, W. (Hrsg.) (2000): Klinische Gastroenterologie und Stoffwechsel. Berlin: Springer Verlag.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2006): Urinary Incontinence. The management of urinary incontinence in women.

Niederstadt, C. J. (2008): Weibliche Harninkontinenz – Urologie, Gynäkologie und Gender. S. 451-466. In: Rieder, A. & Lohff, B. (Hrsg) (2008): Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis, 1. Aufl., Wien: Springer Verlag.

Peden-McAlpine, C.; Bliss, D. & Hill, J. (2008): The Experience of Community-Living Women Managing Fecal Incontinence. West J Nurs Res 30: 817. DOI: 10.1177/0193945907312974.

Probst, M.; Pages, H.; Riemann, J.; Eickhoff, A.; Raulf, F; Kolbert, G. (2010): Stuhlinkontinenz. Dtsch Arztebl Int: 107(34–35): 596–601. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0596.

Pucciani, F.; Raggioli, M. & Gattai, R. (2012): Rehabilitation of fecal incontinence: What is the influence of anal sphincter lesions? Tech Coloproctol DOI 10.1007/s10151-012-0923-5.

Pulker, E. (2005): Stuhlinkontinenz- Risikogruppe „Frau“ – Physiotherapie. Journal für Urologie und Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft 4) (Ausgabe für Österreich), 18-19.

Resnick, N. M.; Perera, S.; Schaefer, W.; Tadic, S.; Organist, L.; Riley, M. A. & Griffiths, D. (2012): What Predicts and What Mediates the Response of Urge Urinary Incontinence to Biofeedback? Neurourology and Urodynamics DOI 10.1002/nau.

Roche, B.; Chautems, R.; Rakotoarimanana, R.; Berclaz, O. & Marti, M.-C. (2002) Epidemiologie der Analinkontinenz. Chir Gastroenterol 2002;18: 282–285.

Rothe, C. (2006): Peripartale Physiotherapie. Z. f. Physiotherapeuten 58 (2006) 6. S. 2-7.

Schär, G. (2006): Harninkontinenz bei Frauen - ein häufiges und oft schweres Lebensqualitätsproblem. *Schweiz Med Forum* 2006;442-447.

Schimpf, M. & Tulkangas, P. (2005): Evolution of the female pelvis and relationships to pelvic organ prolapse. *Int. Urogynecol J* (2005) 16:315-320. DOI 10.1007/s00192-004-1258-1.

Schlömer, G. (2003): Weibliche Inkontinenz: Probleme der Erfassung von Häufigkeiten und Schweregraden. *Gesundheitswesen* 2003; 65: 115-117.

Schmidt, S. (2012): Expertenstandard in der Pflege-eine Gebrauchsanleitung. 2. Aufl., Berlin: Springer Verlag.

Schmitz, G.; Hayder, D.; Braumann, A.; Müller, M. & Saxer, S. (2010): Continence profiles A way to enhance assessment of urinary continence in German nursing practice. *Z Gerontol Geriat* 2010 43:407–412. DOI 10.1007/s00391-010-0117-6.

Schnabel, G.; Harre, H.-D. & Krug, J. (2008): Trainingslehre-Trainingswissenschaft-Leistung-Training-Wettkampf. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2004): Management of urinary incontinence in primary care. A national clinical guideline.

Skibbe, X. & Löseke, A. (2013): Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. 3. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Sliker-ten Hove, M. C.; Pool-Goudzwaard, A. L.; Eijkemans, M. J. C.; Steegers-Theunissen, R. P. M.; Burger, C. W. & Vierhout, M. E. (2010): Prevalence of Double Incontinence, Risks and Influence on Quality of Life in a General Female Population. *Neurourology and Urodynamics* (2010), 29: 545–550.

Stelzner, S. (2010) Randomisierte, kontrollierte Studie zeigt Überlegenheit von Biofeedback gegenüber Beckenbodentraining bei Stuhlinkontinenz. *coloproctology* 2010: 32:297–298. DOI 10.1007/s00053-010-0129-0.

Tanzberger, R., Kuhn, A. & Möbs, G. (2009): Der Beckenboden-Funktion, Anpassung und Therapie. Das Tanzberger-Konzept. 2. Aufl., München: Urban & Fischer Verlag.

Uhl, B. (2006): Gynäkologie und Geburtshilfe kompakt: alles für Station, Praxis und Facharztprüfung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Van der Horst, C.; Herzog, J. & Jünemann, K.-P. (2006): Harn- und Stuhlinkontinenz. S. 33-46. In: Deuschl, G. & Reichmann, H. (Hrsg.) (2006): Gerontoneurologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Von der Heide, S. (2008): Diagnostik am Beckenboden aus ärztlicher und physiotherapeutischer Sicht–Konsequenzen für die Inkontinenztherapie. Geburtsh Frauenheilk 2008; 68 - PO_Gyn_01_40. DOI: 10.1055/s-0028-1088745. Zugriff am 16.12.2013 unter https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1088745#PO_Gyn_01_40_1.

Wedel, T. (2006): Der Beckenboden: Anatomische Grundlagen. Viszeralchirurgie 41(3): 153-162. DOI: 10.1055/s-2006-933436.

Wiesinger, G. & Stoll-Salzer, E. (2012): Stoma- und Kontinenzberatung. Grundlagen und Praxis. 2. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Humphreys, J.; Lee, K.; Carrieri-Kohlman, V.; Puntillo, K.; Faucett, J.; Janson, S.; Aouizerat, B.; Donesky-Cuenco, D. & the UCSF School of Nursing Symptom Management Faculty Group (2008): Theory of Symptom Management, S. 145-158. In: Smith, M. J. & Liehr, P. R. (Hrsg.), Middle Range Theory for Nursing. 2. Aufl., New York: Springer.

Abbildung 2: Netter, F.-H. (2004): Atlas der Anatomie des Menschen. Gesamtausgabe Band 1-3. 3. Aufl., Deutschland: Urban & Fischer Verlag.

Abbildung 3: Netter, F.-H. (2004): Atlas der Anatomie des Menschen. Gesamtausgabe Band 1-3. 3. Aufl., Deutschland: urban & Fischer Verlag.

Abbildung 4: Gugger, M. & Gugger, H.:

http://www.laguba.ch/de/laguba_healthcare_aquaflex_level2.html, Zugriff am 06.01.2014.

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaberinnen und Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Müller-Lissner, S. (2000): Anorektale Symptome, S. 33-35. In: Adler, G.; Beglinger, C.; Manns, M. P.; Müller-Lissner, S. & Schmiegel, W. (Hrsg.) (2000): Klinische Gastroenterologie und Stoffwechsel. Berlin: Springer Verlag.

Tabelle 2: Pulker, E. (2005): Stuhlinkontinenz- Risikogruppe „Frau“ – Physiotherapie. Journal für Urologie und Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft 4) (Ausgabe für Österreich), 18-19.

Tabelle 3: Schmidt, S. (2012): Expertenstandard in der Pflege-eine Gebrauchsanleitung. 2. Aufl., Berlin: Springer Verlag.

Tabelle 4: Pulker, E. (2005): Stuhlinkontinenz- Risikogruppe „Frau“ – Physiotherapie. Journal für Urologie und Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft 4) (Ausgabe für Österreich), 18-19.

Tabelle 5: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2007): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. In: Schmitz, G.; Hayder, D.; Braumann, A.; Müller, M. & Saxer, S. (2010): Continence profiles A way to enhance assessment of urinary continence in German nursing practice. Z Gerontol Geriat 2010 43:407–412. DOI 10.1007/s00391-010-0117-6.

Tabelle 6: Peden-McAlpine, C.; Bliss, D. & Hill, J. (2008): The Experience of Community-Living Women Managing Fecal Incontinence. West J Nurs Res 30: 817. DOI: 10.1177/0193945907312974.

Tabelle 7: Sponring, D. (2014): Beispiel zur Vorgehensweise nach der Qualitativen Inhaltsanalyse.

Tabelle 8: Sponring, D. (2014): Beschreibung der Interviewteilnehmerinnen.

Tabelle 9: Sponring, D. (2014): Ausschnitt aus der Bearbeitung des Interviews mit einer 86 – jährigen Frau.

Tabelle 10: Sponring, D. (2014): Ausschnitt aus der Bearbeitung des Interviews mit einer 34 – jährigen Frau.

Tabelle 11: Sponring, D. (2014): Ausschnitt aus der Bearbeitung des Interviews mit einer 73 – jährigen Frau.

Tabelle 12: Sponring, D. (2014): Ausschnitt aus der Bearbeitung des Interviews mit einer 56 – jährigen Frau.

Tabelle 13: Sponring, D. (2014): Ausschnitt aus der Bearbeitung der Interviews mit einer 86 – jährigen und mit einer 34 – jährigen Frau.

Tabelle 14: Sponring, D. (2014): Übersicht über die Kategorien

Tabelle 15: Sponring, D. (2014): Kategorien

Tabelle 16: Sponring, D. (2014): Beispiel der Rücküberprüfung der Kategorien am Beispiel der Kategorie Beckenbodentraining / Outcome.

Lebenslauf

Nachname/Vorname Sponring Denise Lena, BSc
E-Mail denisesykora@hotmail.com

- Berufserfahrung**
- Seit Oktober 2011: **Physiotherapeutin** auf der Remobstation Wieden, Ziegelofengasse 6a, 1040 Wien (KWP)
 - 2011 – 2012: **Trainerin** im Rahmen des Gesundheitsprojekts „**Gesundheit hat kein Alter**“
 - 2011 - 2011: **Kursleiterin an der VHS Hernals**
 - 2008 - 2011: **Promotion- Tätigkeit** bei der Schülerhilfe
 - 2006 - 2010: **Mathematik- Nachhilfe** als Tutorin am BG 13 und bei der „Schülerhilfe“

- Berufsbildung**
- Schwindel – Forschung, Diagnostik und Therapie (2013)
 - Aktuelle OP – Techniken und neue Therapiemethoden (2013)
 - Pelvic Floor Muscle Training an der FH Campus Wien (2013)
 - Schmerzhaftes Schulter - Ursachen und Therapie (2013)
 - Behandlung des chronischen Schlaganfall-Patienten (2013)
 - Gesundheitszirkelmoderatoren – Ausbildung (2013)
 - Anatomie/Biomechanik untere und obere Extremität (2012)
 - Sturzprophylaxe – Gangsicherheitstraining im Alter (2012)
 - Morbus Parkinson (2012)

- Schul- und Hochschulbildung**
- 2011 - 2014: **Masterstudium Pflegewissenschaften** (Uni Wien)
 - 2008 – 2011: **Physiotherapie-Bachelor-Studium** (FH Campus Wien)
 - 2000 - 2008: **Bundesgymnasium** mit humanistischem Zweig Fichtnergasse 15, 1130 Wien
 - 1996 - 2000: **Volksschule** Am Platz 2, 1130 Wien