



Definition

Medizinisch versteht man unter Bettnässen (Enuresis nocturna) ein unwillkürliches Einnässen im Schlaf ab dem Alter von 5 Jahren, sofern organische Ursachen auszuschließen sind. Unter Einkoten (Enkopresis) versteht man ein willkürliches und unwillkürliches Einkoten ab dem Alter von 4 Jahren, sofern organische Ursachen auszuschließen sind.

Häufigkeit, Symptome, Ursachen Bettnässen

Bettnässen gehört zu den häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters. Ca. 10 % der 7-jährigen und ca. 1-2 % der Jugendlichen sind davon betroffen. Typisch sind das Einnässen großer Urinmengen und der tiefe Schlaf. Die Kinder sind schwer aufzuwecken – bei voller Blase wachen sie weder auf, noch unterdrücken sie ihre Entleerung. Tagsüber haben sie meist keine Blasenbeschwerden. Die Kinder leiden sehr unter der Problematik. Sie versuchen, das Problem zu verheimlichen, und vermeiden, bei Freunden zu übernachten. Ihr Selbstwertgefühl ist häufig eingeschränkt. 20-40 % der Kinder leiden unter zusätzlichen psychischen Störungen – vor allem die Kinder mit einem Rückfall (sekundäre Enuresis nocturna) oder mit einem zusätzlichen Einnässen tagsüber.

Ursache des Bettnässens ist eine inzwischen identifizierte erblich bedingte Reifungsstörung des zentralen Nervensystems, die le-

Bettnässen <F 98.0>

Einkoten <F 98.1>

Enuresis nocturna / Enkopresis

benslang bestehen bleibt und durch belastende Lebensereignisse wieder aktiviert werden kann.

Häufigkeit, Symptome, Ursachen Einkoten

Einkoten betrifft etwa 1-3 % aller Kinder und tritt vor allem tagsüber auf. Es können zwei Hauptformen unterschieden werden: Beim Einkoten mit Verstopfung gehen die Kinder selten auf die Toilette. Im Darm sammeln sich Kotmassen an, so dass die Kinder über Appetitverlust, Bauchschmerzen und Schmerzen beim Toilettengang klagen können.

Beim Einkoten ohne Verstopfung findet man diese Symptome nicht. Bei beiden Formen haben 30-50 % aller Kinder zusätzliche, zum Teil schwer ausgeprägte psychische Begleitstörungen.

Beim Einkoten mit Verstopfung liegt eine geringe erbliche Neigung vor. Diese Form entwickelt sich häufig aus einer akuten Verstopfung, nach der die Kinder anfangen, als erlerntes Verhalten immer mehr Kot zurückzuhalten, bis sie chronisch verstopft sind

und einkoten. Beim Einkoten ohne Verstopfung sind die Ursachen weniger geklärt. Bei beiden Formen spielen eigene und familiäre psychische Faktoren eine entscheidende Rolle.

Diagnostik

Zur Grunddiagnostik gehören: ein ausführliches Gespräch mit Eltern und Kind, eine körperliche Untersuchung, ein Ultraschall, beim Bettnässen auch eine Urinuntersuchung und gegebenenfalls eine Harnflussuntersuchung (Uroflowmetrie). Alle sind nicht schmerzhaft und nicht eingreifend. Zusätzlich werden Eltern gebeten, das Trink- und Toilettenverhalten zu protokollieren und Fragebögen auszufüllen. Da besonders beim Einkoten die Rate von begleitenden psychischen Störungen sehr hoch ist, ist eine kinderpsychiatrische Diagnostik unbedingt notwendig.

Therapie

Zu den Grundlagen der Therapie gehört Beratung, Informationsvermittlung und Motivationssteigerung. Nicht wirksame Behandlungen sollten beendet werden. Bettnässende Kinder werden aufgefordert, über 4 Wochen trockene und nasse Nächte in einem Kalender aufzuzeichnen. Allein durch diese Beobachtungsmaßnahmen werden 15 % trocken. Das Mittel der ersten Wahl nach dem Kalender ist eine Behandlung mit einem Klistiergerät (apparative Verhaltenstherapie). Korrekt durchgeführt, werden 70 % der Kinder trocken. Das Mittel der zweiten Wahl ist

ein Medikament (Desmopressin), das allerdings eine hohe Rückfallquote nach dem Absetzen aufweist. Trockenwerden führt zu einer deutlichen Steigerung des Selbstwertgefühls. Besondere Beachtung benötigen Kinder, die tagsüber einnässen oder Blasenfunktionsstörungen zeigen; ebenso Kinder nach einem Rückfall und Kinder mit zusätzlichen psychischen Störungen.

Mit einkotenden Kindern wird ein Toilettentraining durchgeführt. Dabei sollen sie 10 Minuten nach den Mahlzeiten auf der Toilette sitzen. Sie dürfen dabei Lesen oder Spielen. Durch dieses Training werden die Entleerungsreflexe des Darmes nach den Mahlzeiten genutzt und trainiert. Das Vorgehen wird von den Eltern in einem Protokoll dokumentiert. Bei Kindern mit einem Einkoten mit Verstopfung müssen die angesammelten Kotmassen zunächst entfernt werden, meist mit kleinen Einläufen (Klistieren). Danach erhalten sie zusätzlich zu dem Toilettentraining ein orales Abführmittel. Ein neues Mittel (PEG) hat sich dabei besonders bewährt. Eine besondere Form der Enkopresis ist das Toilettenverweigerungs-Syndrom, das vor allem bei Kleinkindern auftritt. Diese Kinder benutzen die Toilette zum Wasserlassen, bestehen aber hartnäckig auf einer Windel für die Stuhlentleerung. Bei einigen Kindern kann sich daraus ein Einkoten mit Verstopfung entwickeln. Kinder und Familien müssen bei dem Training langfristig ambulant betreut werden. Alle begleitenden psychischen Störungen - sowohl beim Bettnässen als auch beim Einkoten - erfordern eine zusätzliche Behandlung.

