

# DAS Pipi- Problem

Manche Kinder sind auch im Grundschulalter nachts noch **NICHT TROCKEN**. Das beunruhigt Eltern. Zu Recht?

*Marian Schäfer*

**W**enn die ersten Zweieinhalb- bis Dreijährigen im eigenen Umfeld selbst nachts ohne Windel auskommen, freut man sich mit den Eltern und staunt vielleicht ein wenig. Etwas unruhig wird man, wenn sich die Trockenstandsmeldungen mit den vierten Geburtstagen dann langsam häufen – das eigene Kind aber morgens nach wie vor mit prall gefüllter Windel aufwacht. Und der ein oder andere Versuch ohne Pipi-Wickel schon ordentlich danebengegangen ist. Rückt dann der Schulstart immer näher, nimmt der Leidensdruck zu – bei einem selbst und beim Kind. Mit der Zeit hat man den Eindruck, man sei einer von wenigen, bei denen der Windelabschied nicht klappt.

Dr. Till Reckert kennt dieses Gefühl von Eltern, aber auch die Statistik. „Wir wissen, dass mindestens 20 Prozent der Fünfjäh-

rigen nachts noch regelmäßig einnässen“, sagt der Pädiater aus Reutlingen, der auch Sprecher im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ist. „Selbst bei den Siebenjährigen sind es noch sieben bis 13 Prozent und bei den Zehnjährigen etwa fünf Prozent.“ Was aber sagen die Zahlen darüber aus, ab wann Eltern mit ihrem Kind zum Arzt sollten? Woran kann es liegen, dass manche Kinder mit zwei und andere erst mit zehn Jahren trocken sind? Wie stellen Ärzte den Grund fest – und was kann den Familien dann helfen?

## Wann zum Arzt?

Offiziell gilt das regelmäßige, unwillkürliche nächtliche Einnässen frühestens ab dem fünften Geburtstag als Störung, die untersucht werden sollte. Das heißt aber nicht, dass Eltern erst

dann einen Arzt aufsuchen können. „Wenn Eltern schon mit ihrem dreijährigen Kind zu mir kommen, weil sie denken, dass bei ihm etwas nicht stimmt, ist das zwar sehr früh, aber in Ordnung. Ich schicke sie nicht weg“, betont der Münchner Kinderurologe Dr. Dominik Bäumlner.

Er dürfte damit auf einer Linie mit den meisten Kinderärzten und Kinderurologen liegen. Aus zwei Gründen: Zum einen können sie ohne großen Aufwand mögliche organische Ursachen frühzeitig ausschließen oder aber behandeln. Zum anderen suchen die Familien nicht ohne Grund einen Arzt auf, sondern weil sie ein massives Problem mit der Situation haben. Die Gefahr, dass dadurch die Kinder belastet werden, ist groß. „Wir können aus der Situation viel Druck rausnehmen“, sagt Dominik Bäumlner.



Prof. Dr. Udo Rolle, Direktor der Kinderchirurgie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Frankfurt, spricht von „Demystifizierung“: „Wir müssen aufklären, sagen, dass Kinder unterschiedlich schnell trocken werden, dass das ganz normal ist und häufig nichts Schlimmes dahintersteckt. Und vor allem, dass das Kind nicht schuld daran ist.“ Er weist wie auch Dominik Bäuml auf hin, dass die erste Anlaufstelle möglichst der Kinderarzt sein sollte. Häufig spreche der das Thema Sauberkeitsentwicklung auch bei den Vorsorgeuntersuchungen an.

### Wie wird untersucht?

Die meisten Kinder, die Pädiater Till Reckert vorgestellt werden, sind gerade im Grundschulalter. „Häufig steht der erste Ausflug mit Übernachtung an“, erzählt er.

Die Untersuchung sieht dann im Großen und Ganzen nicht anders aus als bei einem Kinderurologen. Die Basisdiagnostik ist weitgehend standardisiert. Am Anfang steht die körperliche Untersuchung: Reckert schaut bei den Kindern mit einem Ultraschallgerät etwa nach Fehlbildungen an der Wirbelsäule, den Nieren oder den Harnwegen und untersucht den Urin, etwa auf Infektionen.

Danach will der Mediziner in einem Fragebogen und einem

Anamnese-Gespräch zum Beispiel wissen, ob das Kind zwischenzeitlich schon einmal länger trocken war, es nur nachts oder auch tagsüber einnässt. Es geht um Details: Wie oft kommt es vor? Wird das Kind davon wach? Verhält es sich tagsüber auffällig, zeigt es etwa Haltemanöver oder hat es plötzlichen Toilettendrang? Auch die Familiensituation interessiert Reckert: Hat sich im Leben des Kindes etwas verändert, gibt es Stressfaktoren? „Schließ- ►

lich bitte ich die Familie, gemeinsam über mindestens zwei Tage ein Trink- und Pipiprotokoll zu führen“, sagt er. Eltern und Kind sollen festhalten, wann wie viel getrunken und wann wie viel Urin abgegeben wurde. Trägt das Kind nachts eine Windel, wird auch diese abends und morgens gewogen.

### Was leisten die Untersuchungen?

Zunächst sollen organische Ursachen ausgeschlossen werden, die für etwa fünf Prozent der Fälle verantwortlich sind. Der Rest wird häufig mit „funktioneller Harninkontinenz“ umschrieben. „Es ist dann wichtig, das Problem genau einzugrenzen: War das Kind nachts noch nie trocken, sprechen wir von primärem, ansonsten von sekundärem nächtlichen Einnässen“, erklärt Udo Rolle. Um über eine Therapie entscheiden zu können, ist zudem wichtig, ob es sich um isoliertes nächtliches Einnässen handelt oder ob das Kind auch tagsüber Symptome zeigt.

Im Kern geht es darum, herauszufinden, ob das Problem aufgrund einer Reifungsverzögerung oder aufgrund von Trink- und Toilettengewohnheiten besteht. Dazu dienen der Fragebogen, das Gespräch und vor allem das Pipi- und Trinkprotokoll. „Ist das gut gemacht, verrät es sehr viel

und ist auch mein Hauptwerkzeug“, sagt Kinderurologe Bäumler.

Beispiel: Trinkt das Kind regelmäßig über den Tag verteilt und geht regelmäßig auf die Toilette, nässt tagsüber nicht ein und zeigt auch keine Haltemanöver, ist von einer Reifungsverzögerung auszugehen. „Bei vielen Kindern funktioniert etwa die Kommunikati-

on zwischen Blase und Gehirn und damit der Blasenreflex noch nicht richtig. Sie werden einfach nicht wach“, erklärt Kinderurologe Rolle. Auch kommt es vor, dass ein bestimmtes Hormon noch nicht oder nicht ausreichend gebildet wird, das normalerweise die Urinproduktion über Nacht hemmt. „Das sehen wir dann ganz leicht an der Füllmenge der Windel“, sagt Rolle.

Nicht selten behindert das Trink- und Pipiverhalten das Trockenwerden. Wenn Kinder etwa die Haupttrinkmenge nachmittags oder gar abends zu sich nehmen, ist nicht nur nächtlicher Harndrang vorprogrammiert. „Es behindert auch eine altersgerechte Blasenentwicklung“, erklärt Udo Rolle. Dr. Ursula Eppelmann, Kinderurologin in Münster, behandelt oft auch Kinder, die sich ein problematisches Pipiverhal-



ten antrainiert haben. „Das kann passieren, wenn sie etwa in der Schule nicht gerne aufs Klo gehen oder lieber spielen, als pinkeln zu gehen, was häufig Kindergartenkinder betrifft“, erklärt sie. Die Folge sei eine Blasendysfunktion: Anstatt dass Beckenboden und Blase zusammenarbeiten, würden sie gegeneinanderarbeiten, der Beckenboden also verspannen, anstatt zu entspannen. „Und wenn die Kinder dann abends einschlafen und sich dabei schön entspannen, nassen sie häufig ein.“

### Was hilft gegen das Einnässen?

„Wenn es um primäres, isoliertes Einnässen geht, ist Nichtsmachen immer eine Option“, sagt Kinderarzt Reckert. Auch Udo Rolle wartet in diesen Fällen häufig ab: „Statistisch gesehen werden pro Jahr 15 Prozent der betroffenen Kinder trocken, ganz ohne Zutun.“ Beide betonen allerdings, dass es immer auf die Familie ankomme und darauf, wie groß ihr Leidensdruck sei. Das Kind abends oder nachts für einen Toilettengang einmal wecken; ihm Klingelhosen anziehen, die bei Feuchtigkeit aufschrilla – wenn es den Familien helfe, sei dies durchaus eine Möglichkeit, auch wenn der Erfolg nicht garantiert sei, so Reckert. „Auch kann man Kinder, denen das Hormon zur Regulation der Urinproduktion fehlt, durchaus medikamentös behandeln, längerfristig oder kurzfristig, wenn es zum Beispiel um einen Ausflug geht“, meint Udo Rolle.

Bei Kindern mit ungünstigem Trink- und Pipiverhalten haben die Ärzte mehr Therapiemöglichkeiten. „Wichtig ist, regelmäßig über den Tag zu trinken und zur Toilette zu gehen, die tägliche Mindesttrinkmenge aufzunehmen und nicht zu spät zu trinken“, sagt Ursula Eppelmann. Wie viel Kinder am Tag trinken sollen, ist altersabhängig und sollten Eltern mit dem Kinderarzt besprechen. Bei Kin-

dern mit Halte- und Drangsymptomen helfen etwa Beckenboden- und andere Übungen, die das Körpergefühl stärken.

### Und welche Rolle spielt die Psyche?

In der Vergangenheit hat man das nächtliche Einnässen insgesamt sehr häufig mit psychischen Ursachen in Verbindung gebracht. „Heutzutage geht man davon aus, dass sie beim primären Einnässen nur selten verantwortlich sind. Psychische Ursachen können eher beim sekundären Einnässen eine Rolle spielen, wenn Kinder also plötzlich wieder ins Bett machen“, sagt Rolle. Das ist auch die aktuelle Position der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft. Dabei sind vereinzelt auch andere Stimmen zu hören. Kinderurologin Dr. Ulrike Hohenfellner aus Heidelberg etwa betont stark mögliche psychische Ursachen im Hinblick auf Reifungsverzögerungen und Verhaltensgewohnheiten. „Meiner Erfahrung nach sind es häufig Kinder, deren grundlegende Bedürfnisse nicht erfüllt sind und die sich deshalb nicht altersgemäß entwickeln, also reifen können“, sagt sie. Als Beispiel nennt sie Kinder von überstrengen Eltern, für die die Frage, ob und wann sie nun Pipi machen, ein Rest Selbstbestimmtheit darstellt. Hohenfellner spricht etwa davon wie wichtig tragfähige, liebevolle Eltern-Kind-Beziehungen seien, die Nähe wie Selbstbestimmtheit ermöglichen. Außerdem müssen Kinder die Möglichkeit haben, altersgemäße Kompetenzen zu erlernen.

Nach Reckerts Erfahrung liegen dem Einnässen selten psychische Ursachen zugrunde. „Eher sehe ich, dass das Einnässen schnell zu psychischen Problemen führen kann“, sagt er. Er ruft Eltern daher zu einem liebevoll-unterstützenden Umgang mit den betroffenen Kindern auf. Und betont: „Wer schläft, der sündigt nicht.“ Schimpfen ist also fehl am Platz. ■