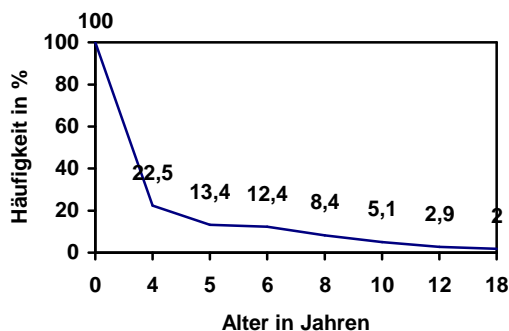




## Enuresis (Einnässen)

Bei der Enuresis handelt es sich um eine Störung mit *unwillkürlichem* Urinabgang in der Nacht oder/und tagsüber, die nicht durch körperlich-neurologische Erkrankungen (z.B. Harnwegsinfekt, Fehlbildung, Anfallsleiden) verursacht wird und *mindestens 3 Monate* lang besteht. Unbedingte Voraussetzung für die Diagnosestellung ist ein *Alter von mindestens 5 Jahren* und eine *altersentsprechende Entwicklung*. War das Kind noch nie über eine *längere Zeit trocken*, sprechen wir von einer *primären Enuresis*, tritt die Symptomatik auf, nachdem es bereits mindestens 6 Monate die Blasenkontrolle sicher beherrscht hat, von einer *sekundären Enuresis*. Das nächtliche Einnässen wird als *Enuresis nocturna* und das Einnässen bei Tag als *Enuresis diurna* bezeichnet.

Die Enuresis ist eine *sehr häufig* vorkommende Störung und tritt meist in Form der primären Enuresis nocturna auf. Mit steigendem Alter nimmt die Rate einnässender Kinder und Jugendlichen deutlich ab (hohe Spontanheilung!). Zur Zeit der Einschulung sind noch ca. 10 % der Kinder betroffen, im Alter von zehn Jahren etwa 5 % und von den 18-jährigen Jugendlichen immerhin noch 2 % (siehe Abbildung).



Häufigkeit der Enuresis

Die *Ursachen* der Enuresis sind vielgestaltig, häufig miteinander verknüpft und im Einzelfall meist nicht eindeutig zu bestimmen. Bekannt ist eine erbliche Komponente, d.h. die Enuresis tritt in *manchen* Familien gehäuft auf. Viele der betroffenen Kinder *schlafen* nachts *sehr tief* und werden durch

den Harndrang nicht wach. Auch *belastende Lebensumstände* scheinen das Auftreten einer Enuresis zu begünstigen. Der Stellenwert solcher ungünstigen Ereignisse wird aber häufig überschätzt. Natürlich können belastende Ereignisse die Symptomatik fast jeder Störung oder Erkrankung verstärken, das erlaubt aber nicht den Rückschluss, dass sie damit auch automatisch die Ursache der Symptome sind. Das gerne und viel verwendete Bild vom „Weinen durch die Blase“ mag für einen Teil der betroffenen Kinder zutreffen, sicher aber nicht für alle oder für den größten Teil von ihnen! Diese Annahme führt aber häufig zu vorschnellen Schuldzuweisungen an die Eltern, die dann nicht selten das Gefühl haben, in der Erziehung „versagt“ zu haben. Auch der unbedingt notwendige sachliche Umgang mit dieser Störung wird so erschwert. In ähnlicher Weise gilt dies auch für die Annahme, die Enuresis sei ausschließlich Folge einer *zu strengen und zu frühen Sauberkeitserziehung*. Sehr widersprüchlich wird die Rolle einer *hormonellen Störung* (verminderte nächtliche Ausschüttung des antidiuretischen Hormons ‚ADH‘) als Ursache der Enuresis diskutiert. Bei einem Teil der Patienten scheint ein *vermindertes funktionelles Blasenvolumen* vorzuliegen.

Für die betroffenen Kinder stellt das Einnässen nicht selten eine *große seelische Belastung* dar, insbesondere wenn es nicht vor anderen Kindern verborgen werden kann (Enuresis diurna, Schullandheimaufenthalt). „Bettnässer“ ist für Kinder eines der schlimmsten und am meisten abwertenden Schimpfworte. Sie schämen sich sehr vor den Klassenkameraden und Eltern und laufen Gefahr, *sekundäre psychische Schäden* davonzutragen, insbesondere wenn die Störung zu dauerhaften Konflikten mit den Eltern führt und diese sich von ihrem Kind enttäuscht zeigen.

Zum unwillkürlichen Abgang von Urin kommt es *auch im Rahmen zahlreicher anderer Erkrankungen und Störungen*. Ein *schwerer Harnwegsinfekt* kann eine einfach therapierbare Ursache darstellen, ebenso können z.B. ein *neurologisches Leiden*, ein *Diabetes* oder eine *Anfallskrankheit* vorliegen. Eine *Störung der Aufmerksamkeit*, z.B. im Rahmen einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

(ADHS), führt gelegentlich zum Einnässen am Tage, da der auftretende Harndrang nicht hinreichend beachtet wird. *Entwicklungsverzögerte* oder *behinderte* Kinder nässen ein, da die erforderlichen körperlichen Voraussetzungen für die Beherrschung der Blasenkontrolle nicht gegeben sind. Sehr häufig wird eine Enuresis auch nur vermutet, weil *falsche Vorstellungen von der normalen Sauberkeitsentwicklung* bestehen oder selten einmal auftretendes Einnässen überbewertet wird.

**S**tellt sich der Verdacht auf eine Enuresis, muss in jedem Fall eine *gründliche körperlich-neurologische* und *entwicklungsdiagnostische Untersuchung* erfolgen. Bei längerem Bestehen müssen sekundäre psychische Störungen beachtet und ggf. behandelt werden.

**D**ie Grundlage jeder *Therapie* ist die *Beratung* von Eltern und Kind. Schuldzuweisungen an Eltern und Kind müssen unterbrochen, falsche Vorstellungen korrigiert werden. Dem Kind wird versichert, dass ihm nun geholfen wird, dass ihm „die Blase bald wieder gehorcht“. Oft führen schon einfache *verhaltenstherapeutische Behandlungen* zu einer Besserung, wie z.B. das Ausfüllen von „Erfolgskalendern“, in die das Kind jede „trockene“ Nacht markiert und einfache Belohnungen (gemeinsame Zeit mit den Eltern) erhält. Auf diese Weise wird die Motivation des Kindes zur Mitarbeit gestärkt. Rückfälle sollten sachlich zur Kenntnis genommen werden, keinesfalls aber direkt oder indirekt bestraft werden. Die Reduktion der Trinkmenge vor dem Schlaf ist zwecklos und kann als Strafe empfunden werden. Viele Kinder profitieren sehr von der *apparativen Verhaltenstherapie* in Form einer „Klingelhose“ (siehe Abbildung) oder Weckmatratze.



„Klingelhose“

Auch eine *medikamentöse Behandlung* kann in Kombination mit der Verhaltenstherapie notwendig sein. Bewährt hat sich das Imipramin (Tofranil®) in niedriger Dosierung, das die Schlaftiefe herabsetzt und vermutlich auch die funktionelle Blasenkapazität steigert. Häufig wird mit Hinweis auf den (bislang keinesfalls bewiesenen) Mangel an antidiuretischem Hormon (ADH) Desmopressin (Minirin®) verabreicht. Dieses Medikament vermindert die Urinproduktion, indem Flüssigkeit im Körper zurückgehalten wird und führt damit auch zu einer Abnahme von Einnässfrequenz und -menge. Kritisch ist jedoch anzumerken, dass es sich nicht – wie häufig behauptet – um einen „physiologischen“ Ausgleich eines Hormonmangels handelt. Kinder, deren Körper krankheitsbedingt überhaupt kein ADH herstellen können, nässen i.d.R. nachts nicht ein, außerdem benötigen diese Kinder zur Behandlung lediglich eine Desmopressin-Dosis, die 2-8 Mal geringer ist als diejenige zur Therapie der Enuresis. Das Zurückhalten des Wassers im Körper kann zu einer Überwässerung führen und birgt die Gefahr einer Hirnschwellung und eines Krampfanfalls in sich, besonders wenn z.B. im Rahmen eines Schullandheimaufenthaltes mehr als üblich getrunken wird. Außerdem wirkt es dem verhaltenstherapeutischen Ziel, dem Kind eine bessere Wahrnehmung der Blasenfunktion zu ermöglichen, entgegen, da gewissermaßen der „Hahn zur Blase abgedreht wird“ und damit die Wahrnehmung der Blasenfüllung erschwert wird.

Die medikamentösen Therapien erfordern in jedem Fall *regelmäßige ärztliche Kontrollen*.