

Tabuthema koitale Inkontinenz



Ursachen und Auswirkungen im Kontext ganzheitlicher Ansätze

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Artikel das generische Maskulinum verwendet. Die in diesem Artikel verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

Sexuelle Gesundheit ist eng mit Selbstwert, Intimität und Lebensfreude verbunden. Beschwerden wie Harninkontinenz – insbesondere die sogenannte koitale Inkontinenz, also das unwillkürliche Verlieren von Urin während sexueller Aktivitäten – werden jedoch aus Scham oft verschwiegen. Obwohl dieses Phänomen weit verbreitet ist, bleibt es in der öffentlichen und ärztlichen Kommunikation meist unerwähnt. Die Folgen sind sowohl für die betroffenen Personen als auch auf gesellschaftlicher Ebene erheblich.

Studien zeigen, dass bei Harninkontinenz das Risiko für koitale Inkontinenz deutlich erhöht ist. Frauen sind häufiger betroffen als Männer: Etwa 48 % der Frauen und unter 10 % der Männer leiden an Harninkontinenz. Besonders im jüngeren Alter ist Inkontinenz bei Männern selten, da ihr Beckenboden weniger durch Schwangerschaften, Geburten oder Organsenkungen belastet wird (DGKG 2022, S. 52; Robert Koch-Institut, 2007, S. 12).

Bis vor wenigen Jahren war die koitale Inkontinenz kaum wissenschaftlich untersucht

oder sogar in Frage gestellt. Mit dem International Female Coital Incontinence Questionnaire (IFCI-Q) steht inzwischen ein validiertes Instrument zur Verfügung, das eine systematische Erfassung und Bewertung ermöglicht. In einer aktuellen türkischen Studie berichteten 38% der betroffenen Frauen über Urinverlust während der Penetration, 24% während des Orgasmus und 38% in beiden Situationen. Trotz der erheblichen Belastung berichten weniger als 1% der betroffenen Frauen von sich aus über ihre Beschwerden, was auf eine hohe Dunkelziffer von Betroffenen schließen lässt. Da das Thema sowohl von Patientinnen als auch von medizinischem Personal selten aktiv angesprochen wird, bleibt koitale Inkontinenz häufig unentdeckt und führt zu einer erheblichen Unterdiagnose (Schneider; Hampel, 2025, S. A408).

Trotz der erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität und Partnerschaft bleibt die koitale Inkontinenz sowohl in der öffentlichen als auch in der wissenschaftlichen Diskussion bislang eher ein Randthema. Besonders Frauen sind aufgrund physiologischer Veränderungen durch Schwangerschaft, Geburt sowie hormoneller und altersbedingter Anpassungen im Beckenbereich besonders gefährdet. Da die koitale Inkontinenz dementsprechend überwiegend Frauen betrifft und eine gleichzeitige Betrachtung männlicher Betroffener zusätzliche medizinische und therapeutische Aspekte erforderlich machen würde, beschränkt sich dieser Artikel auf die Untersuchung des Phänomens bei Frauen.

Koitale Inkontinenz

Die sogenannte koitale Inkontinenz stellt eine besondere Form der Harninkontinenz dar. Sie beschreibt den unwillkürlichen Harnverlust, der im Zusammenhang mit sexueller Aktivität auftritt, also während der Penetration oder des Orgasmus. Der Begriff setzt sich aus den lateinischen Wörtern coitus („Begattung“, „Geschlechtsverkehr“) und incontinentia („Nicht-Zurückhalten“) zusammen und wird in der urogynäkologischen Fachliteratur zunehmend als eigenständiges Phänomen benannt (Ahrendt, Friedrich, 2015, S. 14).

Obwohl in der Fachliteratur teils zwischen koitaler Inkontinenz und orgasmischer Inkontinenz unterschieden wird und auch auf Begrifflichkeiten wie sexuelle oder sexuell assoziierte Inkontinenz trifft, wird im Folgenden der Terminus koitale Inkontinenz als übergeordnete Bezeichnung verwendet.

Klinisch lassen sich zwei Hauptformen unterscheiden:

1. Der unwillkürliche Harnverlust während der sexuellen Erregung oder Penetration, also noch vor dem Orgasmus.
2. Der unwillkürliche Harnverlust während oder unmittelbar nach dem Orgasmus, häufig als orgasmische Inkontinenz bezeichnet.

Beide Phänomene sind mit der sexuellen Aktivität verknüpft, treten aber in unterschiedlichen Phasen des sexuellen Ablaufs auf und beruhen auf verschiedenen physiologischen Mechanismen. In der klassischen Einteilung der Harninkontinenz (Belastungs-, Drang-, Misch-, Überlauf- und neurogene Inkontinenz) findet die koitale Inkontinenz bislang keinen festen Platz.

Dennoch wird sie in der medizinischen Fachliteratur zunehmend als eigenständige Problematik erkannt und behandelt. Ihre Abgrenzung zu anderen Formen der

Inkontinenz ist für eine zielgerichtete Diagnostik und Therapie von großer Bedeutung (Ahrendt, Friedrich, 2015, S. 157).

Ursachen der koitalen Inkontinenz

Die koitale Inkontinenz ist komplex und vielfältig. Sie betrifft vor allem das Zusammenspiel von neurologischer Steuerung, hormoneller Regulation sowie struktureller und funktioneller Gegebenheiten im Bereich des kleinen Beckens. Ein intakter Harnkontinenzmechanismus setzt voraus, dass die nervale Steuerung der Blasenfunktion sowie die Verschlussmechanismen des unteren Harntrakts harmonisch zusammenarbeiten. Kommt es an einer dieser Stellen zu einer Störung, kann dies insbesondere während körperlicher Aktivitäten, wie beispielsweise beim Geschlechtsverkehr, zu unkontrolliertem Harnverlust führen (Schultz-Hampel et al., 2022, S. 90). Je nach Form und Schweregrad der Harninkontinenz kann die verlorene Urinmenge stark variieren und es lassen sich nur schwer grundsätzliche Aussagen darüber treffen (Pflege.de o. J.; UROMED 2025; ergänzend: I care Pflege, 2015, S. 391). Speziell zur koitalen Inkontinenz lassen sich aufgrund der bisher immer noch dünnen Forschungsergebnisse keine verlässlichen Mengenangaben finden.

Ursachen

Medizinische Ursachen betreffen vor allem die nervale Steuerung der Blasenfunktion, hormonelle Veränderungen sowie strukturelle oder funktionelle Einflüsse im kleinen Becken. Erkrankungen wie Multiple Sklerose (MS), Schlaganfälle, Rückenmarksverletzungen oder diabetische Neuropathien können durch Schädigungen zentraler oder peripherer Nervenbahnen eine sogenannte neurogene Inkontinenz verursachen. Dabei ist die nervale Koordination des Miktionsreflexes gestört, was Auswirkungen auf die Speicher- und Entleerungsphase der Blase haben kann. Symptome wie Harndrang oder Koordinationsprobleme treten häufig auf und können auch während des Geschlechtsverkehrs in Form koitaler Inkontinenz auftreten. Rückenmarksverletzungen können eine Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie (DSD) auslösen, bei der die Koordination zwischen Blasenmuskel und Schließmuskel gestört ist (Schultz-Hampel et al., 2022, S. 91; DGN, 2021, S. 7-8).

Hormonelle Veränderungen

In der Peri- und Postmenopause nimmt die Östrogenproduktion deutlich ab, was unmittelbare Auswirkungen auf die Entstehung einer Inkontinenz haben kann. Der abnehmende Östrogenspiegel begünstigt die sogenannte urogenitale Atrophie, wodurch die Schleimhaut des Urogenitaltrakts dünner, trockener und schlechter durchblutet wird. Zudem wird durch den Östrogenmangel die Elastizität des Bindegewebes im Beckenbereich reduziert. Dies kann zur Absenkung der Blase führen, oder zu einer Krümmung der Harnröhre, wodurch der Druck auf den Blasenschließmuskel erhöht wird. Die Folgen sind ein erhöhtes Risiko einer Belastungsinkontinenz durch einen verminderten Harnröhrentonus und Dranginkontinenz durch Blasenüberempfindlichkeit. Zudem können Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auftreten. Die Fachliteratur empfiehlt bei entsprechender Symptomatik in diesem Zusammenhang auf die lokale Anwendung von Östrogen

(Ahrendt, Friedrich, 2015, S. 157; Höfner, 2022, S. 238-240).

Schwangerschaft und Geburt

Ein geschwächter Beckenboden kann seine Haltefunktion für Blase, Uterus, Gebärmutter und Darm verlieren, was zu passiver Instabilität der Harnröhre und Organsenkungen führt und damit eine Inkontinenz begünstigt. Ursachen können neben der Geburt eines Kindes auch chronische Überlastung, hormonelle Veränderungen, Bindegewebsschwächen oder traumatische Ereignisse wie bestimmte Operationen sein. Klinisch äußert sich dies in Belastungsinkontinenz, koitalem Urinverlust, Druckgefühl im Unterleib sowie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder Stuhlgang. Risikofaktoren wie Übergewicht, sitzende Tätigkeiten und genetische Prädisposition verstärken die Symptomatik (I care Anatomie, 2020, S.420-421; Ahrendt, Friedrich, 2015, S. 156).

Beckenbodeninsuffizienz

Vaginale Entbindungen stellen eine erhebliche Belastung für die Beckenbodenstrukturen dar. Besonders bei Mehrgebärenden, Geburtskomplikationen oder operativen Eingriffen während des Entbindens können Muskeln und Bindegewebe überdehnt oder verletzt werden und der Beckenboden absinken, was langfristig die urethrale Verschlussfunktion beeinträchtigt. Während der Geburt dehnen sich die Beckenbodenmuskeln stark, was zu Mikroverletzungen führt. Von solchen Schäden, die nachweisbar das Risiko für eine Belastungsinkontinenz erhöht, berichten mehr als die Hälfte der Erstgebärenden (Springer Medizin, 2020). Zu den Risikofaktoren solcher Schäden zählen ein hohes Geburtsgewicht, lange Austreibungsphasen, operative Entbindungen sowie ein höheres mütterliches Alter (Ahrendt, Friedrich, 2015, S. 155-157; Höfner, 2022, S. 238-240).

Fehlbildungen

Angeborene oder erworbene Fehlbildungen der Harnwege und des Nervensystems können die Kontinenzförderung durch komplexe anatomische, hormonelle und neurogene Faktoren erschweren. Harnröhrendivertikel bedingen durch Urinstau in den Aussackungen ein erhöhtes Risiko für rezidivierende Harnwegsinfektionen und Restharnbildung, was eine regelmäßige Blasenspülung oder Katheterisierung erfordern kann. Ektopie Uretermündungen in Vagina oder Urethra verursachen persistierende Inkontinenz, da der Urin nicht in die Blase, sondern direkt in andere Strukturen abfließt. Dies erfordert eine intensive Hautpflege und individuelle Hygienekonzepte, um Infektionen vorzubeugen.

Bei intersexuellen Varianten können hypoplastische Harnröhren, fehlende Schließmuskelstrukturen oder hormonelle Ungleichgewichte die Blasenentleerung zusätzlich beeinträchtigen (Bross, 2022, S. 89–91; Oelke, 2022, S. 121–123; Höfner, 2022, S. 319–320; Kranz, 2022, S. 367–369).

Medikamentöse Einflüsse

Besonders bekannt sind hier bestimmte Antidepressiva, wie die trizyklischen Antidepressiva, die den Spannungszustand des Schließmuskels senken und die

Blasenmuskulatur überreizen können. Auch Diuretika, also harntreibende Mittel, erhöhen die Urinmenge, was zu häufigem Harndrang und damit zu unkontrolliertem Harnverlust führen kann. Antipsychotika und Muskelrelaxanzien wirken entspannend auf die Muskulatur, wodurch die Kontrolle über die Blase erschwert wird. Manchmal können auch Medikamente gegen Blasenüberaktivität, wenn sie zu stark wirken, zu Restharn und damit zu einer sogenannten Überlaufinkontinenz führen. Bei Frauen in der Menopause kann die Einnahme von Hormonen den Zustand der Schleimhäute und Muskeln im Beckenbereich beeinflussen. Während systemische Östrogene manchmal die Beschwerden verschlechtern, hilft die lokale Anwendung von Östrogencremes oft, die Gewebequalität zu verbessern (MSD Manuals o. J.; vgl. Ringsell 2017; Ahrendt, Friedrich, 2015, S. 159).

Psychologische Ursachen

Psychische Belastungen können koitale Inkontinenz nicht nur auslösen oder verschlimmern, sondern wie vorangegangen bereits erwähnt wurde, auch als Folge dieser Problematik etwa in Form von Scham, Rückzug oder Angst vor sexuellen Situationen entstehen. Zudem tragen Psychopharmaka, die bei psychischen Erkrankungen verschrieben werden, oft zur Verschlechterung der Blasenkontrolle bei.

Stress, Angst und traumatische Erlebnisse

Stress aktiviert das sympathische Nervensystem, was die Regulation der Blasenmuskulatur beeinträchtigen kann. Gleichzeitig kann die Angst vor einem Inkontinenzvorfall während des Geschlechtsverkehrs einen Teufelskreis aus Anspannung, Vermeidung und verstärkter Symptomatik erzeugen. Häufig vermeiden Betroffene darüber zu sprechen, was die Abwärts- und Negativspirale meist zusätzlich verstärkt. In der Folge können auch affektive Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen auftreten oder sich umgekehrt auf die Blasenkontrolle auswirken (Berberich, 2022, „Psychosoziale Folgen“; vgl. Ahrendt, Friedrich, 2015, S. 17). Sexueller Missbrauch, belastende Geburtserfahrungen oder andere Traumata können langfristige Auswirkungen auf die Wahrnehmung, Spannung und Koordination der Beckenbodenmuskulatur haben. Auch eine Vermeidungshaltung gegenüber Sexualität kann sich auf die Symptomatik der koitalen Inkontinenz auswirken.

Diagnostik der koitalen Inkontinenz

Aufgrund des tabubehafteten Charakters der Symptomatik berichten Betroffene häufig nicht spontan über ihre Beschwerden und tendieren zu einem Vermeidungs- und Rückzugsverhalten. Studien und Praxiserfahrungen zeigen, dass viele Patientinnen erst dann über ein schambehaftetes Thema wie koitalen Urinverlust sprechen, wenn sie gezielt und einfühlsam angesprochen werden. Die eigene Ausscheidungsfunktion nicht mehr unter Kontrolle zu haben, kann auch zu Aggressionen gegenüber Pflegenden führen. Sich bloß gestellt zu fühlen, führt zu Ängsten, die dementsprechend zu emotionalen Reaktionen führen können. Ein bewusst achtsames Pflegeverständnis beinhaltet in diesem Zusammenhang großes Fingerspitzengefühl gegenüber den Betroffenen (I care Pflege, 2015, S. 158-160).

Anamnese und klinische Untersuchung

Die sorgfältige Erhebung von Anamnese und Symptombild ist ein wesentlicher Bestandteil der Diagnostik. Da es sich bei der koitalen Inkontinenz um ein hoch intimes Thema handelt, sollte eine geschützte Gesprächssituation geschaffen werden, in der Wertschätzung, Empathie und Diskretion im Vordergrund stehen (I care Pflege, 2015, S. 127).

Folgende Aspekte sind im Rahmen der Anamnese darüber hinaus zu berücksichtigen:

- Art, Zeitpunkt und Auslöser des Urinverlusts (z. B. bei Erregung, Penetration oder Orgasmus)
- Häufigkeit und Menge des Urinverlusts
- Vorerkrankungen oder Operationen im Beckenbereich
- Schwangerschaften, Geburtsverläufe und Menopausestatus
- Medikamenteneinnahme und neurologische Grunderkrankungen
- psychosoziale Belastungen, traumatische Erfahrungen

Für die strukturierte Datenerhebung bieten sich validierte Instrumente wie der International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) an, der in deutscher Sprache verfügbar ist (Franziskus Klinik Berlin 2025: Inkontinenzfragebogen ICIQ-UI-SF). Zur ergänzenden Einschätzung sexueller Funktionsstörungen kann auch der Female Sexual Function Index (FSFI) eingesetzt werden (NVA 2025: FSFI-Questionnaire 2000).

Die klinische Untersuchung sollte interdisziplinär erfolgen und folgende Maßnahmen einschließen (vgl. DGGG Harninkontinenz, 2023, S. 9 ff.):

- Gynäkologische Untersuchung mit Inspektion des Beckenbodens
- Restharnbestimmung mittels Ultraschall
- neurologische Basisuntersuchung
- ggf. urodynamische Messungen zur Beurteilung von Speicher- und Entleerungsmechanismen

Ein häufig vernachlässigter Aspekt ist die Sexualanamnese durch Befragung der Patientin. Die Möglichkeit zur anonymisierten Vorab-Erhebung über Fragebögen kann hier die Hemmschwelle senken.

Bedeutung des Expertenstandards für die pflegerische Diagnostik

Der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ist zwar kein medizinischer Diagnosestandard im engeren Sinne, bietet aber zentrale Leitlinien für die pflegerische Einschätzung und Begleitung von Patientinnen mit Inkontinenz einschließlich der hier thematisierten koitalen Inkontinenz.

Zentrale Inhalte mit diagnostischem Bezug sind hier:

- strukturierte Risikoeinschätzung und standardisierte Dokumentation

- Schulung des Pflegepersonals zur sensiblen Kommunikation
- Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit

Besonders betont wird im Standard die Relevanz einer personenzentrierten, empathischen Gesprächsführung, da nur so ein geschützter Raum entsteht, in dem Patientinnen ihre Beschwerden offen ansprechen können. Dies gilt insbesondere bei gesellschaftlich tabuisierten Themen wie Inkontinenz im sexuellen Kontext. Darüber hinaus fordert der Standard die regelmäßige Reevaluation diagnostischer Maßnahmen und die kontinuierliche Fortbildung des Fachpersonals, um Handlungssicherheit und Wissen zu gewährleisten und aktuell zu halten. Darüber hinaus betont der Expertenstandard den Austausch zwischen den Berufsgruppen (Pflege, Gynäkologie, Urologie und Psychologie), was eine ganzheitliche Betrachtung und die Entwicklung individueller Therapieoptionen ermöglicht (vgl. Thieme CNE Kontinenzförderung o. J., „Implementierung“).

Auswirkungen der Harninkontinenz auf die Lebensqualität

Individuelle und psychosoziale Belastungen im Alltag



Viele Betroffene vermeiden aus Scham oder der Angst vor unkontrolliertem Urinverlust Situationen des öffentlichen Lebens, in denen sie sich unsicher fühlen könnten. Dieses Vermeidungsverhalten führt häufig zu sozialem Rückzug und einer deutlich verringerten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die daraus resultierende Isolation kann erhebliche psychische Folgen haben und das Risiko für depressive Verstimmungen oder Angststörungen deutlich erhöhen.

Im Alltag schränken viele Betroffene ihre Flüssigkeitsaufnahme bewusst ein, um das Risiko eines unkontrollierten Urinverlustes zu minimieren. Dieses Vermeidungsverhalten kann jedoch ernsthafte gesundheitliche Folgen haben. Eine unzureichende Flüssigkeitszufuhr führt nicht selten zu Dehydration, die sich durch Symptome wie Durst, Kopfschmerzen, Kreislaufstörungen, Verwirrtheit und in schweren Fällen sogar durch Nierenfunktionsstörungen äußern kann. Ein weiteres gesundheitliches Risiko entsteht durch das Tragen von Inkontinenzmaterialien wie

Binden/Vorlagen, vor allem wenn die Möglichkeit fehlt, diese regelmäßig zu wechseln. Der dauerhafte Kontakt der Haut mit Urin führt häufig zu Reizungen im Intimbereich. Diese zeigen sich durch Rötungen, Entzündungen, Brennen und Juckreiz. Dieses Beschwerdebild wird als inkontinenzassoziierte Dermatitis (IAD) bezeichnet und stellt eine häufige, schmerzhaft und pflegeintensive Komplikation dar, die die Lebensqualität zusätzlich beeinträchtigt (Kottner; Blume-Peytavi 2017, S. 40-43). Hinzu kommen erhebliche finanzielle Belastungen. Die Kosten für Inkontinenzmaterialien und Pflegemittel sind hoch und werden von den Krankenkassen nur teilweise oder gar nicht übernommen. Neben dem privaten Umfeld ist häufig auch das Berufsleben betroffen. Die Angst vor Gerüchen oder plötzlichem Urinverlust führt zu ständiger innerer Anspannung. Diese psychische Belastung, kombiniert mit körperlichen Beschwerden wie Müdigkeit, Kopfschmerzen oder Konzentrationsstörungen infolge unzureichender Flüssigkeitszufuhr, beeinträchtigt die berufliche Leistungsfähigkeit deutlich.

Betroffene berichten von einem kontinuierlichen Verlust an Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, was langfristig psychische Erkrankungen wie Angststörungen oder depressive Episoden begünstigen kann. Symptome wie Antriebslosigkeit, Verlust von Freude und Hoffnungslosigkeit treten hierbei gehäuft auf (Berberich 2022).

Stigmatisierung, Tabuisierung und gesellschaftliche Unsichtbarkeit

Die gesellschaftliche Wahrnehmung von koitaler Inkontinenz ist durch Stigmatisierung und mangelndes öffentliches Bewusstsein geprägt. Negative Zuschreibungen wie mangelnde Körperkontrolle, Unattraktivität oder Krankheit sind weit verbreitet und verstärken die Isolation Betroffener.

Die Fähigkeit zur Kontrolle der eigenen Ausscheidungsprodukte wird in unserer Kultur als bedeutender Entwicklungsschritt im Kindesalter verstanden und gilt so inhärent auch als Maß für soziale Anpassung. Inkontinenz ist dabei gesellschaftlich eng mit dem Bild kognitiver Beeinträchtigung und Hilfsbedürftigkeit verknüpft, was bei Betroffenen nicht selten zu Selbstausgrenzung führt.

Aufgrund der Angst vor sozialen Konsequenzen ziehen sich Betroffene oft aus gesellschaftlichen Aktivitäten zurück, insbesondere wenn eine intime oder körperliche Nähe erwartet werden könnte. Die mediale und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema ist bislang unzureichend. Durch die geringe Sichtbarkeit der Erkrankung bleibt die gesellschaftliche Akzeptanz niedrig. Zur Verbesserung der Lebensqualität Betroffener ist es daher entscheidend, gesellschaftliche Sensibilisierungskampagnen zu initiieren und umfassende Aufklärung zu betreiben, um das Thema zu enttabuisieren (Robert Koch-Institut, 2007, S. 7; Berberich 2022, Psychosoziale Folgen).

Selbst im medizinischen und wissenschaftlichen Bereich wird die koitale Inkontinenz verhältnismäßig wenig als eigenständiges Phänomen behandelt. Dies zeigt sich in der begrenzten Anzahl an verfügbaren Studien, die speziell auf sexuell assoziierte Inkontinenzformen eingehen. Zudem fehlt eine einheitliche Definition zu diesem Phänomen. In diesem Zusammenhang ist es beispielsweise bezeichnend, dass die koitale Inkontinenz teilweise als „Sonderform“ aufgeführt wird (DGGG Harninkontinenz, 2023, S. 7). Nur durch einen offeneren gesellschaftlichen Umgang mit koitaler Inkontinenz können langfristig Stigmata abgebaut und die Lebensqualität

der Betroffenen nachhaltig verbessert werden. Gleichzeitig würden auch mehr Betroffene ihr Leiden ungehemmt zur Sprache bringen, denn Berberich berichtet, dass sich 85% der Betroffenen scheuen, darüber zu sprechen (Berberich, 2022).

Behandlungsmöglichkeiten

Medizinische Therapie

Die medizinische Therapie der koitalen Inkontinenz umfasst sowohl medikamentöse als auch physiotherapeutische und operative Verfahren und richtet sich nach der individuellen Ursache, Symptomatik und Schweregrad der Beschwerden. Nicht bei allen Formen der Inkontinenz wird auf eine medikamentöse Behandlung zurückgegriffen (I care Pflege, 2015, S. 391). Wenn Medikamente zum Einsatz kommen, so konzentriert sich die Behandlung vor allem auf Anticholinergika und Beta-3-Adrenozeptoragonisten, die die Kontraktilität der Blasenmuskulatur regulieren und den Harndrang reduzieren können. Auch Botulinumtoxin („Botox“) wird in selteneren Fällen bei einem Inkontinenzleiden verabreicht, um das Zusammenziehen der Harnblasenmuskelwand zu verhindern. Hierbei ist jedoch Vorsicht geboten, da eine verstärkte Infektionsgefahr in den Harnwegen besteht (Stiftung Gesundheitswissen, o. J., „Weitere Behandlungsmöglichkeiten“; Schultz-Lampel, 2022, S. 323). In der postmenopausalen Phase kann ein Östrogenmangel, häufig verbunden mit einer schwindenden Beckenbodenmuskulatur, Inkontinenz fördern. Für postmenopausale Frauen kann eine lokale Östrogen Therapie dann sinnvoll sein, da sie die Schleimhaut des Urogenitaltrakts stärkt und so die Kontinenz verbessert. Östrogen hilft beim Wiederaufbau von Kollagen und fördert die submuköse Durchblutung (Carrière et al., 2012, S. 553).

Physiotherapie

Ein bewährter Bestandteil der konservativen Behandlung ist das gezielte Beckenbodentraining. Viele Studien bestätigen die positiven Auswirkungen eines solchen Trainings hinsichtlich der Kontinenz. Es fördert die Wahrnehmung, Kontrolle und Kraft der Beckenbodenmuskulatur und kann so Inkontinenzbeschwerden nachhaltig lindern. In Kombination mit einem Blasentraining wird diese Methode von der „Stiftung Gesundheitswissen“ ausdrücklich empfohlen, insbesondere bei Belastungs- und Dranginkontinenz. Auch Elektrostimulation und Biofeedbackverfahren können unterstützend eingesetzt werden (Stiftung Gesundheitswissen, o. J.).

Invasive Verfahren

Bei mit üblichen Mitteln nicht therapierbaren Fällen kommen operative Maßnahmen wie die Implantation eines suburethralen Bandes oder Injektionstherapien mit sogenannten minimalinvasiven „Bulking Agents“ in Betracht. Diese Verfahren erfolgen ausschließlich ärztlich indiziert und nach sorgfältiger Abwägung. Dabei handelt es sich um ein Injektionsverfahren mit einer Spezialnadel im Schließmuskelbereich der Harnröhre unter die Schleimhaut (Deutsche Kontinenz Gesellschaft, o. J.).

Sexualtherapie/Verhaltenstherapie

Sexualtherapeutische Interventionen fördern eine lösungsorientierte Auseinandersetzung mit Schamgefühlen und partnerschaftlichen Schwierigkeiten, die in Folge einer koitalen Inkontinenz entstehen können. Hierdurch ausgelöstes Rückzugs- und Vermeidungsverhalten und damit verbundene verminderte sexuelle Appetenz können hier offen reflektiert werden. Sie können in Einzel- oder Paargesprächen erfolgen und beinhalten mitunter auch körperbezogene Übungen, die die Selbstwahrnehmung stärken (Ahrendt, Friedrich, S. 202-214). Verhaltenstherapeutische Ansätze helfen Patientinnen, ihre Wahrnehmung für blasenassoziierte Signale zu schulen und konkrete Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Hilfreiche Unterstützung können hierbei sein (I care Pflege, 2015, S. 391-392):

- Miktionstagebücher/-protokolle zur Erfassung des Miktionsverhaltens
- Kontinenzpläne zur Strukturierung von Trink- und Toilettengewohnheiten
- Toilettentraining, das durch regelmäßige Entleerungszeiten die Kontrolle unterstützt
- Triggeranalyse (z. B. Stress oder bestimmte Bewegungen)

Frühe pflegerische Interventionen und Sensibilisierung

Erste Hinweise auf präventive Maßnahmen finden sich bereits im pflegerischen Alltag, da Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde (PE SKW) durch gezielte Gesprächsführung, sensible Beobachtung und frühzeitige Information zur Entlastung betroffener Frauen beitragen können. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag, um Schamgefühle zu reduzieren und das Bewusstsein für Hilfsangebote zu stärken. Maßnahmen wie die Vermittlung von Kontinenzstrategien, die Beratung über Hilfsmittel sowie Hinweise auf geeignete Fachstellen gehören zu den grundlegenden Aufgaben in der pflegerischen Betreuung im Kontext der Kontinenzförderung von Betroffenen durch die PE SKW. Dabei ist eine wertschätzende Kommunikation entscheidend, um eine vertrauensvolle Gesprächsbasis im Zusammenhang mit der Diagnostik mit Blick auf psychosoziale Folgen zu schaffen.

Aufgaben der PE SKW in der Prävention und Aufklärung

Die Diagnostik der koitalen Inkontinenz stellt nicht nur hohe fachliche Anforderungen, sondern verlangt auch ein ausgeprägtes Maß an kommunikativer Kompetenz, Empathie und interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die besondere Herausforderung besteht darin, dass die betroffenen Frauen ihre Beschwerden selten von sich aus berichten. Gerade deshalb kommt PE SKW eine zentrale Rolle zu, indem durch geschulte Umgangs- und Gesprächsführung, gezielte Aufklärung und präventive Beratung ein wichtiger Beitrag zur Enttabuisierung und zur Verbesserung der Versorgungslage geleistet wird.

Beratung und Aufklärung

Die Beratung und Aufklärung bei koitaler Inkontinenz stellt eine anspruchsvolle Aufgabe für spezialisierte Pflegefachpersonen dar. Wie vorangegangen dargelegt, berichten betroffene Frauen aufgrund von Angst vor Stigmatisierung, Scham oder Unwissenheit nur selten eigeninitiativ über entsprechende Beschwerden. Umso entscheidender ist die Fähigkeit der PE SKW, eine vertrauensvolle Gesprächsbasis

zu schaffen und gezielt sowie einfühlsam auf die Thematik einzugehen. Im Mittelpunkt stehen dabei nicht nur körperliche, sondern ebenso psychosexuelle und soziale Faktoren. Diese Aspekte sind in einem umfassenden Pflegeverständnis unverzichtbar, weshalb dahingehend spezialisierte PE SKW erforderlich sind, die auf die Versorgung von Menschen mit intimen Gesundheitsproblemen ausgerichtet sind. Gerade im pflegerischen Alltag, in Pflegegesprächen oder im Rahmen von Beratungsleistungen ergeben sich häufig Gelegenheiten, bei denen PE SKW behutsam auf Symptome der koitalen Inkontinenz eingehen können. Voraussetzung dafür ist eine bewusste Haltung gegenüber sexueller Gesundheit sowie die Fähigkeit, feinfühlig mit den Patientinnen zu kommunizieren. Dies kann im Zusammenhang mit intimen Beschwerden, wie dem Inkontinenzleiden im sexuellen Kontext, zur Öffnung der Betroffenen beitragen und so zu wertvollen Erkenntnissen führen (I care Pflege, 2015, S. 126-129).

Im klinischen Alltag ergeben sich Interventionsebenen insbesondere bei der Kontinenzförderung, der Wundversorgung im Intimbereich sowie der sexualmedizinischen Anamnese. PE SKW nutzen hierbei standardisierte Tools wie Miktionstagebücher oder Kontinenzprofile, um gemeinsam mit Betroffenen realistische Therapieziele zu definieren (I care Pflege 2015, S. 391). Ein praxisnahes Instrument zur Gesprächserleichterung stellt der International Female Coital Incontinence Questionnaire (IFCI-Q) dar, um Symptome der koitalen Inkontinenz systematisch zu erfassen. PE SKW können hier als erste Ansprechpersonen fungieren, Fragebögen austeilen, erklären und die Ergebnisse in Rücksprache mit dem interdisziplinären Team evaluieren.

Neben der Gesprächsführung und Anwendung strukturierter Instrumente gehört die Bereitstellung von zielgruppengerechtem Informationsmaterial zu den grundlegenden Aufgaben der pflegerischen Aufklärungsarbeit. Flyer, Broschüren oder digitale Formate wie QR-Codes zu hilfreichen Beratungsstellen, Videos oder seriöse Webseiten zu Institutionen, die sich für an Inkontinenz Leidende einsetzen, sollten verständlich, wertfrei und niedrigschwellig zugänglich gemacht werden. Besonders hilfreich ist die Kombination aus allgemeiner Aufklärung und individualisierten Beratungsmöglichkeiten. Darüber hinaus ist die Förderung der Selbstwirksamkeit von betroffenen Frauen ein zentrales Ziel pflegerischer Beratung (I care Pflege, 2015, S. 110). Pflegefachpersonen können Ressourcen aktivieren, zum Beispiel durch Anleitung zu Beckenbodenübungen, Hinweise auf gesundheitsförderliche Lebensführung oder die Vermittlung an Selbsthilfegruppen.

PE SKW sollten sich ihrer Schnittstellenfunktion bewusst sein und zwischen Patientin und medizinisch-therapeutischem Team vermitteln. Sie identifizieren frühzeitig Unterstützungsbedarfe, leiten betroffene Frauen an die zuständigen ärztlichen Fachdisziplinen weiter und entlasten Patientinnen durch gezielte Beratung, um den Umgang mit den Beschwerden zu erleichtern. Durch ihre Nähe sind sie vertraute und meist erste Ansprechpartnerinnen. Folglich sollte das Fachpersonal kontinuierlich in fachlichen Kompetenzen sowie im sensiblen Umgang mit tabubehafteten Themen geschult und weitergebildet werden, um dauerhaft die Herausforderungen, die ihr berufliches Umfeld mit sich bringt, meistern zu können und handlungsfähig zu bleiben (Schneider; Hampel, 2025, S. A408).

Präventive Maßnahmen

Ziel pflegerischer Präventionsarbeit ist es, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen, Erkrankungen zu verhindern oder deren Folgen abzumildern. PE SKW tragen hierbei wesentlich dazu bei, die Entstehung oder Verschlechterung koitaler Inkontinenz durch gezielte Unterstützungsangebote zu verhindern. Ein wesentlicher Ansatzpunkt besteht darin, Risikofaktoren, die zur Entstehung einer koitalen Inkontinenz beitragen können, frühzeitig zu erkennen und präventives Gesundheitsverhalten gezielt zu fördern. Hierzu zählt insbesondere die Aufklärung über beeinflussbare Faktoren wie Übergewicht, schwere körperliche Belastungen, chronischem Husten sowie die Auswirkungen von Geburten auf die Beckenbodenmuskulatur. Gerade die Belastung des Beckenbodens spielt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Belastungsinkontinenz, die wiederum häufig mit koitaler Inkontinenz assoziiert ist. In pflegerischen Beratungsgesprächen sollten diese Zusammenhänge klar erläutert und individuelle präventive Maßnahmen angeregt werden.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Förderung des Bewusstseins für den engen Zusammenhang zwischen sexueller Gesundheit und Kontinenz. Beschwerden wie der unwillkürliche Urinverlust beim Geschlechtsverkehr bleiben oft aus Scham unerwähnt.

Sexualgesundheit sollte thematisch selbstverständlich in Pflegegespräche integriert werden, um eine Enttabuisierung zu fördern und Betroffene zu ermutigen, ihre Beschwerden anzusprechen (I care Pflege, 2015, S. 122-129). Schwangere sollten frühzeitig über die Bedeutung eines gesunden Beckenbodens informiert werden, verbunden mit praktischen Hinweisen zu Beckenbodentraining und der Vermeidung schwerer körperlicher Belastung. Dadurch kann sowohl einer allgemeinen Belastungsinkontinenz als auch explizit einer koitalen Inkontinenz langfristig vorgebeugt werden. Frauen in der Menopause sollten darüber hinaus auf den Einfluss eines altersbedingten Östrogenmangels auf das urogenitale Gewebe und damit auf die Kontinenz im sexuellen Kontext frühzeitig hingewiesen werden.



Ergänzend zu den individuellen Beratungs- und Aufklärungsmaßnahmen können psychosoziale und verhaltensbezogene Präventionsstrategien zum Einsatz kommen. Schulungen in Entspannungstechniken, wie beispielsweise der Progressiven Muskelrelaxation, können helfen, stressinduzierte Drangsymptomatik zu vermindern, die sich auch während sexueller Aktivitäten manifestieren kann. Toiletten- und Blasen Trainings, bei denen eine bewusste Rhythmisierung der Miktion eingeübt wird, unterstützen die Kontrolle über das Blasenverhalten und können insbesondere im Vorfeld sexueller Aktivitäten die Sicherheit und das Selbstvertrauen der Betroffenen

stärken. Außerdem kann die Vermittlung an Selbsthilfegruppen dazu beitragen, die Betroffenen emotional zu entlasten und ihnen neue Wege im Umgang mit ihrer Erkrankung aufzeigen. Eine regelmäßige Überprüfung bestehender Medikation auf inkontinenzfördernde Wirkstoffe, wie Diuretika oder bestimmte Antidepressiva, ist essenziell, um mögliche Einflussfaktoren auf die koitale Inkontinenz frühzeitig zu erkennen und gemeinsam mit dem ärztlichen Team geeignete Anpassungen vorzunehmen. Ebenso gehört die Beratung hinsichtlich ergonomischen Hebens und Tragens insbesondere für Frauen in körperlich belastenden Berufen zur präventiven Arbeit, um die Beckenbodenbelastung und damit auch das Risiko sexueller Inkontinenzsymptomatik zu verringern. Die Implementierung des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ trägt darüber hinaus zur systematischen Prävention und frühzeitigen Erkennung auch seltener Inkontinenzformen wie der koitalen Inkontinenz innerhalb einer Einrichtung bei. Schließlich sollte indikationsspezifisch auf besondere Risikogruppen eingegangen werden. Nach gynäkologischen Eingriffen ist es wichtig, betroffene Frauen frühzeitig über potenzielle Risiken einer sexuellen Inkontinenz aufzuklären und geeignete physiotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten.

Fazit

Eine erfolgreiche Behandlung erfordert einen ganzheitlichen, interdisziplinären Ansatz, bei dem medizinische, pflegerische, physiotherapeutische, psychologische und sexualtherapeutische Maßnahmen eng zusammenarbeiten. Pflegefachpersonen spielen dabei eine aktive Rolle, indem sie Patientinnen beraten, motivieren und aufklären. Das Thema benötigt weiterhin intensive Forschung, gesellschaftliche Aufmerksamkeit und die Untersuchung kultureller sowie sozialer Einflussfaktoren. Die professionelle Vorbereitung von Pflegefachpersonen und insbesondere PE SKW ist essenziell, um eine einfühlsame Versorgung zu gewährleisten. Insgesamt ist die Auseinandersetzung mit koitaler Inkontinenz ein wichtiger Schritt zu einer offenen, bedarfsorientierten, ganzheitlichen und enttabuisierten Versorgung, die die Lebensqualität der Betroffenen verbessern und das Tabu um sexuelle Gesundheit abbauen kann.



Bild: Julia Zehnder

*Autorin: Julia Zehnder
Stv. Bereichsleitung Homecare
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde*

Gesundheits- und Krankenpflegerin

Kontakt:

Sanitätshaus Weinmann GmbH
Heiningerstr. 28
73037 Göppingen

Mail: zehnder@weinmann.care

Literaturverzeichnis

Ahrendt, Hans-Joachim; Friedrich, Cornelia (2015): Sexualmedizin in der Gynäkologie, Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag.

Berberich, Hermann J. (2022): Psychosoziale Folgen der Harninkontinenz. In: Berberich, Hermann J. et al. (Hrsg.): Die Urologie. e.Medpedia, Springer Medizin. Verfügbar unter: https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/die-urologie/psychosoziale-folgen-der-harninkontinenz?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-41168-7_27 [18.04.2025].

Bross, Stephan; Goepel, Mark (2022): Anamnese, körperliche Untersuchung, nicht-invasive Untersuchungen. In: Schultz-Lampel, Daniela; Goepel, Mark; Hampel, Christian (Hrsg.): Urodynamik. Lehrbuch des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau. 4. Aufl., Berlin: Springer-Verlag, S. 89–109.

Carrière, Beate et al. (Hrsg.) (2012): Beckenboden. Physiotherapie und Training. 2. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG), S2k-Leitlinie (Juli 2023): Harninkontinenz der Frau. AWMF-Registernummer 015-091. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015_D_Ges_fuer_Gynaekologie_und_Geburtshilfe/015-091d1_S2k_Harninkontinenz-der-Frau_2023-07.pdf [25.04.2025].

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG), S2k-Leitlinie (März 2022): Harninkontinenz der Frau. AWMF-Registernummer 015-091. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-091l_S2k_Harninkontinenz-der-Frau_2022-03.pdf [24.04.2025].

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), S1-Leitlinie (2020): Diagnostik und Therapie von neurogenen Blasenstörungen. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. AWMF-Registernummer 030/121. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/030-121> [16.04.2025].

Deutsche Kontinenz Gesellschaft (o. J.): Bulking Agents. Verfügbar unter: <https://www.kontinenzgesellschaft.de/fuer-patienten/therapie/bulking-agents/> [25.04.2025].

Deutsches Ärzteblatt (2025): Urogynäkologie: Koitale Inkontinenz bei harninkontinenten Frauen mittels Fragebogen richtig evaluieren. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/themen/inkontinenz/urogynaekologie-koitale-inkontinenz-bei-harninkontinenten-frauen-mittels-fragebogen-richtig-evaluieren-d3264650-ddba-4f5d-b986-635ed61c56bf> [Zugriff am 27.04.2025].

Franziskus Klinik Berlin (2025): Inkontinenz-Fragebogen ICIQ-UI-SF. Verfügbar unter: <https://www.franziskus-berlin.de/sites/default/files/downloads/Inkontinenz-Fragebogen-ICIQ-UI-SF.pdf> [Zugriff am 23.04.2025].

Höfner, Klaus; Oelke, Matthias (2022): Entleerungsstörungen. In: Schultz-Lampel, Daniela; Goepel, Mark; Hampel, Christian (Hrsg.): Urodynamik. Lehrbuch des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau. 4. Aufl., Berlin: Springer-Verlag, S. 305–345.

Höfner, Klaus; Schäfer, Werner; Oelke, Matthias (2022): Druck-Fluss-Messung. In: Schultz-Lampel,

Daniela; Goepel, Mark; Hampel, Christian (Hrsg.): Urodynamik. Lehrbuch des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau. 4. Aufl., Berlin: Springer-Verlag, S. 237–255.

Kottner, Jan; Blume-Peytavi, Ulrike (2017): Hautrisiko Inkontinenz. In: Die Schwester Der Pfleger, 56. Jahrgang, Heft 2, S. 40–43.

Kranz, Jennifer et al. (2022): Spezielle Urodynamik der Frau. In: Schultz-Lampel, Daniela; Goepel, Mark; Hampel, Christian (Hrsg.): Urodynamik. Lehrbuch des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau. 4. Aufl., Berlin: Springer-Verlag, S. 367–387.

MSD Manuals (o. J.): Medikamente, die zu Inkontinenz führen können. Verfügbar unter: <https://www.msdmanuals.com/de/heim/multimedia/table/medikamente-die-zu-inkontinenz-f%C3%BChren-k%C3%B6nnen> [Zugriff am 26.04.2025].

NVA – National Vulvodynia Association (2025): FSFI-Questionnaire 2000. Verfügbar unter: <http://www.nva.org/wp-content/uploads/2015/01/FSFI-questionnaire2000.pdf> [Zugriff am 23.04.2025].

Oelke, Matthias; Kranz, Jennifer; Knüpfer, Stephanie C. (2022): Sonografische Diagnostik des Harntrakts und Beckens. In: Schultz-Lampel, Daniela; Goepel, Mark; Hampel, Christian (Hrsg.): Urodynamik. Lehrbuch des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau. 4. Aufl., Berlin: Springer-Verlag, S. 121–147.

Pflege.de (o. J.): Harninkontinenz. Online verfügbar unter: <https://www.pflege.de/krankheiten/inkontinenz/harninkontinenz/> [28.04.2025].

Ringsell, Corina (2017): Auf Neben- und Wechselwirkungen achten. In: Universimed – Gynäkologie & Geburtshilfe, 23.03.2017. Verfügbar unter: <https://www.universimed.com/ch/article/gynaekologie-geburtshilfe/auf-neben-und-wechselwirkungen-achten-2102092> [Zugriff am 26.04.2025].

Robert Koch-Institut (RKI) (2007): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 39: Harninkontinenz. Berlin: Robert Koch-Institut. Verfügbar unter: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3191/26Herxag1MT4M_31.pdf?sequence=1&isAllowed=y [26.04.2025].

Schneider, Hans; Hampel, Christian (2025): Harninkontinenz bei Frauen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 122, Heft 7, S. A408–A415. Verfügbar unter: <https://api.aerzteblatt.de/pdf/122/7/a408.pdf> [27.04.2025].

Schultz-Lampel, Daniela; Goepel, Mark; Hampel, Christian (2022): Urodynamik. Lehrbuch des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau, 4. Aufl., Berlin: Springer-Verlag.

Springer Medizin (2020): Prognosemodelle für Beckenbodenschäden im Vergleich von vaginaler Geburt und Kaiserschnitt. Verfügbar unter: <https://www.springermedizin.de/stuhlinkontinenz/kaiserschnitt/prognosemodelle-fuer-beckenbodenschaden-im-vergleich-von-vagina/18554372> [17.04.2025].

Stiftung Gesundheitswissen (o. J.): Weitere Behandlungsmöglichkeiten bei Dranginkontinenz. Verfügbar unter: <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/dranginkontinenz/weitere-behandlungsmoeglichkeiten> [25.04.2025].

Thieme (2015): I care Pflege. 1. Aufl., Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag.

Thieme (2020): I care Anatomie, Physiologie. 2. akt. Aufl., Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag.

Thieme CNE (o. J.): „Allgemeine Informationen zu Kontinenz/Inkontinenz“ und „Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege“. Nur mit persönlichem Login zugänglich über: <https://cne.thieme.de/openolat2/auth/RepositoryEntry/431652882> [25.04.2025].

UROMED Kurt Drews KG (2025): Inkontinenz. Online verfügbar unter: <https://www.uromed.de/inkontinenz.php> [28.04.2025].