

Enuresis

Alexander von Gontard

3., vollständig überarbeitete Auflage

Leitfaden
Kinder- und Jugend-
psychotherapie

 **hogrefe**

Enuresis

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Band 4

Enuresis

Prof. Dr. Alexander von Gontard

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann,
Prof. Dr. Franz Petermann

Begründer der Reihe:

Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl, Franz Petermann

Alexander von Gontard

Enuresis

3., vollständig überarbeitete Auflage



Prof. Dr. med. Alexander von Gontard, geb. 1954. Facharzt für Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Seit 2003 Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes und dort Leiter einer Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen. Forschungsschwerpunkt: Ausscheidungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Die erste und zweite Auflage des Buches sind unter der Autorenschaft von Alexander von Gontard und Gerd Lehmkuhl erschienen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Beate Hautsch, Göttingen

Format: PDF

3., vollständig überarbeitete Auflage 2018

© 2002, 2009 und 2018 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2934-2; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2934-3)

ISBN 978-3-8017-2934-9

<http://doi.org/10.1026/02934-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Enuresis gehört zu den häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters und ist mit einem hohen subjektiven Leidensdruck für die Betroffenen verbunden. Neuere Forschungsergebnisse haben zeigen können, dass die bisherige Einteilung nach Tageszeit – nachts, tags oder nachts und tags – und nach dem Vorliegen einer trockenen Periode – primär: bisher noch nie länger trocken gewesen; sekundär: Rückfall nach einem trockenen Intervall, üblicherweise von mindestens 6 Monaten – nicht ausreicht. Es lassen sich viele verschiedene Subtypen des Einnässens unterscheiden, die sich hinsichtlich der Ätiologie, der Pathogenese, der psychischen Komorbidität und vor allem der Behandlung deutlich unterscheiden. Diese Vielfalt an „Syndromen“ des Einnässens spiegelt sich in dem Klassifikationssystem der International Children’s Continence Society (ICCS) wider, welches vor kurzem ergänzt und revidiert wurde (Austin et al., 2016). Obwohl für die verschiedenen Subformen des Einnässens empirisch begründete, effektive Behandlungsmethoden vorliegen, werden diese aufgrund therapeutischer Vorlieben und Vorurteile oft nicht eingesetzt. Man muss deshalb auch heutzutage feststellen, dass viele Kinder mit einer Einnässproblematik überhaupt nicht oder mit nicht effektiven Maßnahmen behandelt werden.

Der hier vorliegende vierte Band der Reihe „Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie“ erscheint in einer dritten Auflage und versucht, diese Lücke zu schließen. Er ist praxis- und therapeutisch orientiert konzipiert und basiert auf dem aktuellen Stand der empirisch gesicherten Kenntnisse und den klinischen Erfahrungen. Insofern soll er ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten helfen, die von den deutschen und internationalen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen geforderten Standards in Diagnostik und Therapie umzusetzen. Während in der vorherigen 2. Auflage eine kleinere Überarbeitung vorgenommen wurde, wurde in der jetzigen 3. Auflage eine umfassende Überarbeitung notwendig aus mehreren Gründen:

- Zum einen hat gerade in den letzten acht Jahren eine zunehmende Forschungsaktivität über Ausscheidungsstörungen stattgefunden, die sich in vielen, vor allem englischsprachigen Veröffentlichungen niedergeschlagen hat. Diese wichtigen Entwicklungen der letzten Jahre werden in diesem Band integriert.
- Zum anderen wurde 2015 eine neue Leitlinie zur „Enuresis und nicht organischen (funktionellen) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen“ verabschiedet und bei der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) veröffentlicht (Kuwertz-Bröking & von Gontard, 2015). Besonders zu betonen ist, dass diese Leitlinien im interdisziplinären Konsens und auf einer höheren Stufe der Evidenz (S2k) als die bisherigen Leitlinien (S1) entwickelt wurden. Die Empfehlungen in diesem Leitfaden beruhen auf dieser aktuellen Leitlinie.
- Diese Leitlinie betont die Bedeutung und Wirksamkeit von nicht pharmakologischen Interventionen bei Kindern mit Ausscheidungsstörungen, die international unter dem Sammelbegriff „Urotherapie“ zusammengefasst werden. Neben der Standardurotherapie wird eine spezielle Urotherapie differenziert, die beide viele Elemente der Beratung, Psychoedukation, Informationsvermittlung und Verhaltenstherapie integriert haben. In anderen europäischen Ländern ist die Professionalisierung der Urotherapie weiter fortgeschritten als in Deutschland.
- Ferner wurden von der International Children’s Continence Society (ICCS), der international führenden Gesellschaft zu Ausscheidungsstörungen bei Kindern, nicht nur die Standardisierung und Definitionen der Störungen neu bearbeitet (Austin et al., 2016), sondern darüber hinaus eine Vielzahl an speziellen Dokumenten mit praxisrelevanten Empfehlungen veröffentlicht, die im jeweiligen Kontext in diesem Leitfaden erläutert werden.

- Eine weitere wichtige Neuerung war die Entwicklung von Schulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit therapieresistenten Formen der Enuresis und der Harninkontinenz (Equit et al., 2013a, 2015). Diese Ergänzung des therapeutischen Repertoires ist wichtig, da somit Patienten, die nicht auf die Standardtherapie ansprechen (die immer zuerst erfolgen soll), eine wirksame ambulante Therapieoption geboten wird. Erste Untersuchungen haben gezeigt, dass sich bei vielen bisher therapieresistenten Kindern nicht nur Trockenheit, sondern auch eine Reduktion von Verhaltenssymptomen erreichen lässt. Dadurch können fast alle Kinder ambulant behandelt werden – und die Indikation zu einer teilstationären oder sogar stationären Behandlung muss immer seltener gestellt werden.
- Zuletzt hat sich die Praxis der Diagnostik und Therapie von Ausscheidungsstörungen im Laufe der Jahre optimiert. Manche neuen Materialien haben sich im Alltag bewährt, während andere nicht wesentlich zur Behandlung beitragen. Ein Ziel dieses überarbeiteten Leitfadens war es deshalb auch, entbehrliche Materialien aus früheren Ausgaben zu streichen und sich auf die wichtigsten, praxisrelevanten zu konzentrieren.

Als Störung mit einer körperlichen Primärsymptomatik (dem Einnässen) und einer deutlich erhöhten somatischen Komorbidität ist es unerlässlich, dass alle einnässenden Kinder kinderärztlich untersucht und die begleitenden Symptome (wie Harnwegsinfekte) mitbehandelt werden. Die vollständige medizinische und psychiatrische Literatur zum Thema Einnässen wurde erstmals in der Monographie „Management of disorders of bladder and bowel control in childhood“ (von Gontard & Nevés, 2006) umfassend dargestellt. Das neueste internationale Standardlehrbuch zu dem Thema ist „Pediatric Incontinence – evaluation and clinical management“ (Franco et al., 2015). Es darf für weiterführende Hinweise und Literatur auf diese Monographien verwiesen werden.

Ein Ziel dieses Bandes ist es, eine praxisorientierte Therapieanweisung für ärztliche und nicht ärztliche Therapeuten zusammenzustellen. Der Schwerpunkt liegt dabei eindeutig auf den Materialien zur Diagnostik und Therapie, die in der Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes, seit 2003 entwickelt wurden.

Wie bei den bisherigen Bänden in dieser Reihe beruhen die Empfehlungen auf den Leitlinien zur „Enuresis und nicht organischen (funktionellen) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen“ der AWMF (Kuwertz-Bröking & von Gontard, 2015), an der auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zusammen mit den kinder- und jugendpsychiatrischen, kinder- und jugendmedizinischen und urologischen Berufsverbänden beteiligt waren.

Der Leitfaden unterteilt sich in insgesamt fünf Kapitel:

- 1** Im ersten Teil des Buches wird der Stand der Forschung hinsichtlich der Symptomatik, der Komorbidität, der Pathogenese, des Verlaufs und der Therapie in den für die Formulierung der Leitlinien relevanten Aspekten zusammenfassend dargestellt. Es wird auf selektierte, wichtige Literaturstellen hingewiesen.
- 2** Im zweiten Teil werden die Leitlinien zu folgenden Bereichen formuliert und ihre Umsetzung in die klinische Praxis dargestellt: Diagnostik und Verlaufskontrolle; Behandlungsindikation; Therapie.
- 3** Im dritten Kapitel werden Verfahren kurz beschrieben, die für die Diagnostik, die Verlaufskontrolle und Behandlung eingesetzt werden können.

- 4** Das vierte Kapitel enthält ausführliche Materialien zur Diagnostik und Therapie und stellt damit einen Schwerpunkt dieses Bandes dar. Diese Materialien können in der vorliegenden Form kopiert und direkt eingesetzt oder entsprechend modifiziert werden.
- 5** Im fünften Kapitel wird für jede Subform der Enuresis ein Fallbeispiel angeführt, das die Umsetzung der Leitlinien in die klinische Praxis illustriert. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt dabei auf einem symptomorientierten, verhaltenstherapeutischen Vorgehen. Ein abschließender, längerer Fall soll dagegen verdeutlichen, dass bei einer entsprechenden Komorbidität ein symptomorientiertes Vorgehen nicht immer ausreicht, sondern durch andere therapeutische Interventionen ergänzt werden muss.

Beim Einnässen handelt es sich nicht um eine einheitliche Störung, sondern um klinisch und ätiologisch unterschiedliche Syndrome, die jeweils getrennt behandelt werden müssen. Deshalb wird zur übersichtlichen Orientierung in den meisten Abschnitten folgendes Schema beibehalten:

- Enuresis nocturna (nächtliches Einnässen):
- Gegebenenfalls mit den Subformen:
 - Primäre Enuresis nocturna (PEN)
 - Primäre monosymptomatische Enuresis nocturna (PMEN)
 - Primäre nicht monosymptomatische Enuresis nocturna (PNMEN)
 - Sekundäre Enuresis nocturna (SEN)
 - Sekundäre monosymptomatische Enuresis nocturna (SMEN)
 - Sekundäre nicht monosymptomatische Enuresis nocturna (SNMEN)
- Nicht organische (funktionelle) Harninkontinenz (Einnässen tags)
 - Gegebenenfalls mit den Subformen:
 - Dranginkontinenz (DI)
 - Harninkontinenz bei Miktionsaufschub (MA)
 - Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination (DSD)
 - seltene Formen

Außerdem wird dieser Band durch den kompakten „Ratgeber Einnässen“ (von Gontard & Lehmkuhl, 2012) ergänzt, der Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher enthält. Der Ratgeber informiert kurz über die Symptomatik, Ursachen, den Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten bei Kindern, die nachts wie auch tags einnässen. Dieser Ratgeber liegt nun auch in englischer Sprache vor (von Gontard, 2016a).

Danken möchte ich in diesem Zusammenhang allen ärztlichen und nicht ärztlichen Kollegen, die im Laufe der Jahre im Rahmen der Spezialambulanz für Ausscheidungsstörungen in Homburg zu der Entwicklung der hier dargestellten Empfehlungen beigetragen haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Stand der Forschung	1
1.1	Klassifikation, Untergruppen und Symptomatik	1
1.1.1	Klassifikationen nach ICD-10 und DSM-5	2
1.1.2	Neue ICCS-Klassifikation	4
1.1.2.1	Enuresis nocturna	7
1.1.2.2	Nicht organische (funktionelle) Harninkontinenz am Tag	8
1.1.3	Prävalenz	13
1.1.3.1	Enuresis nocturna	14
1.1.3.2	Funktionelle Harninkontinenz	14
1.1.4	Differenzialdiagnose	16
1.1.4.1	Psychopathologische Differenzialdiagnose	16
1.1.4.2	Somatische Differenzialdiagnose	16
1.2	Komorbide Störungen	19
1.2.1	Komorbide psychische Störungen	19
1.2.2	Komorbide somatische Störungen	23
1.2.3	Komorbides Einkoten (Enkopresis) und Obstipation	25
1.3	Pathogenese	27
1.3.1	Genetik	27
1.3.2	Neurobiologische Befunde	30
1.3.3	Neuroendokrinologische Befunde	31
1.3.4	Urodynamische Befunde	32
1.3.4.1	Urodynamische Befunde bei der Enuresis nocturna	34
1.3.4.2	Urodynamische Befunde bei der funktionellen Harninkontinenz ..	34
1.3.5	Psychoziale Faktoren	35
1.4	Verlauf	38
1.5	Therapie	40
1.5.1	Verhaltenstherapeutische Interventionen	43
1.5.1.1	Therapie der Enkopresis	43
1.5.1.2	Therapie der Enuresis nocturna	45
1.5.1.3	Therapie der nicht organischen (funktionellen) Harninkontinenz am Tag	49
1.5.2	Pharmakotherapie	53
1.5.2.1	Pharmakotherapie der Enuresis nocturna	53
1.5.2.2	Pharmakotherapie der funktionellen Harninkontinenz	55
1.5.3	Multimodale Therapie	56
1.5.4	Schulungsprogramme	57
1.5.5	Andere Therapien	58
2	Leitlinien	61
2.1	Leitlinien zur Diagnostik und Verlaufskontrolle	61
2.1.1	Exploration der Eltern	64

2.1.2	Exploration des Kindes	73
2.1.3	Fragebogen und Protokolle	76
2.1.4	Testpsychologische Untersuchung	82
2.1.5	Körperliche Untersuchung	83
2.1.6	Spezielle Diagnostik	84
2.1.7	Verlaufskontrolle	87
2.2	Leitlinien zur Behandlungsindikation	87
2.2.1	Standardurotherapie	88
2.2.2	Apparative Verhaltenstherapie (AVT)	90
2.2.3	Kombinationsbehandlungen	92
2.2.4	Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	94
2.2.5	Medikamentöse Behandlungsansätze	95
2.2.6	Kombinierte Behandlungsansätze	97
2.2.7	Schulungsprogramme	99
2.2.8	Teilstationäre oder stationäre Therapie	99
2.2.9	Entbehrliche Therapiemaßnahmen	101
2.3	Leitlinien zur Therapie	102
2.3.1	Beratung der Eltern und des Kindes/ des Jugendlichen (Standardurotherapie)	103
2.3.2	Operante verhaltenstherapeutische Ansätze	105
2.3.3	Apparative Verhaltenstherapie (AVT)	106
2.3.4	Kombinationsbehandlungen	109
2.3.5	Biofeedback-Verfahren	111
2.3.6	Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	113
2.3.7	Medikamentöse Behandlungsansätze	114
2.3.8	Schulungsverfahren	118
2.3.9	Therapie bei den verschiedenen Unterformen der Enuresis	119
3	Verfahren zur Diagnostik und Therapie	125
3.1	Elterninformationen	125
3.2	Anamneseleitfaden	125
3.3	Elternfragebogen	126
3.4	Körperschemata	126
3.5	Kinderfragebogen	126
3.6	Beobachtungsbogen und -protokolle sowie Verlaufsbogen	127
3.7	Informationsblätter für Kinder	130
4	Materialien	131
M01	Elterninformationen über Einnässprobleme nachts	132
M02	Elterninformationen über Einnässprobleme tagsüber	134
M03	Elterninformationen zur apparativen Verhaltenstherapie	137
M04	Anweisung: Dry-Bed-Training (DBT)	138
M05	Anamneseleitfaden	140

M06	Anamnesefragebogen: Einnässen/Harninkontinenz	143
M07	Elternfragebogen zur Blasendysfunktion	146
M08	Körperschema	148
M09	48-Stunden-Protokoll über Toilettengang und Einnässen	150
M10	Sonne-Wolken-Kalender	153
M11	Beobachtungsbogen zur apparativen Verhaltenstherapie	155
M12	Beobachtungsbogen für Desmopressin-Therapie (lang)	156
M13	Beobachtungsbogen für Desmopressin-Therapie (kurz)	157
M14	Fähnchenpläne	158
M15	Schickpläne	160
M16	Enuresis/Enkopresis-Protokoll	163
M17	Toilettentraining	164
M18	Protokoll zum Biofeedback-Training	165
M19	Sternenkalender	166
M20	Protokoll zum TENS-Training	167
M21	Trinkplan	168
M22	Informationsblätter für Kinder	169
5	Fallbeispiele	172
5.1	Primäre monosymptomatische Enuresis nocturna	172
5.2	Primäre nicht monosymptomatische Enuresis nocturna mit Miktionsaufschub	173
5.3	Dranginkontinenz	174
5.4	Harninkontinenz bei Miktionsaufschub	175
5.5	Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination	175
5.6	Fallbeispiel eines komplizierten Verlaufes	176
6	Literatur	182

1 Stand der Forschung

1.1 Klassifikation, Untergruppen und Symptomatik

Allgemein kann die Enuresis als ein unwillkürlicher Harnabgang ab einem Alter von 5 Jahren nach Ausschluss organischer Ursachen definiert werden. Diese Definition findet sich in den beiden gängigen Klassifikationsschemata, der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO/Dilling et al., 2016; Remschmidt et al., 2001) und des DSM-5 der amerikanischen Psychiatrie-Gesellschaft (American Psychiatric Association, 2013; American Psychiatric Association/Falkai et al., 2015). In beiden Diagnoseschemata wird die Enuresis als psychische Störung und nicht als Entwicklungsstörung oder körperliche Erkrankung klassifiziert, was in dem Zusatz „nicht organische Enuresis“ (ICD-10-Forschungskriterien; WHO/Dilling et al., 2016) ausgedrückt wird.

Kriterien
und Defini-
tion

Tabelle 1: Klassifikation der Enuresis nach DSM-5 und ICD-10¹

	DSM-5	ICD-10 Klinische Kriterien
Name	Enuresis	Enuresis F98.0
Definition	wiederholter, willkürlicher und unwillkürlicher Urinabgang	unwillkürlicher Harnabgang (nach ICD-Forschung: auch willkürlich)
Alter	chronologisches Alter: 5 Jahre (oder gleichwertige Entwicklungsstufe)	chronologisch: 5 Jahre; geistiges Intelligenzalter: 4 Jahre
Häufigkeit	mindestens zweimal/Woche oder bedeutsames Leiden und Beeinträchtigung in sozialen, schulischen und sonstigen Funktionsbereichen	nicht angegeben (ICD-Forschung: zweimal/Monat < 7 Jahre; einmal/Monat > 7 Jahre)
Dauer	mindestens 3 konsekutive Monate	nicht angegeben (ICD-Forschung: 3 Monate)
Ausschlusskriterien	körperliche Erkrankung (Diabetes, Spina bifida, Epilepsie oder Wirkung einer Substanz wie Diuretikum, Antipsychotikum)	Epilepsie, neurologische Inkontinenz, strukturelle Veränderungen des Harntraktes, medizinische Erkrankungen; andere psychische Störungen,

1 DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; APA/Falkai et al., 2015) und klinische Kriterien der ICD-10 (Remschmidt et al., 2001), ergänzt durch die Forschungskriterien (WHO/Dilling et al., 2016).

Tabelle 1: Fortsetzung

	DSM-5	ICD-10 Klinische Kriterien
		die die ICD-10-Kriterien erfüllen; Enuresis Hauptdiagnose (bei Komorbidität mit anderen emot. Störungen): nur wenn mehrfach wöchentl. Einnässen, zeitliche Kovarianz der Symptomatik; Diagnose Enkopresis: wenn Enuresis und Enkopresis zusammen auftreten
Subtypen	Enuresis nocturna, Enuresis diurna, Enuresis nocturna und diurna	nicht angegeben
Primär	nicht angegeben	Verlängerung der normalen infantilen Inkontinenz
Sekundär	nicht angegeben	nach einer Periode bereits erworbener Blasenkontrolle

Obwohl die Klassifikation nach ICD-10 und DSM-5 relativ ähnlich ist, gibt es einige Unterschiede, wie in Tabelle 1 dargestellt. Obwohl diese Differenzen minimal sind, werden durch unterschiedliche Definitionen verschiedene Populationen von einnässenden Kindern erfasst. Zudem sind einige Aspekte der Definitionen dringend revisionsbedürftig, da sie dem aktuellen Stand der Forschung nicht entsprechen, zum Teil nicht korrekt und sogar im praktischen Einsatz hinderlich sind (von Gontard, 2011, 2013a). Von daher werden die einzelnen Aspekte dieser beiden Klassifikationsschemata kritisch diskutiert und durch die aktuelle Einteilung der International Children's Continence Society (ICCS) ergänzt, auf der auch die deutschen Leitlinien beruhen (Kuwertz-Bröking & von Gontard, 2015).

ICD-10 und
DSM-5 Definitionen
revisions-
bedürftig

1.1.1 Klassifikationen nach ICD-10 und DSM-5

Enuresis-
Klassifikation:
ICD-10
versus
DSM-5

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, behandeln beide Klassifikationsschemata die Enuresis, als ob es sich um eine einheitliche Störung handelt. Nach der ICCS-Klassifikation (Austin et al., 2016) muss der Begriff „Enuresis“ sehr viel restriktiver eingesetzt werden. „Enuresis“ (oder „Enuresis nocturna“) bezeichnet deskriptiv jede Form des intermittierenden nächtlichen Einnässens – unabhängig von möglichen Begleitsymptomen oder angenommenen Ursachen.

Funktionelle
Harn-
inkontinenz

Für die meisten Kinder, die intermittierend tags einnässen, sollte der Begriff „nicht organische (funktionelle) Harninkontinenz“ verwendet werden. Nicht organisch und funktionell sind synonyme Begriffe, die in der deutschen Sprache beide verwendet werden können. Aus diesem Grund wurden beide synonyme Begriffe in

den deutschen Leitlinien zusammengefasst (Kuwertz-Bröking & von Gontard, 2015). Da der Begriff „funktionell“ im Englischen nicht gebräuchlich ist, findet er sich in den ICCS-Empfehlungen nicht. Harninkontinenz deutet an, dass eine Störung der Blasenfunktion vorliegt, die mit dem ungewollten Harnabgang assoziiert ist. Eine Harninkontinenz kann organisch sein, z. B. durch Fehlbildungen (strukturell), durch eine Störung der Blaseninnervierung (neurogen) oder durch andere Erkrankungen (Diabetes, Harnwegsinfekte) bedingt sein. Der Begriff nicht organisch oder funktionell deutet an, dass keine körperliche oder sonstige medizinisch bedingte Blasenfunktionsstörung vorliegt, sondern, dass diese durch angeborene oder erworbene Funktionsstörungen bedingt ist. Solche funktionellen Auffälligkeiten lassen sich praktisch bei allen tags einnässenden Kindern nachweisen. Dagegen ist der Begriff „Enuresis diurna“ obsolet und sollte nicht verwendet werden (Austin et al., 2016).

Wie weiter in Tabelle 1 ersichtlich, wird die Enuresis zum Teil auch als ein willkürliches Einnässen aufgefasst. Nach eigener klinischer Erfahrung ist das nächtliche Einnässen immer unwillkürlich und wird von den meisten Kindern als wenig beeinflussbar und mit hohem Leidensdruck erlebt. Dagegen ist die elterliche Implikation, ein Kind nässe absichtlich ein, häufig mit gravierenden Interaktionsproblemen assoziiert. Diese Konstellation wurde von dem englischen klinischen Kinderpsychologen Richard Butler als „parental intolerance“ (elterliche Intoleranz) beschrieben (Butler, 1994).

Interaktionsprobleme

Wenn ein Kind tatsächlich willkürlich einnässt, handelt es sich fast immer um ein Zeichen einer schweren, zugrunde liegenden psychischen Störung. So kann im stationären Bereich immer wieder bei Kindern nach schweren Deprivations- und Misshandlungserlebnissen beobachtet werden, dass sie in Abfalleimer, Schubladen oder absichtlich neben die Toilette Wasser lassen. In diesen Fällen ist es wenig hilfreich, von einer Enuresis zu sprechen.

Einnässen als Zeichen schwerer psychischer Störung

Die Definition der Enuresis ab einem Alter von 5 Jahren ist allgemein anerkannt und sinnvoll, da im Alter von 4 Jahren über 20 % der Kinder noch einnässen. Bei einer so hohen Prävalenz handelt es sich um ein physiologisches, reifungsbedingtes Phänomen und natürlich nicht um eine Störung. Obwohl Kinder mit einer geistigen Behinderung eindeutig häufiger einnässen, ist der Zusatz eines kognitiven Entwicklungsalters ab 4 Jahren nicht sinnvoll. Allein durch diese Einschränkungen wird das Einnässen bei vielen Kindern mit geistiger Behinderung als Störung ausgeschlossen, mit der Konsequenz, dass sie die erforderliche Diagnostik und Therapie nicht erhalten. Nach eigenen Untersuchungen sind Ausscheidungsstörungen bei Kindern mit Intelligenzminderung für Eltern hoch belastend und sollten, wie auch bei Kindern mit durchschnittlicher Intelligenz, ab einem chronologischen Alter von 5 Jahren untersucht und behandelt werden (von Gontard, 2013b).

Prävalenz

Die Häufigkeiten werden mit zweimal pro Woche (DSM-5) bis einmal pro Monat (ICD-10-Forschungskriterien) angegeben. Durch diese großen Differenzen werden völlig unterschiedliche Gruppen von Kindern erfasst. Im DSM-5 wird als ergänzendes Kriterium die klinisch relevante Belastung und Einschränkung in sozialen, schulischen und sonstigen Bezügen als Alternative zur Häufigkeitsdefinition von zweimal pro Woche angeführt. Diese vagen Angaben berücksichtigen zwar den subjektiven Leidensdruck der Kinder, verhindern jedoch für Forschungszwecke eine einheitliche und verbindliche Definition.

Häufigkeitsangaben