

Kindliche Harninkontinenz und Enuresis



Diese Broschüre entstand in Zusammenarbeit mit
Frau Dr. Charlotta Persson-de Geeter (Ltd. Ärztin der Abteilung
Kinderurologie der Klinik für Urologie im Klinikum Kassel).

Dresden, im April 2000

Ein weit verbreitetes Problem

Einnässen ist ein weit verbreitetes Problem. Derzeit geht man davon aus, dass in Deutschland etwa 10 bis 15 % aller Kinder zwischen fünf und zwölf Jahren betroffen sind. Diese hohe Zahl ist wenig bekannt, erklärt sich aber aus der Tabuisierung des Themas, hervorgerufen durch die Enttäuschung und Pein des Kindes sowie durch die Schuldgefühle der Eltern, bei der Erziehung etwas falsch gemacht zu haben. Zum Teil beruhigend ist die Tatsache, dass von diesen Kindern nur noch 1 % mit 18 Jahren einnässt.

Der Arzt unterscheidet beim ungewollten Urinverlust des Kindes zwischen **kindlicher Harninkontinenz und Enuresis** (Bettnässen). Eine primäre Enuresis liegt vor, wenn das Kind nie über einen längeren Zeitraum nachts trocken war. Sekundäre Formen der Enuresis zeigen sich häufig bei der Geburt eines Geschwisterkindes. Dieses Ereignis kann zum erneuten Einnässen führen und somit steht hierbei die Psyche im Vordergrund. Andererseits kann das erneute Einnässen nach einer völlig normalen Sauberkeitsentwicklung auch ein Hinweis für eine Erkrankung des Harntrakts sein.

Trotz beachtlicher Fortschritte in der Forschung kann die Ursache des Einnässens nicht in jedem einzelnen Fall ermittelt werden. Es kann sowohl an der Blase selbst, an der nervlichen Steuerung als auch an einem ungünstigen Ausscheidungsrythmus liegen. In Anbetracht der vielen ins Gewicht fallenden Faktoren wundert es auch nicht, dass Erscheinung und Ausprägung des Einnässens unterschiedlich sein können.

Die Blasenkontrolle ist ein Reifungsprozess

Kinder entwickeln sich unterschiedlich schnell. Das betrifft nicht nur das Laufen und Sprechen, sondern auch das Trockenwerden. Die Blasenkontrolle ist ein Reifungs- und Lernprozess, der Zeit braucht. Jedes Kind hat dabei sein eigenes Tempo, manche sind bereits mit zwei Jahren komplett trocken, andere erst mit sieben Jahren. Der weit verbreitete Irrtum, Kinder müssten mit drei Jahren tagsüber trocken sein und mit fünf Jahren nachts ohne Windel durchschlafen, entstand durch die Erwartungshaltung unserer Gesellschaft. In der Regel wird die Aufnahme in einen Kindergarten daran geknüpft, dass ein Kind tagsüber keine Windel mehr benötigt; Schulkinder sollten komplett sauber sein.

Diese Forderung erzeugt sowohl bei einzelnen Kindern als auch bei betroffenen Eltern einen nicht zu unterschätzenden Erwartungsdruck sowie Versagensängste.



Die Ursache muss ermittelt werden

Das **Einnässen muss abgeklärt werden**: Bei Kindern über drei Jahren, die sowohl tagsüber als auch nachts einnässen, bei allen Kindern, die nach dem 5. Lebensjahr noch mindestens zweimal im Monat einnässen, und bei allen Kindern, unabhängig vom Alter, die zusätzlich über Schmerzen beim Wasserlassen klagen. Fieber und Abgeschlagenheit oder ein auffälliger Urinbefund sind in Zusammenhang mit Einnässen ein Alarmsignal. Nur der Arzt kann abklären, ob es sich um eine im eigentlichen Sinne ungefährliche Entwicklungsstörung oder um eine ernst zu nehmende Erkrankung handelt, und für das betroffene Kind eine Lösung finden.



Vorstellung beim Arzt

*Mein Kind empfindet das Einnässen nicht als Problem.
Es ist ihm gleich, dass ich jede Nacht sein Bett frisch beziehen muss.
Es wird davon nicht einmal wach.*

Anfänglich sind es mehr die Eltern, die sich mit dem Problem beschäftigen. Mit der Zeit wirkt sich die Problematik jedoch durch eine Mischung aus Schuld, Bestrafung, Hilflosigkeit, Wut und Trotz auf die gesamte Eltern-Kind-Beziehung aus.

Der erste Schritt zur Lösung des Problems ist die Vorstellung bei einem Kinderarzt bzw. Kinderurologen. Das tut nicht weh! Die meiste Zeit wird damit zugebracht, die **Blasenentleerungsgewohnheiten** und deren Auffälligkeiten durch gezielte Fragen zu ermitteln. Jedes Detail ist dabei von Bedeutung!

- Wann nässt das Kind ein und wie oft?
- Nässt das Kind jede Nacht ein, sogar mehrmals in einer Nacht?
- Geht das Kind tagsüber häufig zur Toilette oder eher selten und dann oft zu spät?
- Setzt der Harndrang plötzlich und ununterdrückbar ein?
- Ist der Schlüpfen nachmittags oft nass?
- Ist der Harnstrahl unterbrochen oder gar stotternd?
- Wie groß sind die einzelnen Harnmengen?
- Hatte oder hat jemand in der Familie ein ähnliches Problem?

Ich dachte immer, mein Kind hätte nur nachts ein Problem, weil es so tief schläft. Jetzt fällt mir auf, dass wir beim Autofahren fast jede Raststätte anfahren müssen. Und sein Vater geht ja auch ständig zur Toilette.



Oft werden die Eltern angehalten, während der kommenden Tage ein **Buch darüber zu führen**, wie oft das Kind zur Toilette geht, einzelne Urinportionen zu messen und die Gesamtausscheidung während der Nacht sowie das Trinkverhalten zu erfassen. Die Ultraschalluntersuchung des Harntraktes gehört wie die körperliche Untersuchung selbstverständlich dazu, ebenso eine Urinuntersuchung und Restharnbestimmung.

Mit diesen ersten Untersuchungen können fast alle sogenannten organischen Ursachen der Inkontinenz erkannt werden, wie angeborene Fehlbildungen der Harnwege, Stoffwechselstörungen, neurologische Fehlbildungen oder Harnwegsinfektionen. Organische Ursachen sind erfreulicherweise aber nicht sehr häufig oder würden sich durch andere Symptome bereits früher bemerkbar gemacht haben. Bei Verdacht werden jedoch weitere Untersuchungen erforderlich.

Einnässen ist meist eine Entwicklungsstörung

Die **häufigste Ursache** für das Einnässen ist eine Entwicklungsstörung der Blasenkontrolle, was man als eine Speicherstörung der Blase bezeichnet. Auch wenn das nächtliche Einnässen („Bettnässen“) von den Eltern als einziges und eigentliches Problem geschildert wird, so sind manche insbesondere am Tage nachweisbare Verhaltensweisen typisch: Das Kind geht auffallend häufig zur Toilette oder auch normal oft, wobei der Harndrang jedoch sehr plötzlich einsetzt. Manche Kinder können durch ein sofortiges Aufsuchen der Toilette einen Urinverlust gerade noch verhindern, andere sind augenblicklich nass. Es gibt meist keine Vorboten; die Blase entleert sich reflexartig.

Stimmt, nachmittags sage ich meinem Kind oft, es sollte zur Toilette gehen. Es antwortet aber immer, es müsse nicht. Fünf Minuten später ist die Hose nass und der Ärger groß!

Diese Kinder scheiden oft nur kleine Harnmengen aus. Sie lassen sich auf der Toilette keine Zeit aus Angst, sie könnten zwischenzeitlich etwas verpassen. Die Blase wird meist nur unvollständig entleert, gerade so viel, bis der Drang weg ist. In der Mehrzahl sind Jungen betroffen, nicht selten hatte ein Elternteil das gleiche Problem (Vererbung); häufig wird eine allgemeine Überaktivität beobachtet. Aber auch ruhige Kinder können davon betroffen sein. Wichtig ist die Erkenntnis, dass das Kind eigentlich nichts dafür kann; **Schimpfen alleine nützt nicht viel**, es kann sogar schaden.

Meine kleine Tochter war so stolz, als sie mit zwei Jahren trocken war und ich sie mein großes Mädchen nannte. Als das Baby kam, hatte ich weniger Zeit für sie. Ich bin überzeugt, dass ihr Einnässen damit in Zusammenhang stand.



Eine zweite, jedoch seltenere Form des Einnässens kommt häufiger bei Mädchen vor. Meist sind es Kinder, die früh trocken waren, bei denen dann ein **sekundäres Einnässen** auftritt. Tagsüber gehen sie auffallend selten und ungern zur Toilette, die Blase steht meist bis zum Nabel und die Harnmengen sind groß. Die Meldung über den Füllungsstatus der Blase wird zu lange unterdrückt. Bei der Entleerung verkrampft sich der Schließmuskel, was zu einer stockenden und unvollständigen Entleerung der Blase führt. Harnwegsinfekte können die Folge sein, ebenso wie Reizerscheinungen der Blase, die nachts zu einem Einnässen führen. Jetzt wird auch ersichtlich, dass sich eine sehr frühe, erzwungene Sauberkeit nachteilig auswirken kann.

Nur bei ganz wenigen einnässenden Kindern sind trotz eingehender Befragung keinerlei Tagessymptome zu finden. Die Blase ist normal groß, die Entleerungshäufigkeit normal. Nach neuen Erkenntnissen wird ein im Gehirn gebildetes Hormon in zu geringem Maße freigesetzt. Das hat zur Folge, dass die Harnproduktion in den Nachtstunden nicht vermindert wird und somit das normale Fassungs-

vermögen der Blase überschreitet. Warum diese Kinder nachts nicht wach werden und die Toilette aufsuchen, ist bislang ungeklärt.

Wenn die Zeichen so typisch sind, muss man dann überhaupt einen Spezialisten aufsuchen?

Diese bereits angesprochenen **Verhaltensweisen** werden meist nicht direkt angegeben. Der betreuende Arzt muss sie gezielt erfragen, und er benötigt Spezialkenntnisse, um einen Zusammenhang herzustellen. Manchmal werden widersprüchliche Angaben gemacht oder die Befunde sind völlig unauffällig. In solchen Fällen und bei Kindern, die erfolglos mit Medikamenten behandelt worden sind, sowie in den Fällen, in denen eine neurologische Erkrankung nicht ausgeschlossen werden kann, wird eine Spezialuntersuchung, eine so genannte **Blasendruckmessung** erforderlich. Hierbei können die einzelnen Blasenfunktionsstörungen genau festgestellt und eine gezielte Behandlung eingeleitet werden.

Wie sieht die Behandlung aus, wenn klar ist, dass unser Kind unter der häufig vorkommenden Speicherstörung bzw. kindlichen Harninkontinenz mit nächtlichem Einnässen leidet?

Ein erster und wichtiger Schritt in der Behandlung besteht darin, das **Interesse des Kindes zu wecken**. Das Kind muss verstehen, worin das Problem liegt, und Spaß daran empfinden, seine Blase zu beeinflussen. In seiner Sprache muss erklärt werden, dass es noch nicht Chef über seine Blase ist, sondern dass es nur auf seine Blase reagiert und dann oft zu spät. Sehr hilfreich ist hierbei ein so genanntes Miktionsprotokoll.

Das Interesse des Kindes wecken



Zusammen mit dem Kind und in Abhängigkeit von der Ausprägung des Einnässens werden bestimmte Zeiten festgelegt, zu denen das Kind die Blase auf seinen Befehl entleeren soll. Das Kind soll nicht erst losrennen, wenn die Blase „Alarm schlägt“ und dann kaum noch Zeit für den Gang zur Toilette bleibt, sondern bewusst die Entleerung herbeiführen, und dies vollständig.

Diese Zeiten müssen von dem Kind verinnerlicht und eingehalten werden. Langfristig nützt es nicht viel, wenn ein Elternteil hierfür die Verantwortung übernimmt. Man kann ja auch nicht die Mutter zum Fußballtraining schicken, wenn man selber ein guter Fußballspieler werden will! Dieses **Toilettentraining** ermöglicht den notwendigen Informationsaustausch zwischen Harnblase und Gehirn und fördert die normale Ausreifung der dazwischenliegenden Nervenbahnen. Der Erfolg sollte von dem Kind in Form eines Bildes festgehalten werden, wobei die trockenen Tage/Nächte bunt gekennzeichnet werden und die noch nassen Tage/Nächte weiß bleiben.

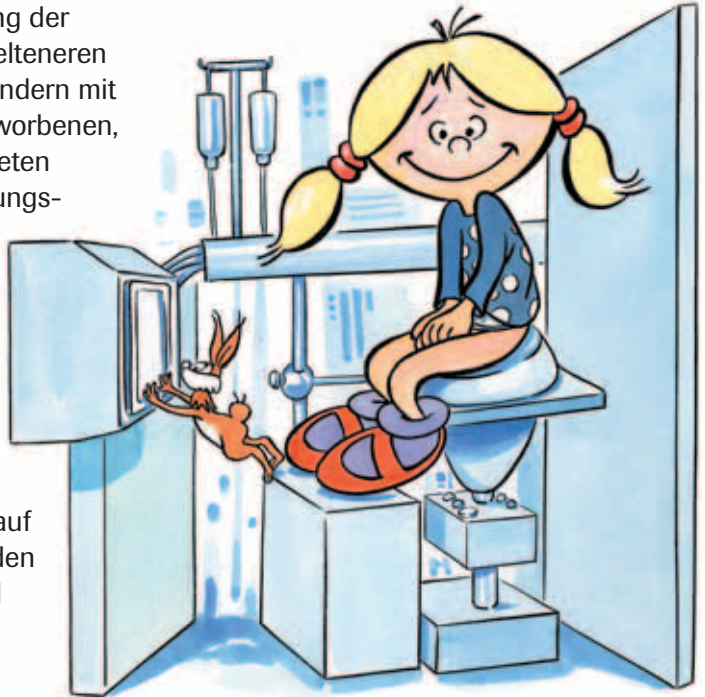
Medikamente sind sinnvoll

Bei vielen Kindern reicht dieses Training noch nicht aus, entweder weil die Blase noch sehr klein ist oder weil es sehr häufig zu unwillkürlichen Blasenentleerungen kommt. Tagsüber klappt es zwar recht gut mit den nach Zeitplan durchgeführten Toilettengängen, doch die Nacht ist oft zu lang, um sie trocken zu überstehen. In solchen Fällen und bei Kindern, die eine sehr schnelle Erfolgsmeldung brauchen, um weiter motiviert mitzumachen, sowie bei älteren Kindern ist eine **zusätzliche, gezielte medikamentöse Behandlung** sinnvoll.

Zum einen wird dadurch eine bessere Dehnbarkeit des Blasenmuskels erreicht, weil die Medikation das Fassungsvermögen der Blase vergrößert; zum anderen treten die unwillkürlichen Entleerungsversuche der Blase, die zum Einnässen führen, erst viel später auf. Die Dosierung richtet sich nach Alter und Größe des Kindes sowie nach Ausprägung und Zeitpunkt des Einnässens.

Die **Behandlungsdauer** variiert stark. Manche Kinder werden sehr schnell trocken, andere brauchen eine vom Arzt begleitete längere Therapie. Die medikamentöse Behandlung wird sehr gut vertragen. Gerade bei Kindern mit einer angeborenen neurologischen Erkrankung kann die Blasenstörung über Jahre mit dem gleichen Medikament ohne jede Nebenwirkung therapiert werden. Wichtig ist, die Behandlung nicht abrupt zu beenden, nachdem sich der Erfolg eingestellt hat. Auch bei sehr sensiblen Kindern, die extrem häufig die Toilette aufsuchen, ja geradezu darauf fixiert sind, kann eine kurzzeitige Medikamentengabe die Therapie unterstützen.

Die Behandlung der zweiten und selteneren Gruppe von Kindern mit einer meist erworbenen, d. h. angeeigneten Blasenentleerungsstörung aufgrund einer Verkrampfung bei der Entleerung wird anders gewichtet. Hier kommt es darauf an zu lernen, den Schließmuskel während der Entleerung zu entspannen.



Zur genauen Diagnosestellung ist meist eine **Blasendruckmessung** erforderlich, gleichzeitig können andere Erkrankungen ausgeschlossen werden (z. B. eine Harnröhrenverengung oder ein Reflux, d. h. ein Rückfluss von Urin zur Niere während der Entleerung). Bei dieser Untersuchung kann auch ermittelt werden, inwieweit zusätzliche unwillkürliche Blasenkontraktionen für das Einnässen verantwortlich sind. Mit Hilfe der für das Kind sichtbar gemachten **Harnflussmessung** sowie einer Darstellung der Schließmuskelaktivität lernt das Kind Harnblase und Schließmuskel zu koordinieren. Eine Kontrolle auf vollständige Entleerung erfolgt mittels **Ultraschall**. Bei zusätzlich bestehenden unwillkürlichen Blasenkontraktionen mit Einnässen wird eine unterstützende medikamentöse Behandlung sinnvoll sein.

Motivation ist wichtig

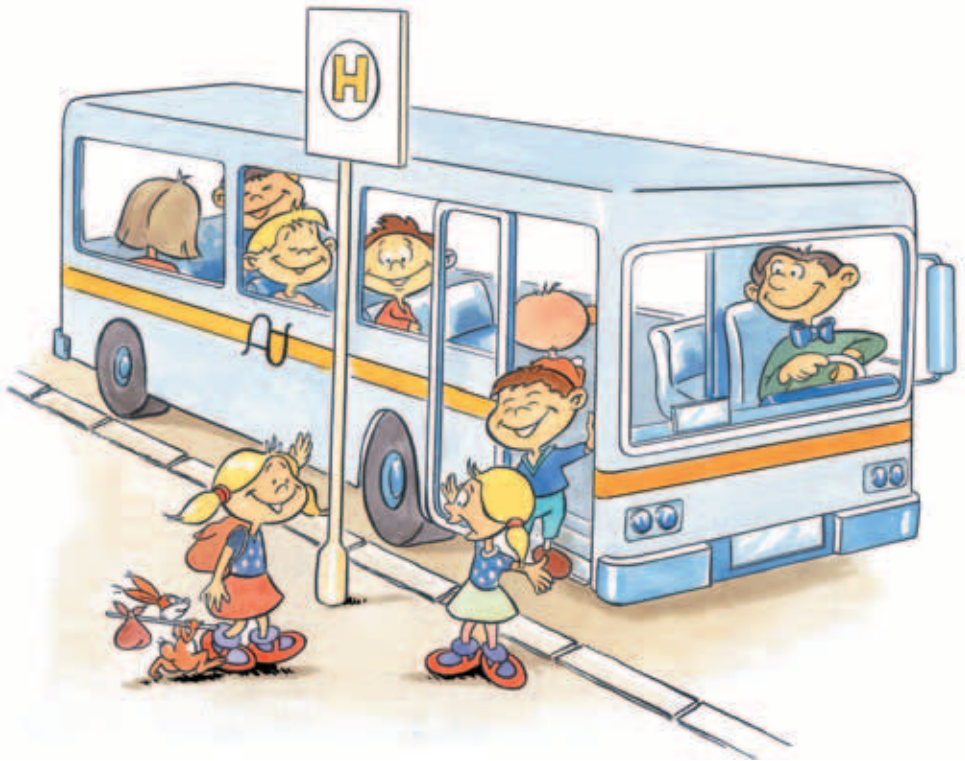
Bei Bettnässern ohne Auffälligkeiten am Tage kann die nächtliche Harnbildung auch durch ein Medikament vermindert werden. In vielen Fällen ist jedoch Vorsicht geboten, da letztendlich einer besseren Urinaufnahmefähigkeit der Blase, welche schließlich Ziel der Behandlung ist, entgegengewirkt wird. Als Folge davon kann sich das Einnässen sogar verschlechtern.

Wir waren beim Arzt und die Behandlung hat anfangs sehr gut geholfen. Mein Kind hat die Ratschläge des Arztes freudig befolgt und war stolz auf seine bunten Bilder. Seit einiger Zeit nässt es wieder ein. Sollten wir jetzt etwas Neues probieren?

Extrem wichtig für den Behandlungserfolg ist die Motivation des Kindes. Am Anfang ist noch alles neu und interessant, und der Erfolg lässt nicht lange auf sich warten. Schon bald ist das Kind wieder mit ganz anderen Dingen beschäftigt. Da das Kind trocken ist, nimmt es die verordneten Medikamente nicht mehr ein, und schließlich tritt das Problem des Einnässens erneut auf.

Deshalb ist es unerlässlich, das Kind kontinuierlich zu motivieren und anzuleiten. Dies kann der behandelnde Arzt am besten erreichen. Die einzelnen Schritte zur vollständigen Blasenkontrolle können klein sein, sollten aber erkannt und belohnt werden. Nur der Arzt kann beurteilen, zu welchem Zeitpunkt und wie schnell eine erforderliche Medikamentengabe beendet werden kann.

Wir sind froh, dass wir das Problem Einnässen angesprochen haben und dass die notwendigen Untersuchungen durchgeführt wurden. Bei unserem Kind waren keine zusätzlichen Untersuchungen notwendig, und die Behandlung war erfolgreich. Zuhause ist die Atmosphäre jetzt deutlich entspannter, und unser Kind macht einen richtig glücklichen Eindruck.



Gute Besserung und viel Erfolg wünscht Ihre
APOGEPHA Arzneimittel GmbH.

Weitere Informationen:

- Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e. V.
Friedrich-Ebert-Straße 124
34119 Kassel
- Enuresis Informations Zentrum (EINZ)
Schöne Aussicht 8a
61348 Bad Homburg

Ihr behandelnder Arzt

