

## Thema des Monats Oktober 2000

### Enuresis (Einnässen)

---

Alexander von Gontard

#### Einleitung

---

Da sich immer noch viele Vorurteile um das Einnässen ranken und viele Kinder überhaupt nicht oder nicht optimal betreut und behandelt werden, wurden vor kurzem Leitlinien entwickelt, in denen die derzeitigen Behandlungsstandards zusammengefasst wurden. Zudem wurde ein Enuresis Informationszentrum e.V. (EINZ) gegründet, um Eltern, wie auch Ärzten und Therapeuten zu informieren und Wissen über die Enuresis zu verbreiten. Als "Thema des Monats" soll durch den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP) auf diese häufige, für Kinder belastende, aber gut behandelbare Problematik aufgeklärt werden. Das Ziel dieser Pressemitteilung ist es, die wichtigsten Aspekte zum Einnässen (Enuresis) kurz zusammenzufassen.

#### Was versteht man unter Einnässen (Enuresis)?

---

Enuresis (Einnässen) wird als ein unwillkürlicher Harnabgang ab einem Alter von 5 Jahren definiert (ICD-10). Organische Grunderkrankungen müssen ausgeschlossen werden. Die Mindestdauer des Einnässens muss 3 Monate betragen, die Häufigkeit 2x pro Monat unter einem Alter von 7 Jahren und 1x pro Monat bei älteren Kindern. Grob wird nach tageszeitlichem Auftreten zwischen einer Einnässen nachts (Enuresis nocturna), tags oder kombiniert tags/nachts unterschieden. Unter einer primären Enuresis versteht man ein Einnässen ohne längere trockene Periode, während die sekundäre Enuresis durch ein Wiedereinnässen nach Rückfall (trockene Periode > 6 Monate) definiert wird.

#### Wie häufig ist Einnässen?

---

Das Einnässen gehört zu den häufigsten Störungen des Kindesalters. Nachts nassen 25% der Vierjährigen, 10% der Siebenjährigen, 1-2% der Jugendlichen und 1% der Erwachsenen ein. Das Geschlechtsverhältnis beträgt 1,5-2: 1 (männlich zu weiblich). Die spontane Rückbildungsrate beträgt 13% pro Jahr. Tags nassen 2-3% der Siebenjährigen und unter 1% der Jugendlichen ein.

#### Wie wird Einnässen von Kindern und Eltern erlebt?

---

Das Einnässen ist für Eltern, aber besonders für Kinder mit einem hohen Leidensdruck verbunden. Wenn man die Kinder direkt in einem Interview befragt, geben 70% an, daß das Einnässen für sie Nachteile einbringt. So leiden sie darunter, daß sie nicht bei Freunden übernachten können, haben Angst vor Schulausflügen; sie schämen sich oder sind verärgert; sie fühlen sich "anders" als andere Kinder und versuchen, das Einnässen zu verheimlichen; sie finden, daß das Bett sich unangenehm anfühlt und leiden unter den direkten Konsequenzen, wie duschen zu müssen oder Bestrafungen. Viele dieser Selbstwertprobleme bilden sich mit einer erfolgreichen Behandlung wieder zurück.

#### Sind alle Kinder mit Einnässen verhaltensauffällig?

---

Zudem ist die Rate von tatsächlichen Verhaltensauffälligkeiten (nicht nur Störungen des Selbstwertgefühls) bei Kinder mit Einnässen insgesamt zwei- bis vierfach erhöht (d.h. 25 bis maximal 50%); dies bedeutet aber auch, dass die meisten einnässenden Kinder nicht verhaltensauffällig sind. Besonders betroffen sind Kinder, die einen Rückfall erlitten haben (sekundäre Enuresis) und Kinder, die tags einnässen. Besonders gering ist die Rate bei Kindern, die nur nachts einnässen und noch nie trocken gewesen sind (primäre Enuresis nocturna). Insgesamt sind sog. externalisierende Störungen (wie Störungen im Sozialverhalten und ein Hyperkinetisches Syndrom) häufiger als sog. emotionale, introversive Störungen (wie Angst und Depression).

#### Welche Formen des Einnässens gibt es?

---

Die Forschungen der letzten Jahre haben eindeutig gezeigt, dass die traditionelle Einteilung nach tageszeitlichem Auftreten und möglichen Rückfällen nicht ausreicht, sondern dass sich verschiedenen Subformen des Einnässens unterscheiden lassen, die jeweils unterschiedlich behandelt werden müssen.

**Bei den Kindern, die nur nachts einnässen, können unterschieden werden:**

- die primäre isolierte (monosymptomatische) Enuresis nocturna, gekennzeichnet durch tiefen Schlaf und schwere Erweckbarkeit, häufigem Einnässen, grosse Urinmengen, bei einigen Kinder Veränderungen der tageszeitlichen Ausschüttung eines Hormones, das für den Wasserhaushalt verantwortliche ist (Antidiuretisches Hormon -ADH). Sie zeigen keinerlei Probleme beim Wasserlassen, d.h. keine Störung der Funktion der Blase. Diese Form des Einnässens ist überwiegend genetisch bedingt, d.h. auf Erbfaktoren zurückzuführen. Inzwischen konnten mehrere Gene für das nächtliche Einnässen gefunden werden. Die Rate von Verhaltensauffälligkeiten ist bei dieser Form nicht erhöht.
- die primäre symptomatische (oder nicht-monosymptomatische) Enuresis nocturna mit Blasenfunktionsstörungen tagsüber (z.B. häufiges Wasserlassen in kurzen Abständen mit Drangefühlen; oder seltenes Wasserlassen; oder Probleme bei der Blasenentleerung)
- die sekundäre Enuresis nocturna definiert als ein Rückfall nach einer trockenen Periode von 6 Monaten mit einer erhöhten Rate von psychischen Begleitsymptomen.

**Bei tags oder tags/nachts einnässenden Kindern finden sich:**

- die idiopathische Dranginkontinenz als die häufigste Form des Einnässens tags. Es findet sich ein ungewolltem Harnabgang mit überstarkem Harndrang, ein häufiges Wasserlassen (>7x/Tag) mit jeweils nur kleinen Mengen. Kinder setzen sog. Haltemanöver ein, um ein Einnässen zu verhindern, z.B. Beine zusammenpressen, hin- und herhüpfen, in die Hocke gehen, auf die Ferse setzen. Die Dranginkontinenz ist überwiegend anlagebedingt und wird durch unwillkürliches Zusammenziehen (Kontraktionen) des Blasenmuskels ausgelöst.
- Bei der Harninkontinenz bei Miktionsaufschub handelt es sich um ein psychisch bedingtes Verweigerungssyndrom, bei dem Harn zurückgehalten wird und das Wasserlassen hinausgezögert wird, so daß es trotz Einsatz von Haltemanövern zum Einnässen tags kommt. Häufig zeigen diese Kinder weitere Verhaltensauffälligkeiten.
- Bei der Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination wird während des Wasserlassens der Schliessmuskel der Blase nicht entspannt, sondern im Gegenteil angespannt, so dass die Blase nur mit hohem Druck entleert werden kann. Die Kinder müssen beim Wasserlosen pressen und der Harnfluss ist unterbrochen. Es handelt sich um eine erworbene Angewohnheit, die aber z.T. schwerwiegende medizinische Komplikationen auch für das Nierensystem mit sich führen kann, so dass eine Abklärung und Behandlung unbedingt notwendig ist.
- Neben diesen häufigen Formen gibt es einige seltene Formen des Einnässens, die ärztlicherseits ausgeschlossen werden müssen.

**Welche Untersuchungen sind notwendig?**

Jedes Kind mit einem Einnässen sollte ärztlich untersucht werden. Dies gilt besonders für die tageeinnässenden Kinder, da bei ihnen medizinische Komplikationen und Harnwegsinfekte sehr viel häufiger sind.

Üblicherweise genügt eine genaue Erhebung der Problematik, eine kinderärztliche körperliche Untersuchung, ein Ultraschall und eine Urinuntersuchung. Bewährt haben sich Fragebögen und sog. Miktionsprotokolle, bei denen über 24 Stunden Trink- und Urinmengen mit jeweiligen Zeiten vermerkt werden. Bei einigen Kindern können weitergehende Untersuchungen wie eine Harnflussmessung oder andere urologische Untersuchungen notwendig sein.

Auch mögliche begleitenden Verhaltensauffälligkeiten sollten abgeklärt werden. Wie sollte behandelt werden? Generell sollten immer alle medizinischen Grunderkrankungen zuerst behandelt werden. Dies gilt auch für Harnwegsinfekte.

Ebenso benötigen begleitende psychische und Verhaltensstörungen bei entsprechendem Schweregrad eine eigene, spezielle Behandlung.

Falls das Kind zusätzlich einkotet (mit und ohne Verstopfung) sollte dies ebenfalls zuerst

behandelt werden.

Alle Einnässprobleme, die tags auftreten, müssen vor den nächtlichen behandelt werden.

Ansonsten gilt der Grundsatz, dass immer das Einnässen an sich behandelt wird, da, wie viele Studien bisher gezeigt haben, es den Kindern sehr viel besser geht, wenn sie trocken sind und viele der Selbstwertprobleme sich damit zurückbilden.

## Wie behandelt man das nächtliche Einnässen?

---

Primäre und sekundäre Formen der Enuresis nocturna werden gleich behandelt. Falls eine "nicht-monosymptomatische" Enuresis nocturna vorliegt, d.h. die Kinder zwar tags nicht einnässen, aber Zeichen eine Blasenfunktionsstörung haben, müssen diese zuerst behandelt werden.

Der erste Schritt in der Behandlung besteht in einer allgemeinen Beratung, positiver Verstärkung, Beruhigung, Motivationsaufbau, Entlastung. Alle bisherigen "Behandlungsversuche" sollten unterlassen werden. Dazu zählen Flüssigkeitseinschränkung, Wecken und Abhalten des Kindes, Bestrafung, usw., die alle nicht sinnvoll und unwirksam sind. Statt dessen sollte das Kind einen "Sonne-und-Wolken-Kalender" führen, bei dem die trockenen Nächte z.B. mit einer Sonne, die nassen mit einer Wolke vermerkt werden. Bei 1/6 der Kinder sind diese einfachen Massnahmen ausreichend.

Falls diese nicht ausreicht, ist eine Behandlung mit einem Klingelgerät (sog. apparative Verhaltenstherapie) unbestritten das Mittel der ersten Wahl. Korrekt durchgeführt, werden damit 70% der Kinder trocken. Es gibt tragbare Geräte (sog. "Klingelhose") und Bettgeräte (sog. "Klingelmatte"). Sie sind etwa gleich effektiv, so dass die Auswahl sollte den Kindern überlassen werden. Dabei wird über einen Fühler bei Feuchtigkeit (Einnässen) ein Klingelsignal ausgelöst, durch das das Kind geweckt wird. Im Prinzip handelt es sich dabei um ein Lernprogramm, bei dem das Kind entweder lernt trocken durchzuschlafen, oder den Füllungsdruck in der Blase wahrzunehmen und wach zu werden.

Das Gerät sollte jedoch nicht nur vom Arzt verschrieben, sondern demonstriert werden. In einer für das Kind adäquaten Sprache sollte die Wirkungsweise erklärt und das Kind in die Verantwortung miteinbezogen werden. Wichtige Instruktionen umfassen: Notwendigkeit, das Gerät jede Nacht einzusetzen; wenn es klingelt, komplett wach zu werden und die Behandlung lange genug fortzusetzen (maximal 16 Wochen).

Als Mittel der zweiten Wahl bietet sich eine medikamentöse Behandlung mit dem Medikament DDAVP oder Desmopressin (Minirin) an. Dies kann angezeigt sein bei familiären und sonstigen Belastungen, die eine aufwendige Behandlung mit einem Klingelgerät nicht erlauben; bei Kindern, die nicht auf ein Klingelgerät ansprechen; sowie bei der Notwendigkeit von kurzfristigem Trockenwerden vor Schulausflügen und dergleichen.

Es handelt sich dabei um einen ähnlichen Stoff wie das antidiuretischen Hormons (ADH). Bei den meisten Patienten (ca. 70%) kann eine Reduktion der nassen Nächte erreicht werden. Nach Absetzen erleiden die meisten einen Rückfall. Es wird am wirkungsvollsten als Nasenspray, ansonsten auch als Tablette abends gegeben. Die geringstmöglichen Dosierung, die sich von Kind zu Kind unterscheidet, sollte angestrebt werden. Spätestens nach 12 Wochen sollte ein Absetzversuch durchgeführt werden. Es ist gut verträglich mit nur extrem seltenen Nebenwirkungen, über die der verschreibende Arzt aufklären sollte.

Andere Medikament, vor allem Antidepressiva, sollten nur als Mittel fernerer Wahl und unter ärztlicher Überwachung verschrieben werden, da Nebenwirkungen am Herz auftreten können.

## Wie sollte ein Einnässen tags behandelt werden?

---

### ■ Behandlung der idiopathischen Dranginkontinenz

Das Ziel ist eine Wahrnehmung und Kontrolle der Drangsymptome ohne Haltemanöver (wie Beine zusammenpressen). Die Kinder sollen dabei den Harndrang wahrnehmen, sofort die Toilette aufsuchen und auf Haltemanöver als Gegenmaßnahmen verzichten. In einem sogenannten "Fähnchenplan" werden Miktionen ohne Einnässen als Fähnchen, Einnässepisoden als Wolken dargestellt. Dies kann mit Belohnern verstärkt werden. Falls diese Maßnahmen nicht ausreichen, ist häufig eine Behandlung mit dem Medikament Oxybutinin (Dridase) notwendig. Dies stellt die Base ruhig durch eine Entspannung des Blasenholmmuskels. Die Nebenwirkungen sind eher gering und bilden sich nach Reduktion

des Medikamentes rasch zurück.

#### ■ **Behandlung der Harninkontinenz bei Miktionsaufschub**

Zunächst müssen Eltern und Kind beraten und entlastet werden. Der Zusammenhang zwischen dem Zurückhalten des Urins und dem Einnässen müssen erklärt und erläutert werden. Das Ziel ist es, dass das Kind häufiger (mindestens 7x/Tag) auf die Toilette geht. Dies wird ebenfalls in einem Kalender protokolliert und kann durch kleine Belohner verstärkt werden. Wegen der Häufigkeit von anderen Verhaltensauffälligkeiten sind häufig sind weitergehende therapeutische Maßnahmen notwendig.

#### ■ **Behandlung der Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination**

Hierbei sind spezielle Behandlungen mit Biofeedback-Methoden am effektivsten. Dabei wird der Harnfluss und die Anspannung im Beckenboden (während des Wasserlassens) über spezielle Apparaturen dem Kind optisch oder über Geräusche widergespiegelt. Das Ziel ist dabei eine bewusste Wahrnehmung von körperlichen Abläufen, die sonst nicht wahrgenommen werden. Schon nach wenigen Trainingstagen zeigt sich bei den meisten Kindern eine deutliche Besserung, wenn die Behandlung korrekt durchgeführt wird.

## **Ausblick**

---

Nach dem jetzigen Wissenstand ist es eindeutig gesichert, dass es für die meisten Kinder mit Einnässen effektive Möglichkeiten gibt, Ihnen zu helfen. Wegen dem hohen Leidensdruck, möglichen Verhaltensprobleme wie auch medizinischen Komplikationen (bei Einnässen tags) ist ein aktives Behandlungsangebot unbedingt angezeigt. Es reicht nicht abzuwarten, bis das Einnässen sich spontan zurückbildet. Bei einer Rate von 13% pro Jahr könnte sich dies für das individuelle Kind über Jahre hinziehen. Kinder unter 5 Jahre benötigen keine Behandlung. Bei hoher Motivation lassen sich 5jährige gut behandeln, ansonsten ab einem Alter von 6 Jahren.

Viele Kinder werden nicht oder nicht nach den aktuellen Standards behandelt. Es ist dabei wichtig, dass nach einer genauen Abklärung die für das Kind und für die Einnässform die effektivste Behandlung gewählt wird.

## **Literatur**

---

- von Gontard, A., Lehmkuhl, G.: Enuresis und funktionelle Harninkontinenz. In: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 2000, pp. 293–307.
- von Gontard, A.: Einnässens im Kindesalter: Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. Thieme Verlag, Stuttgart (Ende 2000).

## **Anschrift des Verfassers**

---

PD Dr. Alexander von Gontard  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universität zu Köln  
Robert-Koch-Str. 10  
50931 Köln  
Tel.: 02 21 – 4 78-6102 oder -5337  
Fax: 02 21 – 4 78-6104  
E-Mail: [alexander.vongontard@medizin.uni-koeln.de](mailto:alexander.vongontard@medizin.uni-koeln.de)

PD Dr. Alexander von Gontard ist Vorstandsmitglied des EINZ.

## **Informationen**

---

EINZ (Enuresis Informationszentrum)  
c/o Sabine Seifert  
Schöne Aussicht 8a  
61348 Bad Homburg  
Tel.: 0 61 72 – 30 61 99  
Fax: 0 61 72 – 30 48 39  
E-Mail: [sabine.seifertPR@t-online.de](mailto:sabine.seifertPR@t-online.de)  
Internet: [www.EINZ.org](http://www.EINZ.org)