

# Blasen- und Darmschwäche

Für Betroffene,  
Angehörige  
in jedem Lebensalter  
und für alle,  
die mehr über  
Inkontinenz  
wissen wollen.

## RATGEBER

volkshilfe. 



MKO

## VORWORT:

*Viele Menschen leiden an unfreiwilligem Harn- und/oder Stuhlverlust, daher möchten wir mit diesem Ratgeber einen Bereich ansprechen, der oft nur unter vorgehaltener Hand oder gar nicht mitgeteilt wird.*

*Da uns die Medien ein Bild des perfekten Menschen – muskulös, gesund und vor Lebensfreude strotzend – suggerieren, ist es für den Durchschnittsmenschen schwierig, eine natürliche Einstellung zu einem Körper mit Schwächen zu entwickeln, der nicht dem Zeitgeist entspricht.*

*Betroffene sollen wissen, dass sie nicht alleine sind und vor allem, dass es Hilfe gibt. Das Problem kann gelöst werden, wenn der Betroffene den Mut hat, über sein Leiden zu sprechen.*

*Wir wollen das Wissen und entsprechende Zusammenhänge über das Thema Inkontinenz bei Betroffenen, aber auch bei allen, die über Gesundheit Bescheid wissen wollen, verbessern.*

*In den letzten Jahren wurde auf dem Gebiet der Blasen- und Darmfunktionsstörung viel Forschungs- und Aufklärungsarbeit geleistet, wodurch neue Therapien entwickelt werden konnten. Die Praxis zeigt, dass die Erfolge um so besser sind, je früher der Arzt konsultiert wird und Therapien begonnen werden.*

*Es gibt somit viele Gründe dafür, dass man sich mit diesem Leiden nicht abfinden muss.*

*Dieser Ratgeber befasst sich auch mit Prophylaxe (Vorbeugung), denn viele spätere Probleme können durch gezielte Aufklärungsarbeit vermieden werden.*

*Durch Informationen, praktische Tipps und Tricks wollen wir Ihnen Mut machen und helfen, zu mehr Lebensfreude zu finden.*



**MKÖ**

*Ihr Team der Kontinenzberatungsstelle*

*(eine Kooperation der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich und der Volkshilfe Linz)*

**volkshilfe.** 

# INHALTSVERZEICHNIS:

<b>1. Was bedeutet Inkontinenz?</b> .....	<b>Seite 9</b>
<b>2. Wie funktioniert eine gesunde Blase?</b> .....	<b>Seite 11</b>
<b>3. Wie kommt es zur Blasenschwäche?</b> .....	<b>Seite 13</b>
3.1. Dranginkontinenz (überaktive Blase) .....	Seite 13
3.2. Belastungsinkontinenz (Harnröhrenverschlusschwäche) .....	Seite 15
3.3. Die Mischharninkontinenz .....	Seite 16
3.4. Blasenmuskelschwäche mit reichlich Restharn .....	Seite 16
3.5. Sonderformen der Blasenschwäche .....	Seite 17
<b>4. Wie wird Harninkontinenz abgeklärt?</b> .....	<b>Seite 21</b>
4.1. Gezielte Befragung .....	Seite 21
4.2. Miktionsprotokoll .....	Seite 21
4.3. Gezielte klinische Untersuchung .....	Seite 23
4.4. Erstellung einer Diagnose .....	Seite 23
<b>5. Wie kann man Harninkontinenz behandeln?</b> .....	<b>Seite 25</b>
5.1. Belastungsinkontinenz (Harnröhrenverschlusschwäche) .....	Seite 25
5.2. Dranginkontinenz (überaktive Blase) .....	Seite 29
5.3. Mischharninkontinenz .....	Seite 30
5.4. Blasenmuskelschwäche mit reichlich Restharn .....	Seite 30
5.5. Harninkontinenz bei neurologischer Erkrankung .....	Seite 32
5.6. Enuresis (Bettnässen) .....	Seite 32

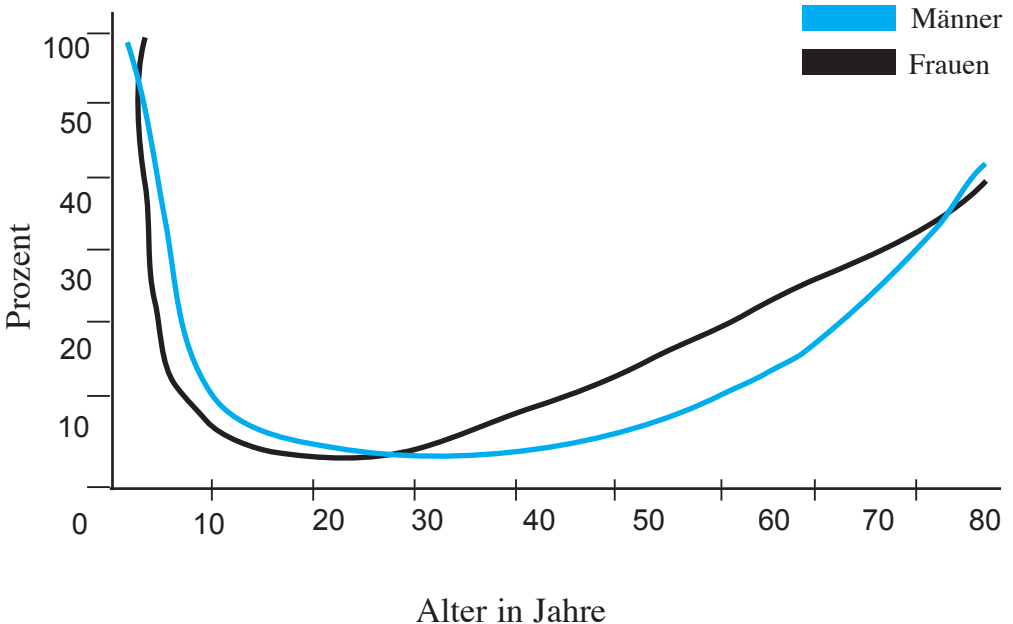
# INHALTSVERZEICHNIS:

<b>6. Inkontinenzhilfsmittel und Hautpflege .....</b>	<b>Seite 35</b>
6.1. Eine kleine Auswahl der gängigen Hilfsmittel .....	Seite 35
6.2. Hautpflege bei Inkontinenz .....	Seite 38
<b>7. Stuhlinkontinenz .....</b>	<b>Seite 39</b>
7.1. Ursachen .....	Seite 39
7.2. Diagnostik .....	Seite 41
7.3. Behandlung .....	Seite 41
<b>8. Wie kann man Inkontinenz vorbeugen? .....</b>	<b>Seite 43</b>
8.1. Maßnahmen zur Verhinderung einer Belastungsinkontinenz .....	Seite 43
8.2. Maßnahmen zur Verhinderung einer Dranginkontinenz .....	Seite 44
8.3. Maßnahmen zur Verhinderung einer Stuhlinkontinenz .....	Seite 45

Inkontinenz ist ein weit verbreitetes Problem und kann Menschen in jedem Lebensalter betreffen.

In Österreich gibt es ca. 850.000 Betroffene, die an Inkontinenz leiden.

## Altersabhängigkeit der Inkontinenz



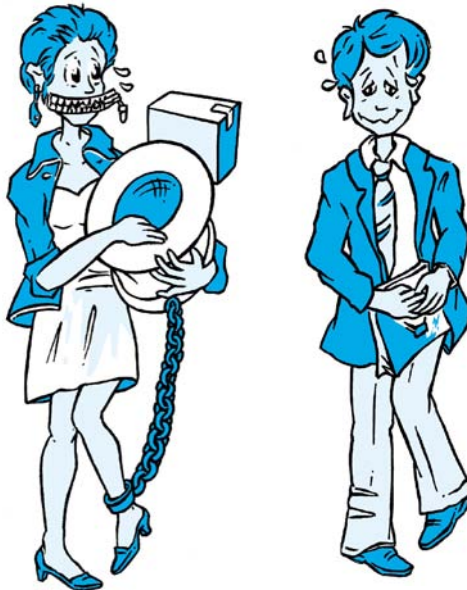
# 1. Was bedeutet Inkontinenz?

Der Begriff Inkontinenz leitet sich ab vom lateinischen „incontinens“, was wörtlich „nicht bei sich behaltend“ heißt. Das Wort Inkontinenz bedeutet ungewollten Abgang von Harn oder Stuhl (Harninkontinenz oder /und Stuhlinkontinenz).

In unserer sonst so aufgeklärten Zeit zählen Harn- und Stuhlinkontinenz immer noch zu den großen Tabuthemen.

Bei Betroffenen kommt es zur enormen Beeinträchtigung im Alltag. In der Folge von Harn- und /oder Stuhlverlust treten Geruchsbelästigung und Hautprobleme auf, aber auch vermehrte finanzielle Aufwendungen für Hilfsmittel und Wäschepflege. Durch Schamgefühle, Unsicherheit und Minderwertigkeitsgefühle kommt es zu sozialer Isolierung mit Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben und zu Einsamkeit. Partnerschaftliche Probleme (Sexualprobleme) sind nicht selten.

Pflegende Angehörige sind mit täglich beschmutzter Wäsche überfordert, dies ist ein häufiger Grund einer Heimeinweisung.



## 2. Wie funktioniert eine gesunde Blase?

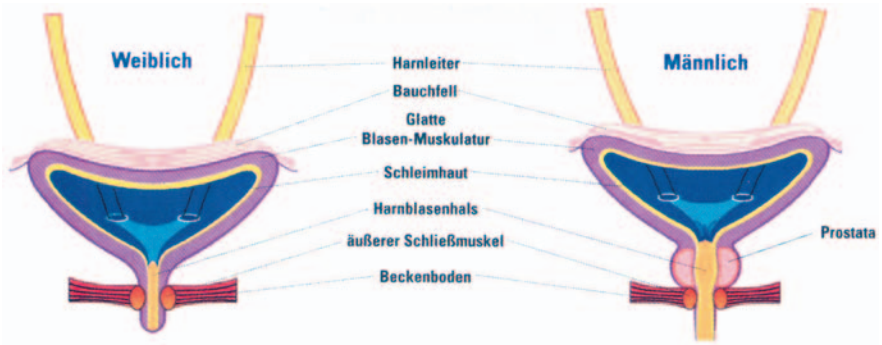
Die Blase hat die Aufgabe, den Harn zu sammeln und unter willkürlicher Kontrolle zu entleeren. Diese zwei gegensätzlichen Funktionen werden dadurch ermöglicht, dass Harnblase, Harnröhre und Schließmuskel-Beckenbodenmuskulatur eine funktionelle Einheit bilden und durch verschiedene Nervensysteme gesteuert werden.

In der Speicherphase wird der Harn in der Blase gesammelt, ohne dass wir zunächst Harndrang verspüren. Der Blasenmuskel verhält sich völlig ruhig. Erst ab einer gewissen Füllmenge der Blase (durchschnittlich nach 2-3 Stunden, bzw. bei 350 ml beim Erwachsenen) hat sich soviel Harn in der Blase angesammelt, dass wir Harndrang verspüren, jedoch deswegen nicht sofort eine Toilette aufsuchen müssen. Der Harndrang kann üblicherweise ohne weiteres über eine gewisse Zeit unterdrückt werden, bis eine geeignete Möglichkeit besteht, die Blase zu entleeren.

Die Blasenkapazität ist normalerweise so groß, dass während der Nacht höchstens einmal ein Toilettengang erforderlich ist.

Ist die Blase nun stark gefüllt (350 bis 500 ml Blaseninhalt), so sucht man ohne Eile eine Toilette auf, entspannt sich und gestattet der Blase, sich zu entleeren. Die Blasenentleerung erfolgt üblicherweise mit gutem Strahl ohne Unterbrechungen und ohne zusätzlichen Einsatz der Bauchpresse. Nach der Blasenentleerung ist die Blase tatsächlich leer, das heißt, es bleibt kein Restharn zurück, ebensowenig tröpfelt Harn nach. Nach der Blasenentleerung beginnt wieder die Sammelperiode, während der wir die Blase über Stunden nicht spüren.

### Struktur der Harnblase

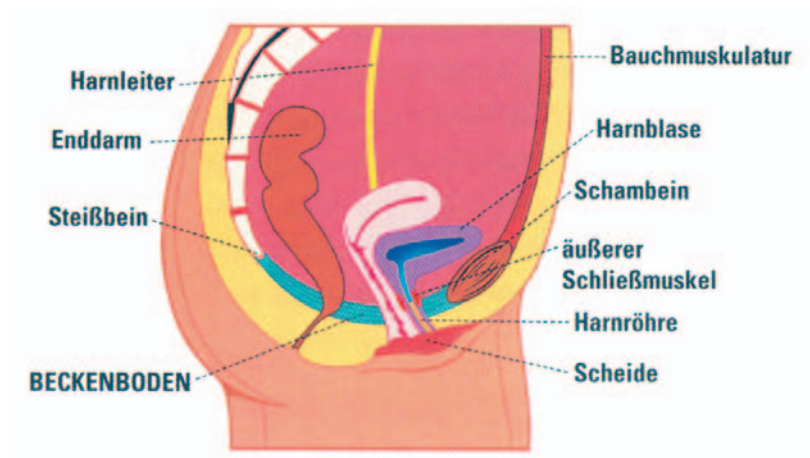




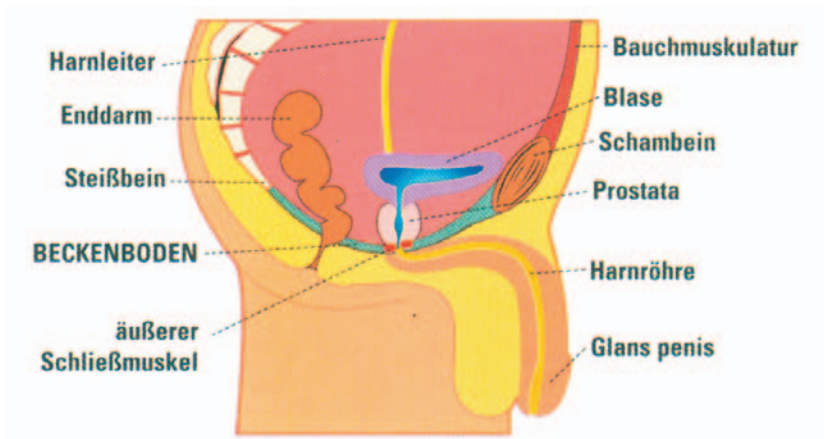
# Anatomie des Beckens

weiblich und männlich

## Weiblicher Harntrakt



## Männlicher Harntrakt





### 3. Wie kommt es zu Blasenschwäche?

Man spricht von einer schwachen Blase und meint eigentlich ein buntes Bild von Symptomen und Beschwerden, die gar nicht zu einem einheitlichen Krankheitsbild passen. Der Bogen der Beschwerden spannt sich von sehr häufigem Wasserlassen bis zum unfreiwilligen Harnverlust beim Husten, von „Blasenentzündungen“ in Zusammenhang mit kalten Füßen bis zum unfreiwilligen Harnverlust beim Händewaschen.

Wenn wir nun versuchen, Ordnung in diesen weit verbreiteten und oft gebrauchten Begriff „Blasenschwäche“ zu bekommen, so stecken hauptsächlich drei Krankheitsbilder bzw. Störungen dahinter:

#### 3.1. Die überaktive Blase (Dranginkontinenz):

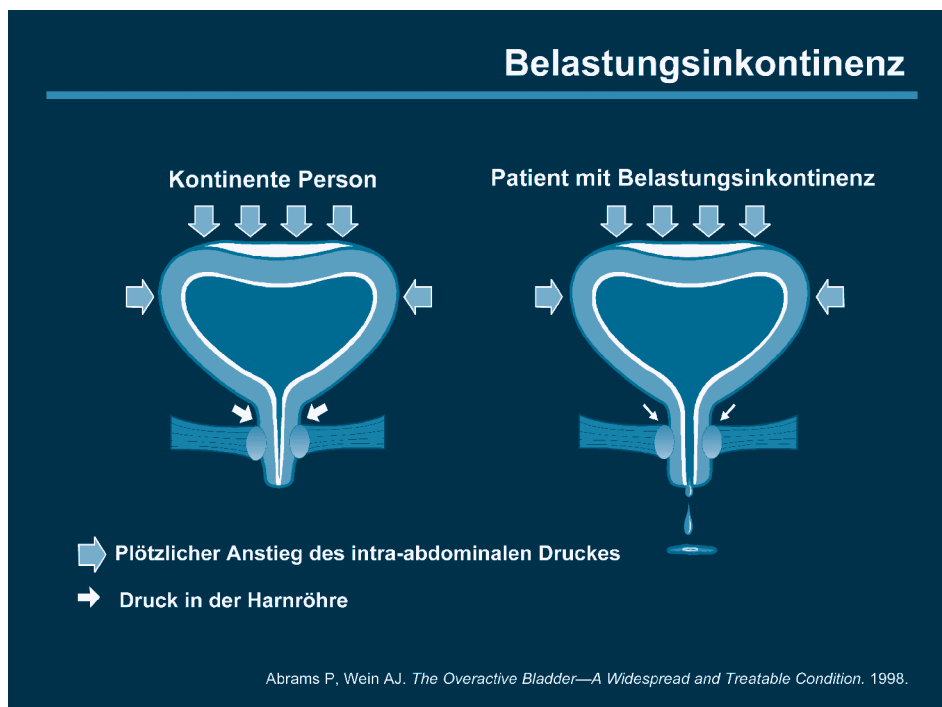
Bei diesem Krankheitsbild leiden die Menschen in erster Linie an gehäuften Harndrang, der sich sehr quälend auswirken und zum vorzeitigen Aufsuchen der Toilette zwingen kann. Ist keine Toilette in der Nähe erreichbar oder steht eine Warteschlange davor, kann der Harn nicht mehr zurückgehalten werden. Es kann in dieser Situation bereits zum unfreiwilligen Harnverlust kommen – in diesem Fall sprechen wir von „Dranginkontinenz“, die leichte Ausprägung dieses Krankheitsbildes nennen wir Reizblase. Auslöser dieser überempfindlichen Blase sind nicht selten kalte Füße oder das Aufdrehen des Wasserhahns.

#### **Überaktive Blase: Unkontrolliertes Anspannen des Blasenmuskels**



### 3.2. Belastungsinkontinenz (Harnröhrenverschlussschwäche):

Diese Form der Blasenschwäche besteht nun darin, dass es unter körperlicher Belastung (wie Husten und Niesen oder Heben der schweren Einkaufstasche) ohne Harndranggefühl zum spritzerförmigen Harnverlust kommt. Wir sprechen hier auch von der „Belastungsinkontinenz“ (früher Stressinkontinenz genannt). Die Verschlussschwäche der Harnröhre kann nun durch eine Bindegewebschwäche mit Senkung der Beckenorgane und/oder durch eine verminderte Kraft der Beckenbodenmuskulatur verursacht sein. Diese Situation ist insbesondere bei Frauen nach Geburten festzustellen. Aus dem Grund kommt diese Form der Blasenschwäche auch fast nur bei Frauen vor, manchmal jedoch auch bei Männern nach einer Operation wegen Prostatakrebs.



### 3.3. Die Mischharninkontinenz:

Die Mischharninkontinenz bedeutet, dass es zu Harninkontinenz kommt sowohl aufgrund eines starken Harndranges als auch aufgrund körperlicher Anstrengung, also wenn eine Kombination von Harnröhrenverschlusschwäche und überaktiver Blase vorliegt. Diese Mischharninkontinenz ist in höherem Alter bei Frauen ein sehr häufiges Krankheitsbild, bei dem sich verständlicherweise die Abklärung und Behandlung schwieriger gestalten.

### 3.4. Blasenmuskelschwäche mit reichlich Restharn:

#### (Überlaufinkontinenz)

Mit zunehmendem Alter kann nicht nur das Gesicht Falten bekommen, auch die Blasenwand lässt an Spannung nach. Der Blasenmuskel kann nicht mehr seine volle Leistung erbringen, die Blase wird nur mehr auf Raten entleert und wir müssen mit der Entwicklung von Restharn in der Blase rechnen. Unter Restharn verstehen wir die Harnmenge, die nach der Blasenentleerung in der Blase verbleibt. Nimmt diese Restharmenge nun stark zu, kann es zum Überlaufen der Blase kommen (Überlaufinkontinenz).



### 3.5. Sonderformen der Blasenschwäche:

#### **Harninkontinenz im Alter:**

Im Alter nehmen die Funktionen unserer Körperorgane bekanntlich ab und dies trifft auch auf die Blase und deren Steuerungsmechanismen zu. Begünstigend für Harninkontinenz im Alter sind die Begleiterkrankungen, die letztlich zu Blasenproblemen führen (siehe unten).

Die Abnahme der Hirnleistung führt dazu, dass bei Auftreten des Harndranges das Gehirn nur mehr eine unzureichende Hemmfunktion auf den Harndrang ausüben kann. Der Harndrang kann nicht ausreichend unterdrückt werden, es kommt bereits auf dem Weg zur Toilette zum unfreiwilligen Harnverlust.

Weiters können ein Mangel an weiblichen Hormonen bei Frauen sowie eine chronische Blasenentzündung zur Harninkontinenz im Alter führen.

Eine andere Ursache der Blasenschwäche im Alter besteht darin, dass nachts zu viel Harn produziert wird und somit ein mehrmaliges Aufstehen zur Blasenentleerung erforderlich ist. Hier handelt es sich entweder um eine Herz-Kreislaufschwäche oder um einen Mangel an dem für diese Steuerung des Wasserhaushaltes zuständigen Hormons.

Bei Männern kommt es ab dem 50. Lebensjahr generell zu einer Vergrößerung der Prostata, wodurch sich recht häufig Blasenprobleme im Sinne einer überaktiven Blase oder im Sinne einer Blasenmuskelschwäche mit Restharn und chronischer Harnwegsinfektion einstellen können.



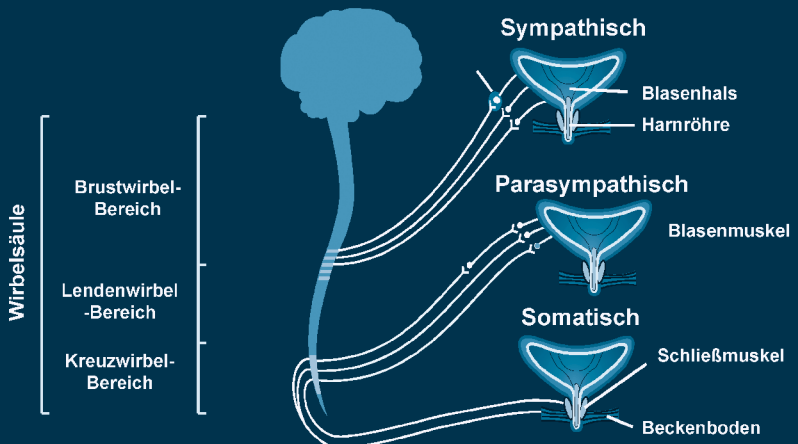
## Weitere mögliche Begleiterkrankungen:

- Einschränkungen der Beweglichkeit,
- Persönlichkeitsveränderungen,
- Erkrankungen des Nervensystems,
- Nebenwirkungen von zahlreichen Medikamenten auf die Blasenfunktion u. a.

## Harninkontinenz bei neurologischen Erkrankungen:

Der komplizierte Speicher- und Entleerungsrhythmus der Blase wird durch unser Nervensystem gesteuert. Liegen Nervenerkrankungen vor, so sind Blasenprobleme eine häufige Folge dieser Erkrankung, insbesondere bei Morbus Parkinson, Multipler Sklerose, Morbus Alzheimer und Bandscheibenvorfall ist mit Blasenproblemen zu rechnen. Auch bei der Zuckerkrankheit kommt es nach längerem Krankheitsverlauf zu Nervenschäden, die eine Blasenentleerung verzögern und erschweren.

## Innervation des unteren Harntraktes



### ***Chronisches Schmerzsyndrom der Blase bzw. des kleinen Beckens:***

Neben den Symptomen der überaktiven Blase mit häufigem, starkem Harndrang sowie nächtlichem Wasserlassen bestehen hier zusätzlich Schmerzen im Blasen- und Harnröhrenbereich bzw. mit Ausstrahlung in das kleine Becken. Häufig ist in dieser Situation eine Verkrampfung der quergestreiften Beckenbodenmuskulatur feststellbar, die diese Schmerzsituation verstärkt. Als Ursache dafür kommen unter anderem Blasenschleimhautveränderungen in Frage, daher wurde früher dieses Krankheitsbild als „interstitielle Cystitis“ bezeichnet.

### ***Enuresis (Bettnässen):***

Unter Enuresis verstehen wir unfreiwillige Blasenentleerungen während des Schlafes ab dem 5. Lebensjahr, in der übrigen Zeit zeigt das Verhalten der Blase keine Auffälligkeiten. Aufgrund einer Reifungsstörung der Nervenstrukturen, die unsere Blase steuern und einer noch nicht ganz ausgereiften hormonellen Steuerung der Wasserausscheidung sind hauptsächlich Kinder davon betroffen, aber auch ca. 1% der Erwachsenen.

### ***Extraurethrale Harninkontinenz:***

Hier handelt es sich um eine Sonderform von kontinuierlichem Harnverlust, der unter Umgehung der Harnröhre bzw. des Harnröhrenverschlussmechanismus stattfindet. Diese Umgehung ergibt sich einerseits bei Missbildungen und andererseits nach Operationen im kleinen Becken durch die Entstehung von Harnfisteln.





## 4. Wie wird Inkontinenz abgeklärt?

### 4.1. Gezielte Befragung

Der Arzt fragt, seit wann, wie oft und wie stark die Inkontinenz besteht, ebenso nach Erkrankungen und Operationen und über die derzeitige Einnahme von Medikamenten.

Einige Erkrankungen und Operationen haben Auswirkungen auf die Blasen- oder Darmfunktion. Es ist für den Arzt sehr wichtig, von dieser Vorgeschichte zu erfahren.

Als Basis für die Befragung kann auch ein Fragebogen dienen.

### 4.2. Miktionsprotokoll (Blasentleerungsprotokoll)

Das **Miktionsprotokoll** ist ein sehr einfaches und äußerst wirkungsvolles Instrument, um Informationen über die Blasentleerungsgewohnheiten und die Blasenfüllmengen eines Menschen zu bekommen.

So wird es erstellt:

Auf einem Blatt Papier werden der Name und das Datum vermerkt und in Spalten die Zeit und die Menge jeder Blasentleerung über mindestens zwei Tage protokolliert.

Bei der Blasentleerung ist nun sehr bedeutend, dass die Harnmenge exakt gemessen wird. Dazu eignen sich Messbecher, die günstigerweise eine Einteilung zu je 50 ml haben. Das Auffangen und Messen des Harns ist oft recht mühsam, es ist aber die Voraussetzung für ein aussagekräftiges Blasentleerungsprotokoll.

Beispiel:

Uhrzeit	Harnmenge
6.30	300 ml
7.30	150 ml
9.00	200 ml
9.30	100 ml
12.00	250 ml

So eine Aufzeichnung macht nun deutlich sichtbar, wie oft der Betroffene zur Toilette geht und wie das Fassungsvermögen der Blase ist.

Dabei kann sich auch herausstellen, dass extrem große Harnmengen ausgeschieden werden, was einen Hinweis auf eine große Flüssigkeitszufuhr liefert.

Einen großen Nutzen hat das Miktionsprotokoll für den Betroffenen selbst. Das bisherige Verhalten wird durch die Niederschrift gut nachvollziehbar und Verhaltensänderungen können dadurch einerseits geplant und andererseits kontrolliert werden.

Durch spezielle Trainingsmaßnahmen (Miktionstraining) kann auch versucht werden, die Blasenentleerung besser zu steuern.

Es ist ein großes Erfolgserlebnis, wenn die Protokolle zu Beginn des Trainings und bei fortschreitender Therapie verglichen werden, und der Betroffene die Verbesserung unmittelbar ablesen kann.

Wenn ein Patient selbst dazu nicht in der Lage ist, können Betreuungs- und Pflegepersonen das Miktionsprotokoll erstellen. Es bildet dann die Grundlagen für die weiteren Pflege-, Therapie- und Versorgungsmaßnahmen (z. B. Intervall der Toilettengänge und Saugstärke der Einlagen).

Sind weiterreichende Informationen wichtig, so muss ein **Miktionstagebuch** geführt werden.

Dabei werden zusätzlich Inkontinenzhäufigkeit in Verbindung mit/ohne, Harn- drang und die Trinkmenge registriert.

Uhrzeit	Harnmenge	Einlage nass/trocken	Harndrang verspürt	Trinkmenge
6.30	300 ml	T	ja	
7.00				250 ml
7.30	150 ml	N	ja	
9.00	200 ml	T	ja	200 ml
9.30	100 ml	T	nein	
12.00	250 ml	N	ja	

Für den behandelnden Arzt ist aus dem Miktionstagebuch ersichtlich:

- die Häufigkeit der Blasenentleerung,
- ob die Kapazität der Blase normal / zu klein / zu groß ist,
- die Häufigkeit der Inkontinenzepisoden,
- die Tagestrinkmenge, die der Betroffene zu sich nimmt.

### 4.3. Gezielte klinische Untersuchung

durch den Hausarzt, den Urologen und bei Frauen zusätzlich durch den Gynäkologen (Frauenarzt)

Sie umfasst: körperliche Untersuchung des Unterbauches  
Harnbefund  
Restharnbestimmung (völlig schmerzfrei durch Ultraschall)  
Hustentest

Wird bei dieser Basisuntersuchung ein krankhafter Befund festgestellt, sind weiterführende Untersuchungen (z. B. Blasenspiegelung, Blasendruckmessung, Röntgen) beim Facharzt erforderlich.

### 4.4. Erstellung einer Diagnose

In der Zusammenschau der Ergebnisse von Befragung, Miktionsprotokoll und klinischer Untersuchung ist der Arzt meistens in der Lage, eine Diagnose der Blasenfunktionsstörung zu stellen.

Die Diagnose ermöglicht nun dem Arzt, den Betroffenen über die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten zu informieren und mit ihm/ihr einen Therapieplan zu erstellen.

## 5. Wie kann man Inkontinenz behandeln?

Ist die Inkontinenz ärztlich abgeklärt und ist die Inkontinenzform bekannt, eröffnen sich verschiedene Behandlungsmöglichkeiten.

### 5.1. Belastungsinkontinenz (Harnröhrenverschlusschwäche):

#### a) Physiotherapeutische Methoden (=Beckenbodentraining)

Unter Beckenbodentraining versteht man, mit diesem Muskel vertraut zu werden und ihn zu trainieren.

Es erfordert große Disziplin von den Betroffenen, da es regelmäßig und „lebenslang“ durchgeführt werden muss (Übungen und Verhaltensmaßnahmen werden in den Alltag eingebaut).

Elektrostimulation kann zum leichteren Erlernen des Beckenboden-Trainings dienen. Hier werden spezielle Elektroden und unterschiedliche Stromstärken zur besseren Wahrnehmung und zur Stärkung von schwacher Beckenbodenmuskulatur angewendet. Elektrostimulation kann auch nach Einschulung als Heimtherapie angewendet werden.

Beckenbodentraining gehört in die Hände erfahrener diplomierter PhysiotherapeutInnen.

Diese Methode kann in Gruppen- oder Einzelsitzungen von bis zu 6 Wochen korrekt erlernt werden. Biofeedbackgeräte können unterstützend sein.

Die Besprechung von Verhaltensmaßnahmen kann als flankierende Maßnahme das Beckenbodentraining unterstützen: einerseits durch Gewichtsreduktion, da Übergewicht ein bewiesener Risikofaktor für Harninkontinenz darstellt und andererseits durch Stuhlregulierung, da ständiges Pressen beim Stuhlgang den Beckenboden schädigt.



### b) Medikamentöse Therapie

Bis jetzt gab es keine globale und weitverbreitete medikamentöse Therapie der Belastungsinkontinenz. Es wurden zwar verschiedene Medikamente eingesetzt, die aber wegen nicht überzeugender Wirkung bzw. wegen unerwünschter Nebenwirkungen keine Verbreitung fanden.

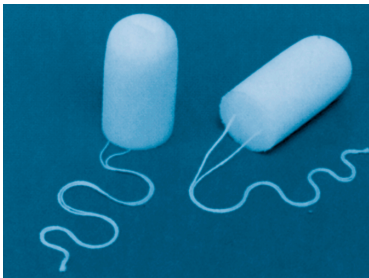
Nun zeigen klinische Studien, dass das Medikament Duloxetin in Tablettenform eine vielversprechende neue Therapiemöglichkeit darstellt.

### c) Hilfsmittel wie Spezialtampons und Pessare

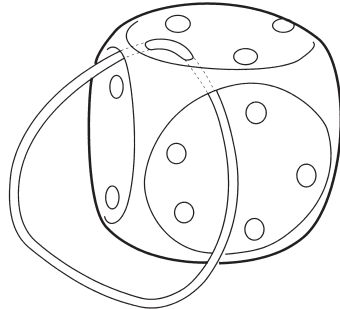
Pessare werden bei Gebärmuttersenkung eingesetzt, für Harnröhrenverschlusschwäche eignen sich Spezialtampons. Damit kann eine vorübergehende Kontinenz erreicht werden z.B. bei Sport, Wandern usw.

Die Anpassung (es gibt verschiedene Größen) ist Aufgabe eines Arztes (Pessar) oder einer Kontinenzberater/in (Spezialtampons).

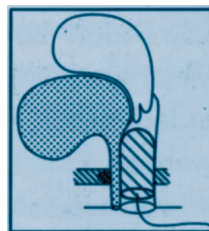
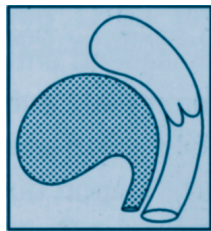
VAGINALTAMPON



WÜRFELTAMPON



Vaginal-, sowie Blasen- und Harnröhrenbereich ohne Tampon wird dargestellt.



Tampon im Vaginalbereich übt Druck auf Harnröhre aus. Damit wird unkontrollierter Harnabgang verhindert.

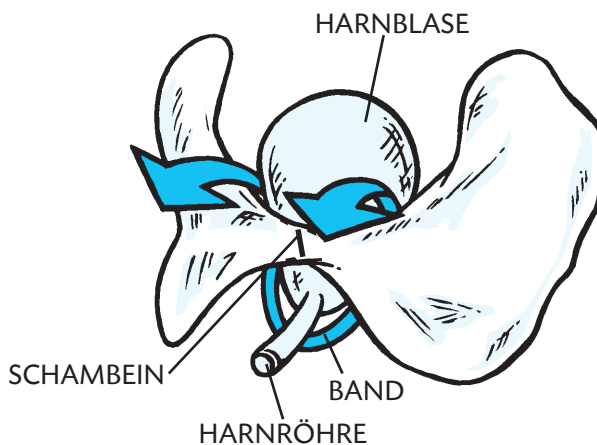
#### d) Inkontinenz Operationen

Die Kolposuspensionsplastik ist die klassische Operationsmethode, bei der Blase und Harnröhre durch Fassen der Scheidenvorderwand angehoben wird. Dieser Eingriff ist mit Bauchschnitt verbunden, dadurch belastender und der stationäre Aufenthalt länger als bei der folgenden Methode.

Eine neue, erfolgreiche Methode ist die Vaginal Schlinge, bei der von der Scheide aus ein Kunststoffband um die Harnröhre gelegt wird. Der Verschluss der Harnröhre wird verbessert. Die Operation ist ein relativ kleiner Eingriff, welcher mit Kreuzstich oder örtlicher Betäubung durchgeführt wird und nur einen kurzen Krankenhausaufenthalt erfordert. Diese Methode wurde von Ulmsten 1993 unter der Namen TVT eingeführt, bis heute folgten zahlreiche andere Firmenprodukte.

Bei Versagen sämtlicher anderer Therapiemöglichkeiten, können nachjustierbare Ballone (Pro Act) oder ein künstlicher Schließmuskel (AMS-Sphinkter) implantiert werden.

Für die Behandlung gilt prinzipiell, dass eine konservative Behandlung vor operativen Therapien Vorrang hat. Der konservativen Therapie kann eine Erfolgsrate von 75%, der operativen Therapie von 85% zugesprochen werden. Die erhobenen Befunde entscheiden über die Therapieform.





## 5.2. Dranginkontinenz (überaktive Blase):

### a) **Medikamente zur Dämpfung der Blasenüberaktivität:**

Bestimmte Medikamente (z.B. Ditropan®, Detrusitol®, Spasmolyt®, Kentera®, Urivesc®, Vesicare®) können eine überaktive Blase beruhigen, wodurch sich die Blasenkapazität erhöht. Die Häufigkeit der Blasenentleerung reduziert sich, auftretender Harndrang wird leichter steuerbar und der unfreiwillige Harnverlust verringert sich.

Vor und während der Behandlung sollten Restharnbestimmungen durchgeführt werden.

Nebenwirkungen:

Mundtrockenheit, Verstopfung



### b) **Miktionsstraining:**

Zur Verlängerung von zu kurzen Intervallen:

Innehalten und den Beckenboden-Muskel anspannen, den auftretenden Harndrang mit äußerster Konzentration unterdrücken, bis der Harndrang abgeklungen ist. Dann ist genügend Zeit, zur Toilette zu gehen

### c) **Toilettentraining:**

Betrifft vorwiegend ältere Menschen mit Hirnleistungsstörung. Dabei soll regelmäßig nach Aufforderung die Toilette aufgesucht werden und die Blase entleert werden.

### d) **Elektrotherapie:**

Durch elektrische Impulse kann eine Unterdrückung des gesteigerten Harndrangs und dadurch Blasenmuskel-überaktivität vermindert werden.

### e) **Physiotherapie:**

Beckenbodentraining



### **5.3. Mischinkontinenz:**

Leidet man an einer Mischinkontinenz ( Häufigkeit im Alter 30 %) erfordert dies sowohl die Behandlung der Belastungs- als auch der Dranginkontinenz. (siehe vorher).

### **5.4. Blasenmuskelschwäche mit reichlich Restharn:**

**a) Miktionstraining** zur Verkürzung von zu langen Intervallen:

Die Blasenentleerung wird 3 bis 4 stündlich durchgeführt, auch wenn kein Harn-drang vorhanden ist.

Bei unvollständiger Blasenentleerung empfiehlt sich die Entleerung auf Raten (Mehrfachmktionen). Dabei sucht der Betroffene ca. 10 Minuten nach der ersten Entleerung neuerlich die Toilette auf, um nach Erholung des Blasen-muskels den restlichen Harn zu entleeren.

#### **b) Intermittierender Katheterismus**

Bei dieser Therapieform wird die Blase mehrmals täglich durch einen Katheter entleert, der durch die Harnröhre eingeführt und nach Blasenentleerung wieder entfernt wird.

Diese Technik sollte vom Patienten nach Möglichkeit selbst erlernt werden, da dadurch der Betroffene unabhängig bleibt. Es können auch Angehörige oder die Hauskrankenpflege den Katheterismus durchführen.

#### **c) Elektrostimulation der Blase**

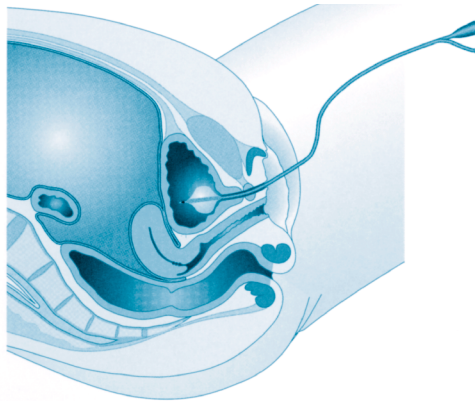
Mittels Stimulationskatheter werden die Harndrangrezeptoren angeregt und durch Verstärkung der Nervenimpulse eine effiziente Blasenentleerung bewirkt. Die Behandlung erfolgt ambulant.

#### **d) Dauerkatheter:**

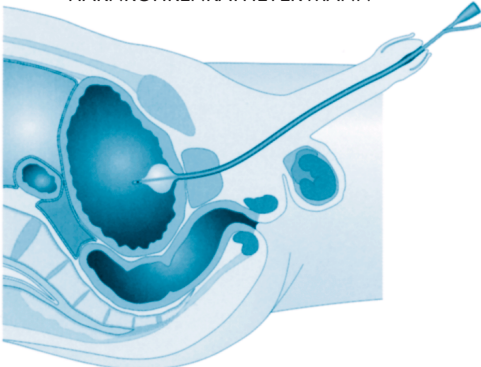
Die Möglichkeit, den Harn mittels Katheter abzuleiten, kann über einen durch die Harnröhre in die Harnblase eingeführten Katheter erfolgen oder der Katheter wird oberhalb des Schambeins direkt durch einen kleinen Hautschnitt in die Blase eingeführt und fixiert. Der Dauerkatheter kommt nur dann in Frage, wenn es keine andere Therapiemöglichkeit gibt.

Auf jeden Fall muss bei Blasenmuskelschwäche mit Restharn gewährleistet sein, dass sich die Blase regelmäßig vollständig entleeren kann.

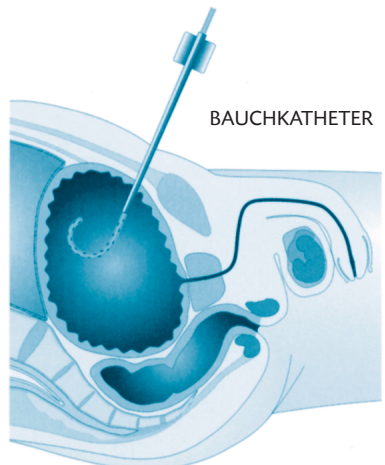
HARNRÖHRENKATHETER FRAU



HARNRÖHRENKATHETER MANN



BAUCHKATHETER



## 5.5. Harninkontinenz bei neurologischen Erkrankungen:

Weil die Harnspeicherung und Harnentleerung durch verschiedene Nervensysteme gesteuert wird, ist es verständlich, dass bei Nervenerkrankungen Blasenfunktionsstörungen auftreten.

Meist ist die Harninkontinenz mit einer Harnblasenentleerungsstörung (Restharn) kombiniert.

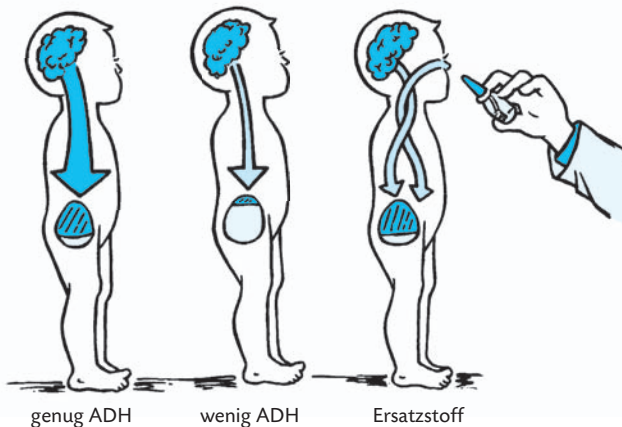
Die Therapieziele durch regelmäßige, vollständige Blasenentleerung sind hier:

- Funktionserhaltung der Niere
- Vermeidung von Harnwegsinfekten
- Kontinenz oder ausreichendes Management der Harninkontinenz

## 5.6. Enuresis

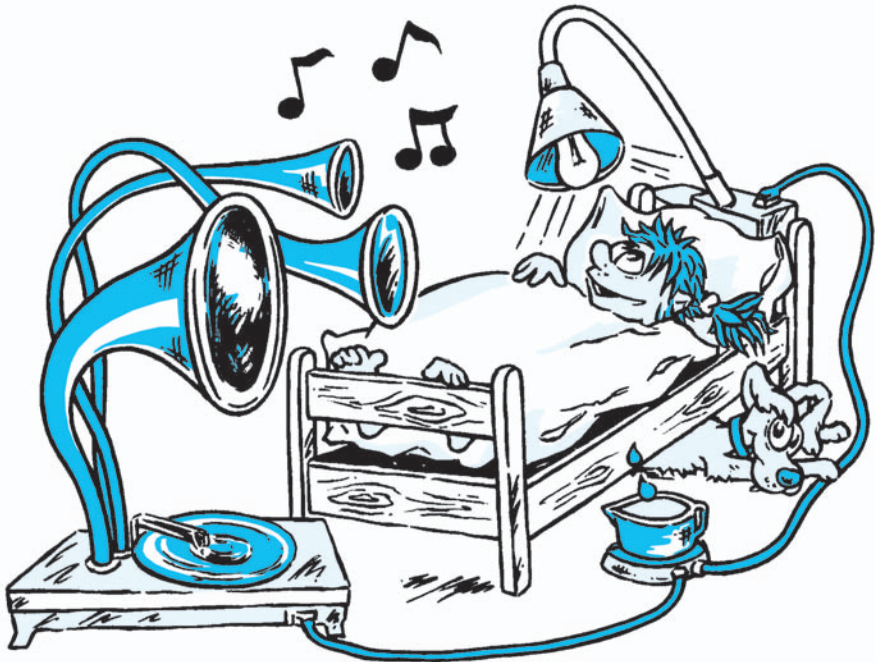
### a) medikamentöse Therapie:

Bei vermehrter nächtlicher Harnproduktion kann durch Gabe des Hormons ADH eine Korrektur erfolgen.



**b) Verhaltensschulung:**

Dazu gehört die Reduktion der abendlichen Trinkmenge, Training mit der Alarmeinlage in der Unterwäsche und Familientherapie.



## 6. Inkontinenzhilfsmittel und Hautpflege

Der nötige Hilfsmittelbedarf richtet sich nach der Menge des Harnverlustes im Tages- und Nachtverlauf.

Die Menge des Harnverlustes findet man durch Wiegen der gebrauchten Einlagen heraus. Erst wenn Klarheit über Menge und Häufigkeit des Harnverlustes besteht, kann ein passendes Hilfsmittel ausgewählt werden. Weitere Kriterien sind Praktikabilität, Wirtschaftlichkeit, persönliche Vorlieben und Fähigkeiten des Betroffenen. Durch die passende Hilfsmittelversorgung soll die Lebensqualität verbessert und das Selbstwertgefühl gefördert werden. Ein entsprechender Hautschutz ist ein zusätzliches Kriterium bei der Hilfsmittelversorgung.

Einlagen und Inkontinenzslips sind vom Arzt verschreibungsfähig.

### 6.1. Eine kleine Auswahl der gängigen Hilfsmittel:

#### **Aufsaugende Hilfsmittel**

Vorlagen in verschiedenen Größen und Saugstärken die mittels Netzhose oder eng anliegender Unterwäsche fixiert werden. Diese Vorlagen werden bei Männern und Frauen verwendet. Bei inkontinenten Männern gibt es zur Versorgung noch sogenannte Tropfenfänger.

Spezielle Inkontinenzslips („Windelhose“) werden nur in Ausnahmefällen benötigt.

Bei der körpernahen Hilfsmittelversorgung muss die Konfektionsgröße berücksichtigt werden, da der Betroffene eine möglichst unauffällige, aber trotzdem sichere Versorgung erhält. Es muss zusätzlich auf die Saugkapazität der Einlagen geachtet werden.

Ein weiteres Hilfsmittel sind Krankenunterlagen, die zum Schutz von Matratze und Bettwäsche dienen.



### ***Ableitende Hilfsmittel:***

Kondomurinale

Eine weitere Möglichkeit der Versorgung von harninkontinenten Männern sind Kondomurinale mit Urinbeuteln. Sie bieten sich sowohl für mobile Betroffene als auch für Rollstuhlfahrer und Bettlägerige an.

Es stehen drei Varianten zur Verfügung:

- a) Selbstklebende Kondome
- b) Fixierung mittels Haftstreifen
- c) Fixierung mittels Hautkleber

Die Auswahl trifft meist der Betroffene selbst. Die passende Größe wird mittels Messschablone ermittelt.

Urinbeutel werden in unterschiedlichen Größen entsprechend auf den Betroffenen abgestimmt.

### ***Instrumentelle Hilfsmittel:***

Die Versorgung eines inkontinenten Menschen mit Dauerkatheter sollte immer als letzte Möglichkeit in Betracht gezogen werden. Hier entscheidet ausschließlich der behandelnde Arzt in folgenden Fällen:

1. wenn Hautprobleme eine Einlagenversorgung unmöglich machen
2. wenn neben der Harninkontinenz eine ungenügende Blasenentleerung besteht (Restharn)
3. bei Harnverhaltung

Man unterscheidet zwei Ableitungsformen:

Eine Dauerableitung (Blasenverweilkatheter) durch die Harnröhre oder eine Dauerableitung, die durch die Bauchdecke gelegt wird (siehe Seite 31).

## 6.2. Hautpflege bei Inkontinenz

Die Haut des inkontinenten Menschen ist im Intimbereich großen Belastungen ausgesetzt.

Die Haut hat die Funktion, unseren Körper vor aggressiven Einflüssen zu schützen. An den Haarwurzeln befinden sich Talgdrüsen, die ihr Sekret an die Hautoberfläche abgeben. Dieses Sekret breitet sich aus und bildet somit einen Fettschutzmantel, der die Haut vor Austrocknung schützt.

Durch wiederholte Waschungen vor allem mit falschen Pflegeprodukten, entsteht ein Mangel an Fettschutz und es kommt zu trockener, spröder und rissiger Haut, die bei Kontakt mit den aggressiven Substanzen aus Harn und Stuhl zur Hautschädigung führen.

Es ist deshalb sehr wichtig, den Kontakt mit Harn und Stuhl zu verhindern bzw. zu reduzieren und zwar durch:

- qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung
- regelmäßigen, dem Ausmaß der Inkontinenz erforderlichen Wechsel der Einlage
- pH-neutrale Reinigungsprodukte oder nur klares Wasser
- Cremes für trockene Haut und zwar mit einem W/O-Produkt (Wasser in Öl Lotion) verwenden
- Vermeidung austrocknender Substanzen (z. B. Franzbranntwein) und abdeckender Pflegeprodukte (z. B. Vaseline, Melkfett, reine Öle)

Der Betroffene sollte mindestens 1,5 Liter trinken um die Elastizität der Haut zu erhalten.

Kontaktexzeme, die durch Stuhlinkontinenz um den After entstehen, müssen mit einer wasserundurchlässigen Paste abgedeckt werden, um die Haut vor der aggressiven Ausscheidung zu schützen.



## 7. Stuhlinkontinenz – Abklärung und Behandlung

**Stuhlinkontinenz reicht von geringer Verschmutzung der Unterwäsche bis zum massiven Abgang von Winden mit einem flüssigen, breiigen oder festen Stuhl.**

### 7.1. Ursachen:

#### 1. Schließmuskelschwäche:

Sie ist die häufigste Ursache für Stuhlinkontinenz, wird mit zunehmenden Alter häufiger und ist meist eine Folge von Beckenbodenschwäche z. B. durch mehrere Geburten, durch chronische Verstopfung mit häufigem Pressen zum Stuhlgang während vieler Jahre, Nervenschäden bei Wirbelsäulenproblemen, neurologische Erkrankungen, Nervenschäden im Rahmen von Stoffwechselerkrankungen z. B. Zuckerkrankheit.

Naturgemäß sind vor allem Frauen und ältere Menschen von Schließmuskelschwäche betroffen. Manchmal geht auch ein Mastdarmvorfall (Rektumprolaps) damit einher.

#### 2. Durchfall:

Chronische Darmerkrankungen, mit Entzündung verbunden, eine Darmverengung (z. B. Mastdarmkrebs) oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z. B. Milchzuckerintoleranz) führen zu einer ständig flüssigen Beschaffenheit des Stuhles, der manchmal selbst von einem gesunden Schließmuskel nicht zurückgehalten werden kann, noch weniger von einem schwachen oder defekten Muskel.

#### 3. Obstipation (Verstopfung):

Verstopfung ist keine Erkrankung, sondern eine Funktionsstörung, die durch Darmträgheit oder durch Passagebehinderung z. B. durch einen Tumor ausgelöst sein kann.

Weitere krankhafte Ursachen wie z. B. Schleimhauteinrisse, Hämorrhoiden, starke erweiterte Dickdarmabschnitte müssen abgeschlossen werden. Es besteht die weitverbreitete Meinung, dass mindesten einmal pro Tag Stuhl abgesetzt werden muss. Durch unsere ballaststoffarme Ernährung ist dies gar nicht möglich. Somit ist eine Stuhlentleerung alle 2 – 3 Tage ausreichend.

Das Bedürfnis zum täglichen Stuhlgang führt oft zur Einnahme eines Abführmittels. Um das zu gewährleisten, werden die Abführmittel immer stärker und der Darm gewöhnt sich so daran, dass er von allein nicht mehr arbeitet und träge wird. Eines Tages wirken die stärksten Abführmittel nicht mehr und leider wird erst dann der Arzt aufgesucht. Dabei ist dieses Leiden relativ einfach zu beseitigen. Das aufklärende Gespräch, Bewegung und Ernährungsumstellung könnten sehr rasch helfen.



#### **4. Operationen und Verletzungen:**

Nach Dammrissen bei Geburten oder aufgrund von Operationen bei Erkrankungen des Afters kann der ringförmige Schließmuskel ganz oder teilweise durchtrennt sein. Operationen bei Mastdarmkrebs werden zunehmend ohne künstlichen Darmausgang (Stoma) durchgeführt, wobei sich oft die Reservoirkapazität des Enddarms verringert und bei schlechter Schließmuskelfunktion es zu Stuhlinkontinenz kommen kann.

#### **5. Fehlfunktion im Alter:**

Durch geistige und körperliche Abbauprozesse kann es dadurch zu Stuhlinkontinenz kommen, dass ein Stuhldrang zwar verspürt, aber nicht mehr unterdrückt werden kann. Gehstörungen bei schweren Gelenkerkrankungen, neurologische Behinderungen, Fortbewegung mit Krücken oder Rollstuhl verhindern oft ein rechtzeitiges Erreichen der Toilette.

## 7.2. Diagnostik:

Haben sich Betroffene deklariert und zu einer Behandlung entschlossen, so wird ihnen eine gründliche Diagnostik angeboten. Die Untersuchungen sind in der Regel schmerzlos, werden aber gelegentlich als unangenehm empfunden, weil sie die Intimsphäre betreffen.

Zuerst erfolgt ein gründliches Erstgespräch und durch behutsames Tasten, Darmspiegelung und Röntgen können bestimmte Erkrankungen wie z. B. Darmkrebs, als Ursache von Stuhlinkontinenz ausgeschlossen oder festgestellt werden. In der Folge werden spezielle Untersuchungen, vor allem die überhaupt nicht belastende Messung der Druckwerte im Schließmuskelbereich (=Sphinktermanometrie) durchgeführt, die Aufschluss über die Art der Funktionsstörung des Kontinenzorgans gibt. Die Ergebnisse ermöglichen eine gezielte Behandlung.

## 7.3. Behandlung:

Bei mehr als zwei Drittel der Betroffenen kann die Stuhlinkontinenz durch konservative Maßnahmen – also ohne Operation gebessert oder vollständig geheilt werden.

Diese Maßnahmen sind:

- Beckenbodentraining
- Stuhleindickung durch Medikamente und Diätberatung
- Regelmäßig gezielte Darmentleerung durch Abführzäpfchen oder kleine Einläufe
- Hilfsmittelversorgung wie Analtampons.
- Elektrotherapie – hier wird durch Stromimpulse die Schließmuskelfunktion verbessert, nach gründlicher Einschulung werden Geräte verliehen, die von den zuständigen Kassen abzüglich eines Selbstbehaltes bezahlt werden.

In Fällen von schweren Darmentzündungen, Dickdarmkrebs, Hämorrhoiden werden diese Erkrankungen medikamentös oder operativ behandelt.

## 8. Wie kann man Inkontinenz vorbeugen?

Die gesunde Blasenfunktion hängt unter anderem von bestimmten Gewohnheiten und Lebensweisen ab, beginnend bereits ab dem Kindesalter.

Sie sind mit dafür verantwortlich, ob jemand im Laufe seines Lebens eine Inkontinenz entwickelt. Es ist somit möglich, vorbeugend etwas gegen das Entstehen von Blasenproblemen zu tun.

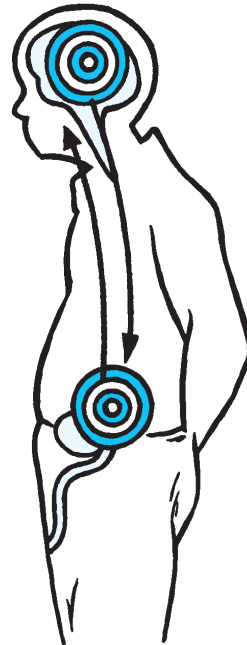
### 8.1. Maßnahmen zur Verhinderung einer Belastungsinkontinenz:

Wesentlich für die Kontinenz ist die richtige Druckverteilung im Bauchraum, in der Blase und Harnröhre.

- Richtiges Heben entlastet Wirbelsäule, Beckenboden und Blase.  
Das Heben von Lasten soll deshalb aus den Knien und eng am Körper erfolgen, unter gleichzeitigem Ausatmen.  
Frauen sollten grundsätzlich nie mehr als 10 kg heben und tragen – ständige schwere Lasten sind eine wesentliche Ursache für Inkontinenz.
- Auch rückschonende Haltung beim Gehen, Stehen und Sitzen sowie gut trainierte Rücken-, Bauch- und Beckenbodenmuskeln sind für die Blasenfunktion wichtig.  
Ein straffer Beckenboden gleicht den erhöhten Druck auf die Blase beim Heben, Husten oder Niesen aus.
- Gewichtsreduktion bei Übergewicht.
- Behandlung chronischer Atemwegserkrankungen mit wiederkehrendem Husten
- Rauchen abgewöhnen.
- Frühzeitig Beckenbodentraining unter Anleitung in den Alltag einbauen.
- Geregelter Verdauung.  
Häufiges Pressen zur Stuhlentleerung bei Verstopfung überlastet im Laufe der Zeit die Aufhängung der Beckenorgane und schwächt den Beckenboden.

## 8.2. Maßnahmen zur Verhinderung einer Dranginkontinenz:

- Wahrnehmung für die Blasenfüllung schulen – geistig fit bleiben.
- Anspannungsübungen des Beckenbodens, um die Fähigkeit zu steigern, den Harndrang bewusst zu unterdrücken.
- Im Rahmen des Blasentrainings helfen diese Maßnahmen auch im Alter, die Kontinenz zu erhalten oder zu verbessern. Der richtige Umgang mit dem Körper und seinen Bedürfnissen wird also mit zunehmendem Alter wichtiger. Wer lebenslang seine Blase ständig durch zu langes Zurückhalten des Urins überdehnt oder umgekehrt durch zu häufiges Entleeren die Speicherfähigkeit der Blase verringert, kann im höheren Alter ernsthafte Probleme mit der Blase bekommen.
- Entspannungstraining des Beckenbodens. Ständiges unbewusstes Anspannen der Unterleibsmuskulatur kann zu dauernder Verspannung und zu einer überaktiven Blase führen.
- Hormonersatztherapie: Inkontinenz kann auch Folge der nachlassenden Östrogenproduktion bei Frauen in den Wechseljahren sein.



### 8.3. Maßnahmen zur Verhinderung einer Stuhlinkontinenz:

- Für regelmäßigen Stuhlgang sorgen (alle 1 – 3 Tage).
- Genügend entspannte Zeit für die Stuhlentleerung nehmen.
- Für geformte, aber nicht zu harte Stuhlkonsistenz sorgen (mit Hilfe ausreichender Trinkmenge und ballaststoffreicher Nahrung z. B. Gemüse, Vollwertkost).
- Starren Einsatz der Bauchpresse bei der Stuhlentleerung vermeiden.
- Bereits Kinder beim „Sauberkeitstraining“ nicht zum Pressen bei der Stuhlentleerung ermuntern. Zu frühes Sauberkeitstraining vermeiden.





Die Adressen  
der mit Harn- und Stuhlinkontinenz  
besonders befassten Beratungsstellen,  
Fachärzte/innen und Physiotherapeuten/innen  
sind auf der Homepage der  
Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich  
(MKÖ) unter

[www.kontinenzgesellschaft.at](http://www.kontinenzgesellschaft.at)

zu finden.

Auf Wunsch werden sie auch gerne  
von der Geschäftsstelle der MKÖ

**Schwarzspanierstr. 15/3/1**

**1090 Wien**

**Tel. 01/4020928**

**E-Mail: [info@kontinenzgesellschaft.at](mailto:info@kontinenzgesellschaft.at)**

gefaxt oder in Papierform zugesandt.

## MITGLIEDER DES FÖRDERKREISES

### **A.M.I. Agency for Medical Innovation**

Im Letten 1, A-6800 Feldkirch  
T: +43.5522.90505  
F: +43.5522.90505-4006  
www.ami.at

### **AMS Deutschland GmbH**

Niederlassung Österreich  
Am Fischhof 3/6, A-1010 Wien  
T: +43.1.7404061-16  
F: +43.1.7404061-17  
www.americanmedicalsystems.de

### **ANDROMEDA Med. Systeme GmbH**

Wallbergstr. 5 D-82024 Taufkirchen  
T: +49.89.614156-0 . F: +49.89.614156-11  
www.andromeda-ms.de

### **ASTELLAS Pharma Ges.m.b.H.**

Linzer Straße 221/E02, A-1140 Wien  
T: +43.1.8772668 . F: +43.1.8771636  
www.astellas.at

### **ASTRA TECH GmbH**

Schloßhofer Str. 4/4/19, A-1210 Wien  
T: +43.1.2146150-0 . F: +43.1.2146167  
www.astratech.at

### **ATTENDS GmbH**

Franz-Josefs-Kai 3, A-1010 Wien  
T: 0800.818818 . F: 0800-818821  
www.attends-plus.at

### **COLOPLAST GmbH**

Thomas-Klestil-Platz 10/1, A-1030 Wien  
T: +43.1.7075751 . F: +43.1.7075751-40  
www.coloplast.at

### **FERRING Arzneimittel Gesellschaft m.b.H.**

Vienna Twin Tower, Turm West, 10. OG  
Wienerbergstraße 11, A-1100 Wien  
T: +43.1.60808 . F: +43.1.60808-80  
www.ferring.at

### **GEBRO Pharma GmbH**

Bahnhofbichl 19, A-6391 Fieberbrunn  
T: +43.5354.5300-0 .  
F: +43.5354.5300-731  
www.gebro.com

### **G. POHL-BOSKAMP GmbH & CoKG**

Kieler Str. 11 D-25551 Hohenlockstedt  
T: +49.4826.59-383 . F: +49.4826.59-376  
www.pohl-boskamp.de

### **PAUL HARTMANN Ges.m.b.H.**

IZ NÖ Süd, Straße 3, Postfach 110  
A-2355 Wiener Neudorf  
T: +43.2236.64630-0  
F: +43.2236.64630-17  
www.at.hartmann.info

### **HOLLISTER GmbH**

Heinrich Collin-Straße 1, A-1140 Wien  
T: +43.1.8770800 . F: +43.1.8770800-22  
www.hollister.com/austria

### **INNOCEPT Medizintechnik GmbH**

Wiener Str 37, A-3340 Waidhofen/Ybbs  
T: +43.7442.55755 . F: +43.7442.55755-9  
www.innocept.de

### **INNOVACELL Biotechnologie AG**

Life Science Center  
Mitterweg 24, A-6020 Innsbruck  
T: +43.512.573680 . F: +43.512.573680-5  
www.innovacell.at

### **IPSEN Pharma GmbH**

Einsteinstr. 30, PF 100513  
D-76275 Ettlingen  
T: +49.7243.184-80 . F: +49.7243.184-39  
www.ipsen-pharma.de

### **JOHNSON & JOHNSON Medical Products GmbH**

Abt. Ethicon  
Gunaldrstr. 16, A-1190 Wien  
T: +43.1.36025-0 . F: +43.1.36025-530  
www.ethicon.de

### **LENUS Pharma GmbH**

Seeböckgasse 59, A-1160 Wien  
T: +43.1.4051419 . F: +43.1.4051419-20  
www.lenuspharma.com

### **MADAUS Arzneimittel GmbH**

Prinz Eugen Str. 8, A-1040 Wien  
T: +43.1.5058008 . F: +43.1.5058008-505  
www.madaus.at

### **MEDTRONIC Österreich GmbH**

Millenium Tower  
Handelskai 94-96, A-1200 Wien  
T: +43.1.24044-130 . F: +43.1.24044-330  
www.medtronic.at

### **MONTAVIT**

Salzbergstr. 96, A-6067 Absam  
T: +43.5223.57926 . F: +43.5223.52294  
www.montavit.com

### **OCEANA Therapeutics Limited**

Suite 602, Q House Sandyford,  
76 Furze Road, Sandyford Industrial Estate  
IE - Dublin 18  
www.oceanathera.com

### **OPTIMED Medizin. Instrumente GmbH**

IZ-NÖ Süd, Straße 2, Objekt M7/III, PF 53  
A-2355 Wiener Neudorf  
T: +43.2236.761085  
F: +43.2236.761085-11  
www.opti-med.at

### **PFIZER Corporation Austria**

Floridsdorfer Hauptstr. 1, A-1210 Wien  
T: +43.1.52115, F: +43.1.51115-420  
www.pfizer.at

### **RÜSCH Austria GmbH**

Lazarettgasse 24, A-1090 Wien  
T: +43.1.4024772-0 . F: +43.1.4024772-77  
www.teleflexmedical.com

### **SCA Hygiene Products GmbH**

Incontinence Care  
Storchengasse 1, A-1150 Wien  
T: +43.1.89901-0 . F: +43.1.89901-557  
www.sca.at

### **TIC Medizintechnik**

Franz-Kelm-Gasse 1, A-2344 Maria  
Enzersdorf  
T: +43.2236.320114 . F: +43.1.320114-15  
www.ticmed.at

# Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich

Ausgabe 2011

Für den Inhalt verantwortlich:  
Prim. Doz. Helmut Heidler, AKH Linz

Erarbeitet vom Team der MKÖ-Landesstelle  
Oberösterreich:  
Waltraud Eder, DGKS und KSB, Volkshilfe Linz  
Gertrude Gahleitner, DGKS, AKH Linz  
Martina Steinbeiß, DGKS und KSB, BHS Linz  
Christine Wiesner, DGKS, AKH Linz  
ÖÄ Dr. Elisabeth Murhammer, KH Elisabethinen Linz  
Prim. Dr. Christoph Kopf, LKH Schärding

Hersteller: Agentur Herzberger  
4050 Traun, Hanfpointstraße 106

*Mit uns*  
aktiv gegen  
Blasen- und  
Darmschwäche!

## Vorstand:

---

1. Vorsitzender:  
Fischer M., Dr. med., Wien
  2. Vorsitzender:  
Hanzal E., Univ.-Prof. Dr. med.,  
Wien
- Schatzmeisterin:  
Steinbeiß M., DGKS, Linz

## Geschäftsstelle:

Medizinische Kontinenzgesellschaft  
Österreich  
Schwarzspanierstraße 15/3/1  
A-1090 Wien  
Tel. 01/4020928  
Homepage:  
[www.kontinenzgesellschaft.at](http://www.kontinenzgesellschaft.at)  
e-Mail: [info@kontinenzgesellschaft.at](mailto:info@kontinenzgesellschaft.at)