

Pflegekompakt

Sylke Werner

Kontinenzförderung

Ein Leitfaden

Kohlhammer

Pflegekompakt

Sylke Werner

Kontinenzförderung

Ein Leitfaden

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten

© 2012 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-022064-5

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026588-5

Inhalt

Vorwort	9
1 Harninkontinenz	11
1.1 Was bedeutet „Harninkontinenz“?	12
1.1.1 Wie funktioniert die Blasenentleerung?	12
1.2 Anatomischer und physiologischer Überblick	13
1.3 Formen und Hauptursachen der Harninkontinenz	14
1.3.1 Belastungsinkontinenz/Stressinkontinenz	15
1.3.2 Dranginkontinenz/Urge-Inkontinenz	16
1.3.3 Überlaufinkontinenz	17
1.3.4 Neurogene Blasenentleerungsstörungen/ Reflexinkontinenz	18
1.3.5 Mischinkontinenz	19
1.4 Wesentliche Aspekte der Diagnostik	19
1.5 Wesentliche Aspekte der Therapie	22
2 Stuhlinkontinenz (Darmschwäche)	24
2.1 Anatomischer und physiologischer Überblick	25
2.2 Wesentliche Ursachen der Stuhlinkontinenz	26
2.2.1 Verletzung der Schließmuskel bzw. Anahaut	28
2.2.2 Chronische Durchfälle	28
2.2.3 Obstipation (Verstopfung)	29
2.2.4 Nervenschädigungen	30
2.2.5 Verringertes Reservoir im Mastdarm	30
2.2.6 Beckenbodenschwäche	31
2.3 Wesentliche Aspekte der Diagnostik	32
2.4 Wesentliche Aspekte der Therapie	34
2.4.1 Konservative (alternative) Behandlungsmethoden	35
2.4.2 Operative Behandlungsmethoden	35
2.4.3 Medikamentöse Therapie	37

3	Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz . . .	38
3.1	Psychosoziale Aspekte der Kontinenzförderung . . .	39
3.2	Allgemeine Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz	40
3.2.1	Flüssigkeitszufuhr und Ernährung	40
3.2.2	Bewegung	42
3.2.3	Bekleidung	43
3.2.4	Umgebung	45
3.3	Kontinenztraining bei Harninkontinenz	46
3.3.1	Blasen- und Toilettentraining	47
3.3.2	Beckenbodentraining	51
3.3.3	Urotherapie – Verhaltenstherapie	65
3.4	Management der Harninkontinenz in der Pflege . . .	66
3.4.1	Umgang mit Inkontinenz in der Pflege	67
3.4.2	Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	70
3.4.3	Kontinenztraining in der Pflegeeinrichtung	72
3.5	Darmmanagement – Maßnahmen bei Stuhlinkontinenz	78
3.5.1	Toilettentraining	79
3.5.2	Irrigation	80
3.5.3	Maßnahmen zur Vermeidung von Obstipation und Durchfällen	81
3.5.4	Ernährung	83
3.5.5	Beckenbodentraining	84
3.6	Inkontinenzhilfsmittel bei Harn- und Stuhlinkontinenz	86
3.6.1	Auswahlkriterien	86
3.6.2	Formen der Inkontinenzmittel	87
3.6.3	Intim- und Hautpflege	98
4	Spezielle Aspekte der Inkontinenz bei älteren Menschen	99
4.1	Begünstigende Faktoren für eine Inkontinenz im Alter	101
4.2	Ursachen einer Harninkontinenz im Alter	102

4.2.1	Erste Anzeichen von Blasenschwäche	104
4.2.2	Förderungsmöglichkeiten der Harnkontinenz im Alter	106
4.3	Besonderheiten bei Stuhlinkontinenz im Alter	108
4.3.1	Ursachen einer Stuhlinkontinenz im Alter	109
4.3.2	Therapie bei Stuhlinkontinenz im Alter	112
4.4	Motivationsbeeinflussende Aspekte zur Kontinenzförderung bei älteren Menschen	113
4.4.1	Kontinenzförderung durch Patientenedukation im Alter	113
4.5	Motivation durch pflegende Angehörige	117
4.5.1	Motivation vs. Belastungen im Alltag	118
4.5.2	Pflegende Angehörige professionell unterstützen	120
5	Inkontinenz und Kontinenzförderung bei Menschen mit Demenz	123
5.1	Besonderheiten bei Harninkontinenz	124
5.2	Besonderheiten bei Stuhlinkontinenz	127
5.3	Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz	128
5.4	Besonderheiten im Umgang	132
5.4.1	Jedes Verhalten hat eine Ursache	133
5.4.2	Möglichkeiten der Kommunikation mit demenziell Erkrankten	135
5.4.3	Kontinenzfördernde Umgebung bei Menschen mit Demenz	139
6	Spezielle Aspekte der Inkontinenz und Kontinenzförderung bei Kindern und Jugendlichen	142
6.1	Harninkontinenz bei Kindern	142
6.1.1	„Einnässen“, „Bettnässen“ und „kindliche Harninkontinenz“	143
6.1.2	Diagnostik	149
6.1.3	Kontinenzfördernde Maßnahmen	150

6.1.4	Kontinenzschulung – Urotherapie bei funktioneller Harninkontinenz	155
6.2	Stuhlinkontinenz (Enkopresis) bei Kindern	159
6.2.1	Formen und Ursachen der Enkopresis	160
6.2.2	Diagnostik	161
6.2.3	Kontinenzfördernde Maßnahmen bei Enkopresis ..	162
6.3	Kindliche Harn- und Stuhlinkontinenz – eine Belastung für die ganze Familie	166
	Umgang mit belastenden Situationen	168
	Nachwort	169
	Literatur	170
	Stichwortverzeichnis	174
	Anhang	178
	Anhang A: Beispiel Miktionsprotokoll	179
	Anhang B: Beispiel zum Stuhltagebuch.....	180
	Anhang C: Wichtige Fragen zur Diagnostik Einnässen beim Kind	181
	Anhang D: Beispiel Miktionskalender (Blasentagebuch)	182
	Anhang E: Praktische Tipps für Eltern mit Kindern, die einnässen	183
	Anhang F: Nützliche Adressen und Links	185

Vorwort

Harn- und Stuhlinkontinenz sind noch immer ein gesellschaftliches Tabu. Egal, in welchem Alter die Inkontinenz auftritt, die Betroffenen schämen sich, ihre Blase oder ihren Stuhl nicht kontrollieren zu können. Es ist ein Thema, über das man lieber schweigt.

Inkontinenz beeinflusst jedoch die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend. Die Angst, ungewollt Urin oder Stuhl zu verlieren, ist ständig präsent. Die Angst, das Umfeld könnte es mitbekommen, treibt von Inkontinenz Betroffene in die Isolation. Eltern schämen sich für ihre Kinder, die ins Bett nassen oder stuhlinkontinent sind. Familien sind diesbezüglich großen Belastungen ausgesetzt. Pflegende Angehörige fühlen sich häufig im Stich gelassen, wenn Vater oder Mutter inkontinent und auf Pflege angewiesen sind.

Nicht zuletzt ist Inkontinenz, besonders bei älteren Menschen, oft ein Grund für eine ambulante Pflege oder sogar den Eintritt ins Pflegeheim. Inkontinenz ist jedoch keine hinzunehmende Alterserscheinung, obwohl die Praxis allerdings häufig zeigt, dass es noch Nachholbedarf bezüglich einer Kontinenzförderung in der Pflege gibt. Zu schnell werden älteren Menschen Inkontinenzhilfsmittel angeboten, obwohl es Möglichkeiten gibt, eine gewisse Kontinenz wieder zu erreichen. Auch im Alter ist eine Förderung der Kontinenz möglich, wenn die Rahmenbedingungen dementsprechend gestaltet werden und den älteren Menschen die nötige Unterstützung und aktivierende Pflege zu Teil wird.

Im Gegensatz zur Harninkontinenz, die bereits in den Medien thematisiert wird, z. B. was die Hilfsmittel betrifft, wird häufig alles tabuisiert, was mit Stuhlinkontinenz verbunden ist. Selbst in der Fachliteratur ist häufiger die Rede von Harninkontinenz als von Stuhlinkontinenz. Ein erwachsener Mensch hat seinen Darm „unter Kontrolle“ und stuhlinkontinente Menschen werden mit Kleinkindern verglichen und somit auf eine frühe Stufe ihrer Entwicklung gestellt. Es kann nicht sein, was nicht sein darf.

Es ist an der Zeit, das Thema Inkontinenz öffentlich zu machen und über die Ursachen der Inkontinenz in jeder Altersstufe aufzuklären. Unkenntnis und Vorurteile sind häufig der Grund, warum sich inkontinente Menschen ausgegrenzt und hilflos fühlen.

Inzwischen gibt es sehr viele Möglichkeiten zur Prävention und Förderung der Kontinenz, die unbedingt zu nutzen sind. Neben speziellen Maßnahmen tragen allgemeine Maßnahmen wie eine gesunde Lebensweise, die Vermeidung von Stress und ausreichend Bewegung schon wesentlich zur Prävention und Kontinenzförderung bei.

Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg, auch wenn Geduld und Ausdauer gefragt sind. Dafür werden von Inkontinenz Betroffene mit neuer Lebensqualität und neuem Selbstwertgefühl belohnt.

Dabei spielt es keine Rolle, in welchem Alter die Inkontinenz auftritt. Kein Betroffener sollte seine Symptome einfach so hinnehmen, sondern sich informieren und für sich die geeignete Maßnahme zur Kontinenzförderung finden.

In diesem Buch werden verschiedene Möglichkeiten der Kontinenzförderung vorgestellt, die in der Praxis angewandt werden, sei es im häuslichen oder stationär pflegerischen Bereich.

1 Harninkontinenz

Ein häufiger starker Harndrang, ungewollter Harnverlust, oft unbemerkt und durch den Willen nicht beeinflussbar wird auch mit den Begriffen „Blasenschwäche“, „Reizblase“ oder mit dem medizinischen Fachbegriff „Harninkontinenz“ beschrieben.

Frauen sind von einer Harninkontinenz häufiger betroffen als Männer. Nach den Wechseljahren, nach der Menopause, führt der Mangel am Sexualhormon Östrogen zu einer Rückbildung von Muskulatur und Bindegewebe im Urogenitaltrakt. Außerdem bildet sich im Alter die Muskulatur insgesamt zurück. Auch bei Geburten kann es zu Schädigungen der Muskulatur und des Beckenbodens kommen.

Das weibliche Becken ist grundsätzlich flexibler als das männliche Becken, Schwangerschaft und Geburt sind damit möglich. Der weibliche Beckenboden wird dadurch jedoch auch stärker beansprucht. Dies schwächt die Festigkeit des muskulären Beckenabschlusses.

Junge Frauen leiden häufig unter einer reinen Belastungsinkontinenz. Mit zunehmendem Alter treten eher Dranginkontinenz und Mischkontinenz auf. Bei Männern ist eine Belastungsinkontinenz selten, denn die Prostata sorgt für eine erhöhte Stabilität des Verschlusssystems. Eine Belastungsinkontinenz entsteht daher bei Männern oft durch äußere Einflüsse wie Operationen oder Unfälle.

Da der männliche Beckenboden nicht der Druckbelastung durch Schwangerschaft und Geburt ausgesetzt ist, sind junge Männer weitaus seltener von Harninkontinenz betroffen als Frauen. Bei ihnen tritt eine Harninkontinenz oft nur als Folge einer neurologischen Erkrankung (z. B. Schlaganfall, Querschnittslähmung) oder durch Blasen- und Harnröhrenverengungen, Harnsteine sowie Blasenentzündungen auf. Eine sogenannte angeborene männliche Inkontinenz aufgrund anatomischer Defekte ist ebenfalls selten und kann bereits im Kindesalter operativ korrigiert werden. Eine erschwerte Blasenentleerung mit Restharnbildung kann bei

älteren Männern auf eine gutartige Vergrößerung der Prostata hindeuten.

1.1 Was bedeutet „Harninkontinenz“?

Harninkontinenz ist ein „unwillkürlicher, ungewollter Urinabgang (zu ungelegener Zeit an unpassendem Ort)“ (Hafner & Meier 2009, S. 72). Nach der Definition der International Continence Society (ICS) ist der Urinabgang „unfreiwillig, objektivierbar, regelmäßig und bedeutet ein soziales Problem“ (Hafner & Meier 2009, S. 72). Damit ist jeder ungewollter Harnabgang gemeint, wenn es dem Betroffenen nicht möglich ist, Zeitpunkt und Ort der Blasenentleerung zu kontrollieren. Dabei kann der Harn entweder ständig oder nur in bestimmten Situationen tröpfchenweise abgehen.

Harninkontinenz stellt kein eigenes Krankheitsbild dar. Sie ist ein Symptom für eine zugrunde liegende Erkrankung des Harnsystems, das sich unterschiedlich äußern kann und unterschiedlich ausgeprägt sein kann.

Normalerweise wird die Blasenentleerung ganz bewusst durch unseren Willen gesteuert. Das heißt, wir können den Zeitpunkt, wann wir zur Toilette gehen, weitgehend selbst bestimmen, denn wir „merken“ normalerweise, wenn wir Wasser lassen müssen.

1.1.1 Wie funktioniert die Blasenentleerung?

Die Blase zählt zu den „ableitenden Harnwegen“. Sie ist ein Hohlorgan, das hauptsächlich aus Muskelgewebe besteht. Sie ist flexibel, das heißt, sie kann sich ausdehnen. Diese Flexibilität ermöglicht es der Blase, Urin zu speichern, der in den Nieren gebildet und dann in die Blase weitergeleitet wird. Die Blase eines Erwachsenen kann etwa bis zu 500 ml Flüssigkeit fassen.

Am Beginn der Harnröhre befindet sich der Schließmuskel. Er ist normalerweise angespannt und verhindert, dass wir unkontrolliert Urin verlieren. Über Rezeptoren in der Blasenwand wird unserem Gehirn der Füllzustand der Blase gemeldet und ab einer

gewissen Füllmenge verspüren wir Harndrang und suchen eine Toilette auf.

Bei der Blasenentleerung arbeiten die Muskeln der Blasenwand und der Schließmuskel koordiniert zusammen. Bei willentlich entspanntem und lockerem Schließmuskel zieht sich gleichzeitig der Muskel der Blasenwand zusammen und treibt den Urin aus der Blase. Nach vollständiger Entleerung der Blase entspannt sich der Blasenwandmuskel und der Schließmuskel verschließt die Blase durch Anspannung wieder.

Die Kraft des Schließmuskels ist normalerweise so groß, dass bei einsetzender Füllung der Blase der Urin gehalten werden kann. Auch bei Druckbelastungen im kleinen Becken wie Husten, Pressen oder schweres Heben hält die Kraft des Schließmuskels stand. Urin kann gehalten werden bis ein gewisser Füllstand wieder das Signal zum Harndrang gibt und wir wieder zur Toilette gehen. Voraussetzung dafür ist, dass das Zusammenspiel zwischen dem willentlich gesteuerten Nervensystem und den beteiligten Strukturen der Harnblase stimmt, ansonsten kommt es zu ungewolltem Harnverlust. Das bedeutet, wenn das Zusammenspiel der verschiedenen Muskeln und Nerven gestört ist, kommt es zur Inkontinenz.

1.2 Anatomischer und physiologischer Überblick

Der Beckenboden ist der aus Bindegewebe und Muskeln bestehende Boden der Beckenhöhle beim Menschen. Die Muskulatur ist mit dem knöchernen Becken verbunden. Steißbein, Schambein und die beiden Sitzbeinhöcker bilden die äußeren Begrenzungen des Beckenbodens.

Der Beckenboden bildet den Verschluss des Beckenausgangs, welcher aus drei muskulösen Schichten besteht: äußere, mittlere und innere Beckenbodenmuskulatur.

Die innere Muskulatur verläuft zwischen dem vorne liegenden Schambein bis zum hinten liegenden Steißbein. Sie ist sehr stabil, denn auf ihr lastet der größte Druck durch die Organe. Die mittlere Muskulatur verläuft quer zur inneren Schicht zwischen den Sitz-

knochen und liegt unterhalb der Blase im vorderen Bereich des Beckens. Die äußere Muskulatur umgibt die Schließmuskeln des Afters und der Harnröhre. Bei Frauen umfasst sie außerdem die Scheide und bei Männern den Penisansatz.

Als Detrusor („Musculus detrusor vesicae“) bezeichnet man die Muskulatur, die an der Entleerung der Harnblase beteiligt ist. Man nennt die Detrusor-Muskulatur demnach auch „harnaustreibende Muskeln“.

Zum Beckenboden gehört auch der Damm. Bei Frauen befindet er sich zwischen Scheide und After, bei Männern zwischen Skrotum und After. Der Beckenboden gibt den Organen im Bauchraum den nötigen Halt und erfüllt dabei drei wesentliche Aufgaben: Anspannen und Entspannen der Muskulatur sowie Anspannung als eine Reaktion auf eine Druckerhöhung im Bauchraum (z. B. beim Husten, Niesen, Lachen, Heben schwerer Lasten usw.), wobei ein höherer Druck auch einen stärkeren Verschluss bedeutet.

Der Beckenboden muss demzufolge kräftig genug sein, um die Bauch- und Beckenorgane zu stützen, deren Lage stabil zu halten sowie die Schließmuskulatur von Harnröhre und After zu unterstützen. Außerdem muss sich der Beckenboden beim Stuhlgang und beim Wasserlassen sowie bei Frauen beim Geschlechtsverkehr und der Geburt öffnen können.

Die Bänder und Muskeln des Beckenbodens sind mit der Wirbelsäule verbunden. Haltungfehler können daher die Spannung des Beckenbodens ebenso negativ beeinflussen.

1.3 Formen und Hauptursachen der Harninkontinenz

Eine Harninkontinenz kann verschiedene Ursachen haben und weist daher auch unterschiedliche Symptome auf. Die Harninkontinenz wird in verschiedene Formen unterteilt. Zu den häufigsten Formen zählen (Tab. 1.1):

- Belastungsinkontinenz/Stressinkontinenz,
- Dranginkontinenz/Urge-Inkontinenz,
- Mischkontinenz,

- Überlaufinkontinenz,
- neurogene Blasenentleerungsstörungen.

Tab. 1.1: Formen der Harninkontinenz

Form	Merkmal/Ursache
Belastungsinkontinenz/ Stressinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Harnverlust bei körperlicher Belastung (z. B. schwer heben, husten, niesen, lachen) <i>Ursache:</i> schwache Beckenbodenmuskulatur
Dranginkontinenz/ Urge-Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Plötzlicher, häufiger und ungewollter Harndrang <i>Ursache:</i> überaktive oder überempfindliche Blase
Mischkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungs- und Dranginkontinenz treten gleichzeitig auf
Überlaufinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> • Blase kann nicht mehr richtig entleert werden, Restharn verbleibt, dadurch ständiger Harndrang <i>Ursache:</i> Abflusshindernis (z. B. gutartige Vergrößerung der Prostata); Schwäche des Blasenmuskels (z. B. durch dauerhafte Überdehnung)
Neurogene Blasenentleerungsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Keine willentliche Blasenentleerung mehr möglich, Entleerung erfolgt reflexartig <i>Ursache:</i> Nervenverbindungen zwischen Harntrakt und Gehirn/Rückenmark gestört

1.3.1 Belastungsinkontinenz/Stressinkontinenz

Bei Frauen zählt die *Belastungsinkontinenz*, auch *Stressinkontinenz* genannt, zu den am häufigsten auftretenden Formen der

Harninkontinenz. Bei der Belastungsinkontinenz verlieren die Betroffenen bei körperlicher Belastung, z. B. beim Husten, Niesen, Lachen, Heben von schweren Gegenständen oder auch bei sportlichen Aktivitäten kleine bis größere Mengen Urin.

Bei der Belastungs- oder Stressinkontinenz ist das Verschlusssystem der Blase gestört. Die Ursache dafür ist eine Schwäche der Beckenbodenmuskulatur. Das Muskelgeflecht, das den unteren Teil der Harnröhre sowie die Schließmuskeln der Harnblase und des Anus unterstützt, wird so stark beansprucht, dass die Betroffenen unfreiwillig Urin verlieren. Der äußere Blasenschließmuskel wird aufgrund der geschwächten Beckenbodenmuskulatur weniger unterstützt (siehe Kap. 1.2).

Dieses Problem tritt häufig bei Frauen auf, die mehrere Kinder geboren haben. Aber auch Übergewicht, Operationen oder hormonelle Veränderungen in den Wechseljahren können zu einer Schwächung der Beckenbodenmuskulatur führen. Die Belastungsinkontinenz oder Stressinkontinenz wird in drei sogenannte Schweregrade unterteilt (vgl. dazu Hafner & Meier 2009, S. 75):

1. Grad: Harnverlust beim Husten, Lachen und Niesen;
2. Grad: Harnverlust beim Springen, Treppensteigen, schweren Heben und Tragen;
3. Grad: Harnverlust im Liegen und beim Gehen.

Mithilfe des „Pad-Tests“ (Vorlagen-Test, umgangssprachlich auch Windeltest) kann die Stärke des Urinverlusts bei einer Harninkontinenz bestimmt werden (vgl. dazu Racz 2002, S. 25).

1.3.2 Dranginkontinenz/Urge-Inkontinenz

Unter einer *Dranginkontinenz* ist ein plötzlicher, häufiger und ungewollter Harndrang zu verstehen, egal, ob der Betroffene sitzt, steht oder liegt. Der Betroffene kann die Toilette nicht rechtzeitig erreichen, da sich die Blase unkontrolliert entleert. Verantwortlich dafür ist entweder eine überaktive oder überempfindliche Blase.

Bei einer *überaktiven Blase* (= OAB – overactive bladder) zieht sich die Blasenmuskulatur ständig zusammen und signalisiert somit eine volle Blase. Dabei kann die Blase auch nur gering gefüllt

sein und dennoch einen starken und willentlich nicht zu unterdrückenden Harndrang aufgrund einer Übererregbarkeit des Blasenmuskels auslösen.

Dem Gehirn wird die falsche Information übermittelt, dass die Blase voll sei und sie dringend geleert werden muss. Die Blasenwand zieht sich reflexartig zusammen, ohne dass dies die Betroffenen verhindern können. Gleichzeitig öffnen sich ebenfalls reflexartig die Schließmuskeln.

Bei der überempfindlichen Blase sind häufig Veränderungen in der Blasenwand, z. B. Entzündungen, die Ursache dafür, dass Falschmeldungen an das Gehirn weiter gegeben werden und es zu Störungen kommt.

Ursache hierfür können psychische Belastungssituationen (Stress, Aufregtheit) sein. Aber auch chronische Blasenentzündungen, Blasensteine, Nervenerkrankungen oder Stoffwechselstörungen können zu einer hyperaktiven Blase führen. Bei älteren Menschen kann auch eine fortgeschrittene Rückbildung des Blasenmuskels der Grund für eine überaktive Blase sein.

1.3.3 Überlaufinkontinenz

Patienten, die unter einer *Überlaufinkontinenz* bzw. Inkontinenz bei chronischer Retention, leiden, hatten meist schon vorher Probleme mit dem Wasserlassen. Bei der Überlaufinkontinenz kann die Blase nicht mehr richtig entleert werden, Restharn verbleibt, der wiederum ständigen Harndrang auslösen kann. In der Folge kann es bei ihnen nun zu einem sogenannten „Harntropfeln“ kommen. Eine willentliche Blasenentleerung ist kaum mehr möglich, denn die Blase läuft sozusagen über, wenn sie stark gefüllt ist, daher das „Tröpfeln“. Verschiedene Ursachen können zu einer Überlaufinkontinenz führen:

Abflusshindernis

Diese Ursache kommt bei Männern häufiger vor. Der Grund ist eine gutartig vergrößerte Prostata, die bei den meisten Männern ab einem Alter von etwa 40 Jahren zu wachsen beginnt. Die Beschwerden können dann mit dem Alter zunehmen. Die vergrößerte