

# Einleitung

Daniela Hayder-Beichel

## Inkontinenz – eine facettenreiche Problematik

Kontinenz ist die Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit, an einem entsprechenden Ort die Blase oder den Darm zu entleeren (Getliffe & Thomas 2007). Personen, die nicht in der Lage sind, ihre Ausscheidungen zu kontrollieren, leiden an Harn- oder Stuhlinkontinenz, oder an beidem, der sogenannten Doppelinkontinenz. Die meisten Betroffenen erfahren durch die Inkontinenz diverse Einschränkungen in ihrem gewohnten Alltag, denn Inkontinenz hat nicht nur körperliche, sondern auch psychosoziale und finanzielle Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen aber auch auf das ihrer Angehörigen (Ahnis 2009; Hayder & Schnepp 2010; Drugasch 2005).

### Harninkontinenz

Die Harninkontinenz wird definiert als jeglicher unwillkürlicher Harnverlust (Abrams et al. 2002). Die Ursachen können vielfältig sein und sind neben funktionellen Einschränkungen häufig auf Veränderungen der Speicher- und Entleerungsfunktionen zurückzuführen (Müller & Kuno 2007).

Prävalenzuntersuchungen (Untersuchungen zur Verbreitung des Phänomens) weltweit haben gezeigt, dass in jüngeren Jahren vor allem Frauen betroffen sind. Mit zunehmendem Alter und Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit steigt das Risiko einer Harninkontinenz für beide Geschlechter stetig an. Aufgrund der unterschiedlichen Definitionen und Untersu-

chungsmethoden variieren die Prävalenzangaben sehr stark. So sollen 30–50 % der älteren Frauen und 8–43 % der Männer über 65 Jahre von Harninkontinenz betroffen sein (Stenzelius et al. 2004; Hunskaar et al. 2005; Chang et al. 2008). In Einrichtungen der Altenhilfe sind bis zu 80 % der Bewohner betroffen (Saxer et al. 2005; Schmitz 2008; Boguth 2009). Allgemein wird davon ausgegangen, dass 5–10 % der Bevölkerung harninkontinent sind (Perabo 2009).

Die Harninkontinenz stellt eine der häufigsten Alterserkrankungen in den Industriestaaten dar. Die Komplexität der Erkrankung stellt die Betroffenen und ihr Umfeld vor besondere Herausforderungen. Nicht selten ist die Inkontinenz zudem die Folge einer anderen chronischen Erkrankung wie Multiple Sklerose, Demenz oder Diabetes, deren Verlaufsdynamiken per se zu Verunsicherungen und Belastungen führen.

### Stuhlinkontinenz

Stuhlinkontinenz wird definiert als unwillkürliche Entleerung von flüssigem oder festem Stuhl. Kann zudem der Abgang von Darmwinden nicht kontrolliert werden, wird von Analinkontinenz gesprochen (Mil som et al. 2009).

Je nach Definition und Untersuchungsset tings der Prävalenzuntersuchungen schwanken auch hier die Betroffenenzahlen teils erheblich. 2–15 % der Bevölkerung sollen

betroffen sein. Die Stuhl- oder Analinkontinenz kann Menschen jeden Alters betreffen, vor allem Frauen mit traumatischen Entbindungen sind häufiger betroffen, aber auch Personen mit chronischen Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Multiple Sklerose oder Demenz. Die Betroffenenzahlen steigen mit zunehmendem Alter und Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit an (Stenzelius et al. 2004; Getliffe & Thomas 2007; Milsom et al. 2009).

In Deutschland liegen kaum Untersuchungen zu dieser Form der Inkontinenz vor. Schmitz (2008) konnte in einer Prävalenzuntersuchung in deutschen Kliniken und Einrichtungen der stationären Altenhilfe zeigen, dass in Pflegeheimen ca. 41 % der Bewohner betroffen sind, in Kliniken hingegen ca. 10 % der Patienten an Stuhlinkontinenz leiden.

Stuhl- und Analinkontinenz sind im Gegenzug zur Harninkontinenz erheblich schlechter untersucht. Sicher liegt dies daran, dass die Stuhlinkontinenz von den Betroffenen als wesentlich tabuisierter wahrgenommen wird als die Harninkontinenz, so dass die Forschung durch diesen Umstand erschwert wird. Jedoch scheint auch auf der Seite der Wissenschaft dem Thema keine besondere Aufmerksamkeit gewidmet zu werden. Die Sprachlosigkeit betrifft Patienten, die professionellen Gesundheitsdienstleister und Wissenschaftler.

Auch wenn Stuhl- und Analinkontinenz seltener vorkommen als Harninkontinenz, sind die Konsequenzen für die Betroffenen weitaus schwerer zu tragen. Über die Betroffenen selbst, ihr Erleben oder die Suche bzw. Nutzung von therapeutischen Angeboten ist jedoch wenig bekannt. Eine phänomenologische Studie von McAlpine und Kollegen (2008) mit zehn Frauen zwischen 35 und 78 Jahren in Minnesota zeigt, dass die Betroffenen ihren Kontrollverlust dennoch versuchen zu kontrollieren, indem sie umfangreiche Planungs- und Managementstrategien nutzen. In unterschiedlichen Situatio-

nen und bei diversen Aktivitäten trainieren und evaluieren sie das Maß an möglicher Kontrolle. So entwickeln sie Routinen und können schamvolle Momente in der Öffentlichkeit vermeiden.

## **Psycho-soziale Dimensionen der Inkontinenz**

Inkontinenz, das wissen wir, wenn wir den Betroffenen zuhören, ist sowohl eine körperliche, als auch eine soziale Erfahrung. Als Teil der Gesellschaft möchte jede Person anerkannt und respektiert werden. Dabei spielt die Körperkontrolle im Zusammenleben eine zentrale Rolle, denn sowohl Körper als auch Körperkontrolle sind Ausweis unserer persönlichen Identität. Die Darstellung unseres Körpers beruht auf einer Situation des gegenseitig Angesichtig-Werdens. In der Interaktion mit anderen Personen versuchen wir mit Körperhaltung, Mimik, Gestik oder Sprache die uns wichtigen Aspekte zu betonen oder (unliebsame Dinge) zu vermeiden. So schaffen wir ein Image, welches durch die Rituale der Interaktion geschützt wird. Durch sozial anerkannte Darstellungen und Körperbilder zeigen wir, wer wir sind und wie wir behandelt werden möchten, bzw. welche Behandlung man von uns erwarten kann (Goffman 1971; Raab & Soeffner 2005).

Im Fall einer Erkrankung wie der Harn- oder Stuhlinkontinenz sind betroffene Personen nicht mehr in der Lage, ihren Körper hinreichend zu kontrollieren. Ihr Körper zeigt sich als Störenfried, Widerständler und Verräter und gibt Dinge preis, die Betroffene so niemandem offenbart hätten, denn seine Ausscheidungen verrichtet man allein, unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Der unkontrollierte Verlust von Harn oder Stuhl zerstört das ursprüngliche Image (der intakten, sauberen Person, die sich an gesellschaftliche Regeln hält), und ein Gefühl der Beschämung stellt sich ein. Hinzu kommt die

Angst, stigmatisiert und ausgegrenzt zu werden, denn es besteht die Gefahr, dass soziales Fehlverhalten durch die Gesellschaft, z.B. durch Ablehnung, sanktioniert wird. Nicht selten klagen die Betroffenen über soziale und psychische Auswirkungen, da sie sich beispielsweise in ihren Freizeitaktivitäten eingeschränkt fühlen (Ahnis & Knoll 2008; Hayder & Schnepf 2010).

Je schwerer die Symptome der Inkontinenz desto schwerwiegender sind die Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen. Sie fühlen sich ängstlich, in ihrem Selbstwertgefühl eingeschränkt und sind in höherem Maße von Depression gefährdet (Papanicolaou et al. 2005).

Personen, die inkontinent und zudem pflegebedürftig sind, befinden sich in einer besonderen Lage. Die Notwendigkeit der Unterstützung bei der Ausscheidung beinhaltet ein sich stetiges Entblößen vor anderen Menschen, welches zu einem Zustand anhaltender Verletzlichkeit führt (Bjurbrant-Birgersson et al. 1993). Gleichwohl haben professionelle Pflegekräfte die Möglichkeit, Würde fördern- de Bedingungen zu schaffen, wie eine Studie von Schlueter et al. (2010) zeigt. Hierzu ist es z.B. wichtig, dass Pflegekräfte gemeinsam mit Betroffenen Bewältigungsstrategien entwickeln oder die Intimsphäre wahren.

Obwohl sich die meisten der Betroffenen durch die Inkontinenz belastet fühlen, nehmen viele von ihnen keine aktive professionelle Hilfe in Anspruch (Hägglund & Wadenstein 2007), sondern entwickeln eigene Strategien im Umgang mit der Inkontinenz (Madersbacher et al. 2000; O'Donnell et al. 2005; Chang et al. 2008). Dies kann unterschiedliche Gründe haben, z.B. Angst vor invasiven Eingriffen oder Scham (McFall & Yerkes 1998; Dugan et al. 2001). Einer der Hauptgründe, warum Betroffene vor allem die Harninkontinenz gegenüber Ärzten oder Pflegenden nicht ansprechen, ist der Irrglaube, Inkontinenz sei ein normales Geschehen im Alter, gegen das man nicht viel ausrichten könne (Ashworth & Hagan 1993; Dugan et

al. 2001; Shaw 2001). Auf der anderen Seite gestaltet sich das Ansprechen der Inkontinenz auch für professionelle Akteure im Gesundheitswesen nicht leicht. Sie empfinden ihrerseits Schamgefühle oder vergessen in der Komplexität anderer Krankheitsbilder der Patienten nach der Inkontinenz zu fragen (Johnson et al. 1998; Gröning 2001). Wird die Inkontinenz jedoch nicht angesprochen, bleiben Betroffenen viele therapeutische Optionen verwehrt. Dabei kann ihnen oftmals mit wenigen nicht-invasiven Methoden geholfen werden, die Auswirkungen der Inkontinenz einzuschränken oder zu beheben (Boelker et al. 2006; DNQP 2007; Hayder et al. 2008; Schön & Seltenerich 2011; Werner 2012). Aber auch eine Reihe von Behandlungsoptionen, die Medikamente oder Operationen einschließen, sind möglich und in vielen Fällen Erfolg versprechend (Abrams et al. 2009).

## Ökonomische Aspekte der Inkontinenz

Die ökonomischen Dimensionen der Harninkontinenz sind aufgrund ihrer Komplexität kaum oder gar nicht untersucht. Bedenkt man jedoch die sich verändernde Alterspyramide oder die steigende Zahl pflegebedürftiger Personen in den nächsten Jahrzehnten, dürfte klar sein, dass die Kosten für Diagnostik, Therapie oder Hilfsmittel steigen werden.

Die Ergebnisse der PURE-Studie (Prospective Urinary Incontinence Research-Study) haben erste Hinweise zu direkten Kosten der Harninkontinenz aufgezeigt. Schulenburg et al. (2007) stellen in dieser europäischen Kostenvergleichsstudie fest, dass die jährlichen Behandlungskosten der Harninkontinenz in Deutschland in Höhe von 396 Millionen Euro 0,18 % der Gesamtbehandlungskosten ausmachen. Bei einem Kostenvergleich der Erkrankungen von Frauen liegt die Harninkontinenz an fünfter Stelle. Dabei

entfallen 49 % der Gesamtkosten der Harninkontinenz auf die Hilfsmittelversorgung und damit auf Kosten für Apotheken und Einzelhandel. Indirekte und intangible<sup>1</sup> Kosten der Harninkontinenz, wie sinkende Produktivität am Arbeitsplatz oder steigender Wasser- und Wäscheverbrauch sind hin-

gegen in Deutschland (wie auch international) kaum bzw. mit unterschiedlicher Qualität untersucht worden (Hayder 2007; Wulff 2009). Effektive therapeutische Maßnahmen können sich kostensenkend auswirken. Nachweise darüber fehlen jedoch häufig.

## Ansinnen und Inhalte des Buches

Liegt eine chronische Inkontinenz vor, wünschen sich zwar viele Patienten Heilung, primär geht es ihnen jedoch um Erhalt und Verbesserung der Lebensqualität und der autonomen Lebensführung. Professionelle Pflegekräfte können dazu einen wertvollen Beitrag leisten. Um für Betroffene und pflegende Angehörige Beratungs- und Unterstützungsangebote entwickeln zu können, benötigen professionelle Gesundheitsdienstleister spezielles Wissen darüber, wie Personen mit Inkontinenz ihre Probleme wahrnehmen, wie sie mit den Auswirkungen der Inkontinenz umgehen, welche evidenzbasierten Möglichkeiten der Unterstützung es gibt und wie sie dahingehend beratend tätig werden können.

Im deutschsprachigen Raum beginnt derzeit die Auseinandersetzung mit der facettenreichen Thematik Inkontinenz. Diese wurde nicht zuletzt durch die Entwicklung des nationalen Expertenstandards »Förderung der Harnkontinenz in der Pflege« vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege angestoßen. Der Expertenstandard zeigt professionell Pflegenden Handlungssimplikationen zur Einschätzung der

Harninkontinenz, zur Beratung, zu Maßnahmen der Kontinenzförderung und Compensation der Inkontinenz sowie zur Evaluation auf (DNQP 2007). Auch der Aus- und Aufbau professioneller Kontinenzberatung wächst seit einigen Jahren. In vielen Einrichtungen übernehmen dabei professionell Pflegende wegweisende Funktionen in der alltagsweltlichen Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

In den letzten Jahren können wir in Deutschland zudem auf eine erste und reichernde Anzahl von vor allem pflegewissenschaftlichen Untersuchungen im Bereich Inkontinenz blicken. Es wäre zu wünschen, dass die momentanen Bestrebungen in der professionellen Pflege und der Pflegewissenschaft den Beginn einer verstärkten Auseinandersetzung mit der Thematik Inkontinenz und Kontinenzförderung anzeigen und diese in den kommenden Jahren einen weiteren Ausbau erfahren.

Mit dem vorliegendem Buch werden Einsichten in wissenschaftliche Projekte und Erfahrungen aus der Praxis dargestellt, um den bisherigen Erkenntnisstand zu bereichern und in der Diskussion um die Kontinenzförderung neue Impulse zu setzen. Damit wendet sich das vorliegende Werk an die Mitglieder multiprofessioneller Teams und besonders an Pflegende, welche sowohl Interesse an der Thematik Inkontinenz als

---

<sup>1</sup> Kosten, die sich auf resultierende Einschränkungen einer Erkrankung, wie Schmerz, Depressionen oder Verlust an Lebensqualität beziehen.

auch an der Weiterentwicklung patientenorientierter Kontinenzförderung haben.

Im ersten Teil des Buches gehen die Autoren auf die Perspektive der Betroffenen ein. Im Beitrag von *Daniela Hayder-Beichel* gilt es zu ergründen, wie Betroffene und pflegende Angehörige den Alltag mit Harninkontinenz erleben und bewältigen. Dieses Verständnis ist wichtig, um zu verstehen, wo professionelle Kontinenzberatung ansetzen kann.

*Antje Braumann* stellt Untersuchungsergebnisse zum Informationsbedarf der Betroffenen dar und gibt Pflegenden Hinweise darüber, welche Informationsbereiche für Patienten von besonderer Bedeutung sind.

Im zweiten Teil des Buches werden allgemeine Aspekte professioneller Beratung erörtert. *Elke Müller* stellt dazu den Beratungsprozess dar. Sie zeigt, wie dieser durch kompetente Pflegende aktiv gestaltet werden kann.

*Susi Säxer* zeigt hingegen auf, welche Barrieren in der Pflege und Beratung zu bewältigen sind. Dazu zählt z. B. mangelndes Wissen.

Auf die vertiefte Kompetenz und voranschreitende Professionalisierung durch erweiterte Aufgaben von Pflegekräften geht *Katja Boguth* in ihrem Beitrag der Advanced Nursing Practice (ANP) am Beispiel der Kontinenzberatung ein. Sie zeigt, welche steuernenden und koordinierenden Aufgaben eine Pflegekraft mit der Ausbildung ANP z. B. in deutschen Pflegeheimen übernehmen kann.

Der dritte Teil des Buches widmet sich speziellen Feldern innerhalb der Kontinenzberatung. Hier finden sich interdisziplinäre Ansätze, um Möglichkeiten und Grenzen pflegerischer Beratung aufzuzeigen. Gleichzeitig gehen die Autoren auf die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ein, um diese zu fördern und zu stärken.

*Robin Epplen* und *Axel Heidenreich* geben uns Einblicke in das Verfahren der Zystektomie mit Anlage einer orthotopen Neoblase. Neben den medizinischen Aspekten

zur Indikation, Patientenauswahl und Durchführung beschreiben die Autoren die Bedeutung des interdisziplinären Teams, wenn es um das Erlernen des Selbstkathetismus, des Beckenbodentrainings oder der Unterstützung im Umgang mit dem veränderten Körperbild geht.

*Silke Steinräber* lässt uns in ihrem Kapitel am beratenden und therapeutischen Alltag als Physiotherapeutin teilhaben. Sie geht vor allem auf die Beckenbodenrehabilitation ein und beschreibt, welche Aspekte in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Physiotherapeuten notwendig sind.

*Dagmar Schäfer* stellt ein Konzept für die Anleitung von Menschen mit Harninkontinenz vor, um sie bei der Nutzung des intermittierenden Selbstkatheterismus zu unterstützen. Sie zeigt, dass fachliche und soziale Kompetenzen, um z. B. Lernbarrieren der Patienten zu erkennen, Voraussetzung sind, um Patienten zielführend anleiten zu können.

Dass Sexualität trotz Inkontinenz möglich ist, zeigen *Daniela Hayder-Beichel* und *Dorothea Kramß*. Sie plädieren dafür, dass Pflegende die Paarbeziehung der Patienten nicht aus den Augen verlieren, sondern Gesprächsbereitschaft signalisieren. Speziell ausgebildete Pflegende können zudem Patienten und ihrer Partner beraten.

Viele demenziell erkrankte Personen leiden an Inkontinenz. *Nicole Ruppert* zeigt, dass Pflegende im diagnostischen Prozess, wie auch im Finden von Maßnahmen zur Kontinenzförderung und Kompensation der Inkontinenz einen wertvollen Beitrag leisten. Dabei ist neben dem Fachwissen ein aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit den Betroffenen ein wesentlicher Aspekt der professionellen Pflege.

Den Aufbau einer Kontinenzberatung in der Geriatrie beleuchten *Elke Kuno* und *Margit Müller*. Sie zeigen die Arbeitsschwerpunkte der Mitarbeiter in einer Kontinenzberatung als auch deren Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der einzelnen Bereiche innerhalb des geriatrischen Zentrums auf. So

können die in diesem Projekt gesammelten Erfahrungen wegweisend für andere Einrichtungen sein.

*Andrea Adamek* stellt in ihrem Beitrag die Frage, ob Menschen mit einer geistigen Behinderung, die aufgrund einer Erkrankung eine Stomaanlage tragen, schwer zu versorgen sind. Sie gibt wesentliche Hinweise über Lernvorgänge und Sinneserfahrungen dieser Personen und zeigt diverse Optionen der Zielplanung und Versorgungsmöglichkeiten auf.

*Dora Mair* beleuchtet in ihrem Beitrag die Rolle der professionell Pflegenden in der Einschätzung und therapeutischen Unterstützung von Menschen mit Stuhlinkontinenz. Ihr besonderes Augenmerk gilt dabei der Geriatrie.

Der Ausblick widmet sich der kritischen Diskussion um den möglichen Ausbau der Kontinenzförderung und dem vor diesem Hintergrund bestehendem Forschungsbedarf.

## Literatur

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck P van, Victor A & Wein A (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub committee of the International Continence Society. *Neurology and Urodynamics* 21 (2): 167 178.
- Abrams P, Cardozo L, Khoury S & Wein A (2009). Incontinence. 4th International Consultation on Incontinence Paris. Health Publication.
- Ahnis A & Knoll N (2008). Subjektives Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz eine qualitative Analyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, 4: 251 260.
- Ahnis A (2009). Bewältigung von Inkontinenz im Alter Subjektives Belastungserleben, Krankheitsverarbeitung und subjektives Wohlbefinden bei alten Menschen mit Harn und Analinkontinenz. Bern: Huber.
- Ashworth PD & Hagan MT (1993). The meaning of incontinence: a qualitative study of nongeriatric urinary incontinence sufferers. *Journal of advanced nursing* 18 (9): 1415 1423.
- Bjurbrant Birgersson AM, Hammar V, Widerfors G, Hallberg IR & Athlin E (1993). Elderly women's feelings about being urinary incontinent, using napkins and being helped by nurses to change napkins. *Journal of Clinical Nursing* 2 (3): 165 171.
- Boelker T, Hegeholz D & Webelhut W (2006). Außer Kontrolle Pflege bei Harn und Stuhl inkontinenz. Leipzig, Weimar: Edition Partikel.
- Bogener HR, Gallo JJ, Sammel MD, Ford DE, Armenian HK & Eaton WW (2002). Urinary incontinence and psychological distress in community dwelling older adults. *Journal of American Geriatrics Society* 50: 489 495.
- Boguth K (2009). Harninkontinenz im Pflegeheim Prävalenz, Inzidenz und Remission, Risiko und Schutzfaktoren. Verlag Hans Huber, Bern.
- Chang CC, Gonzalez CM, Lau DT & Sier HC (2008). Urinary incontinence and self reported health among the U.S. Medicare managed care beneficiaries. *Journal of Aging and Health* 20 (4): 405 419.
- Dlugosch G (2005). Psychosoziale Aspekte der Stuhlinkontinenz. In: Herold A, Sprockamp B & Dlugosch G (Hrsg.). *Stuhlinkontinenz Ein Ratgeber*. Berlin: Weingärtner Verlag, 55 85.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2007): Experten standard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung Konsentierung Implementation. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Dugan E, Roberts CP, Cohen ST, Preisser JS, Davis CC, Bland DR & Albertson E (2001). Why older community dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *Journal of Geriatrics Society* 49: 462 465.
- Du Moulin MFMT, Hamers JPH, Paulus ATG, Berendsen CL & Halfens RJG (2005). The role of the nurse in community continence care: a systematic review. *International Journal of Nursing Science* 42 (4): 479 92.
- Farage M, Miller KW, Berardesca E & Maibach HI (2008). Psychosocial and societal burden of

- incontinence in the aged population: a review. *Arch Gynecol Obstet* 277: 285–290.
- Fultz N, Burgio K, Diokno A, Kinchen K, Oben chain R & Bump R (2003). Burden of stress urinary incontinence for community dwelling women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189 (5): 1275–1282.
- Getliffe K & Thomas S (2007). Incontinence in perspective. In: *Promoting Continence A clinical and research resource*. Third Edition, Baillière Tindall. Edinburgh: Elsevier.
- Goffman E (1971). *Interaktionsrituale Über Verhalten in direkter Kommunikation*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 21–53.
- Gröning K (2001). *Entweihung und Scham Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Hägglund D & Wadenstein B (2007). Fear of humiliation inhibits women's care seeking behaviour for long term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci* 21: 305–312.
- Hayder D (2007). Prävalenz der Harninkontinenz. In: DNQP (Hrsg.). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung Konsentierung Implementierung. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, S. 45–48.
- Hayder D, Kuno E & Müller M (2008). *Kontinenz Inkontinenz Kontinenzförderung: Praxis handbuch für Pflegende*. Bern: Huber.
- Hayder D & Schnepf W (2010). Experiencing and managing urinary incontinence: a qualitative study. *Western Journal of Nursing Research* 32 (4): 480–496.
- Herold A, Srockamp B & Dlugosch G (2005). *Stuhlinkontinenz Ein Ratgeber*. Berlin: Wein gärtner Verlag.
- Hunskaa S, Burgio K, Clark A, Lapitan MC, Nelson R, Thom D & Sillen U (2005). Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S & Wein A (Hrsg.). *Incontinence*. 3rd International Consultation on Incontinence Paris.
- Johnson TM, Busby Whithead J, Ashford Works C, Kimberly Clark M, Fowler L & Williams ME (1998). Promoting help seeking behavior for urinary incontinence. *Journal of Allied Gerontology* 17 (4): 419–441.
- Madersbacher S, Haidinger G & Temml C (2000). Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz in einer urbanen Bevölkerung: Einfluss auf Lebensqualität und Sexualleben. *Speculum* 18 (2): 19–24.
- McAlpine CP, Bliss D & Hill J (2008). The experience of community living women managing faecal incontinence. *Western Journal of Nursing Research* 30 (7): 817–835.
- McFall S & Yerkes AM (1998). Targets, Messages, and Channels for Educational Interventions on Urinary Incontinence. *Journal of Applied Gerontology* 17 (4): 403–418.
- Milsom I, Altman D, Lapitan MC, Nelson R, Sillen U & Thom D (2009). Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolaps. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S & Wein A (Hrsg.). *Incontinence. 4th International Consultation on Incontinence Paris*. Health Publication, 35–112.
- Monz B, Pons ME, Hampel C, Hunskaa S, Quail D, Samsioe G, Sykes D, Wagg A & Papanicolaou S (2005). Patient reported impact of urinary incontinence – Results from treatment seeking women in 14 European countries. *European Menopause Journal*, 52S: S24–34.
- Müller M & Kuno E (2007). Kategorisierung der Harninkontinenz. In: DNQP (Hrsg.). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung Konsentierung Implementierung. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, S. 51–53.
- O'Donnell M, Lose G, Sykes D, Voss S & Hunskaa S (2005). Help seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *European Urology* 47: 385–392.
- Raab J & Soeffner HG (2005). Körperlichkeit in Interaktionsbeziehungen. In: Schroer M (Hrsg.). *Soziologie des Körpers*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 166–188.
- Saxer S, Halfens RJG, Müller M & Dassen T (2005). Prevalence of urinary incontinence in older people living in nursing homes. *Swiss Med WKLY* 135: 495–502.
- Schmitz G (2008). Inkontinenz. In: Prävalenz 2008. Charité (Hrsg.). Institut für Medizin / Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, 47–62.
- Shaw C (2001). A review of the psychosocial predictors of help seeking behavior and impact on quality of life in people with urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing* 10 (1): 15–24.
- Schön G & Seltenerich M (2011). *Inkontinenz Ein mutmachender Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Pflegende*. Wien: Maudrich.
- Schulenburg JM, Mittendorf T, Stoeber Y & Greiner W (2007). Kosten der Harninkontinenz in Deutschland. *Gesundh ökon. Qual manag.* 12: 103–109.
- Schlüter W, Oleksiw K, Rosenbaum U, Herold C & Lindner P (2010). *Würde und Inkontinenz*.

- Forschungsbericht zum Projekt »Bestimmung von Faktoren für eine würdevolle Inkontinenzversorgung von Bewohnern in Altenpflegeeinrichtungen«. Zwickau: Westsächsische Hochschule.
- Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg IR & Westergren A (2004). Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. *Neurourology and Urodynamics* 3: 211–222.
- Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G & Sykes D (2005). Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary inconti-
- nence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU* 96: 831–838.
- Perabo F (2009). Wen betrifft Inkontinenz und Wie häufig ist Inkontinenz. In: Perabo F & Müller SC (Hrsg.). *Inkontinenz – Fragen und Antworten*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1 23.
- Werner S (2012). Kontinenzförderung. Ein Leitfaden. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wulff T (2009). Welche ökonomischen Dimensionen hat die Inkontinenz. In: Perabo F & Müller SC (Hrsg.). *Inkontinenz – Fragen und Antworten*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 25 32.