

Diagnostik und Therapie bei Enuresis und Inkontinenz

Strukturierte Basisabklärung, Erstlinientherapie und klare Zuweisungskriterien

Zielgruppe: Kinderärztliche Grundversorgung und Zuweisende

Orientierung: AWMF-S2k 028-026 (Update 2021), ICCS-Terminologie und ICCS-Urotherapie

Geltungsbereich: Kinder und Jugendliche ab 5 Jahren; organische und neurologische Ursachen müssen ausgeschlossen werden

Kernaussage: Die meisten Kinder können nach vollständiger Basisdiagnostik in der Praxis behandelt werden. Zuerst Obstipation bzw. Stuhlinkontinenz, danach Tagessymptomatik und zuletzt die Enuresis behandeln.

Vorgehen in vier Schritten

Einordnen: Enuresis oder Harninkontinenz tagsüber? Monosymptomatisch oder nicht-monosymptomatisch? Primär oder sekundär?

Basisdiagnostik abschliessen: 48-Stunden-Trink-/Miktionsprotokoll, 14-Tage-Ausscheidungsprotokoll, klinische Untersuchung, Urin und Sonographie.

Priorisieren: Organische Warnzeichen und Komorbiditäten erkennen; Darmproblematik vor bzw. parallel zur Blasentherapie behandeln.

Störungsspezifisch behandeln: Standardurotherapie ist immer die Grundlage; weitere Therapie richtet sich nach MEN, Dranginkontinenz, Miktionsaufschub oder dyskoordinierter Miktions.

Terminologie nach ICCS

Begriff	Praktische Definition
(Harn-)Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust; kontinuierlich oder intermittierend.
Enuresis (nocturna)	Intermittierender Harnverlust im Schlaf ab einem Alter von 5,0 Jahren.
MEN	Monosymptomatische Enuresis nocturna: keine Zeichen einer Blasendysfunktion am Tag.
NMEN	Nicht-monosymptomatische Enuresis nocturna: Tagessymptome einer Blasendysfunktion, mit oder ohne Einnässen am Tag.
Primär / sekundär	Primär: nie länger als 6 Monate trocken. Sekundär: erneutes Einnässen nach mehr als 6 Monaten Trockenheit.
Funktionelle (Harn-) Inkontinenz tags	Häufig: überaktive Blase/Dranginkontinenz, Miktionsaufschub, Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination.
Bladder and bowel dysfunction (BBD)	Funktionsstörung des unteren Harntrakts zusammen mit Obstipation und/oder Stuhlinkontinenz.

MEN darf nur diagnostiziert werden, wenn Tagessymptome und relevante Obstipation ausgeschlossen sind.

Nicht als funktionell einordnen: Kontinuierliches Harträufeln, neurologische Auffälligkeiten, auffälliger Harnstrahl oder anatomische/pathologische Sonographiebefunde erfordern eine organische Abklärung.

Zusammenhang zwischen Blase und Darm

Obstipation und Stuhlinkontinenz sind häufig mit einer Blasenfunktionsstörung verbunden.

Rektale Stuhlretention kann Harndrang, Inkontinenz, Restharn und Harnwegsinfektionen begünstigen; zusätzlich bestehen gemeinsame neuronale und verhaltensbezogene Mechanismen.

Bei jeder Enuresis und Tagesinkontinenz gezielt nach Stuhlfrequenz, Konsistenz, Schmerzen, Haltemanövern, Stuhlschmierern und Einkoten fragen.

Darmentleerung im 14-Tage-Protokoll dokumentieren; bei Bedarf Bristol-Stuhlformen ergänzen.

Eine manifeste Obstipation bzw. Stuhlinkontinenz hat in der Behandlungsreihenfolge Vorrang.

Bei fehlender Besserung trotz normalisierter Darmentleerung die Blasendysfunktion störungsspezifisch weiterbehandeln.

Basisdiagnostik in der kinderärztlichen Praxis

Vollständig vor Zuweisung: Eine fachärztliche Beurteilung ist am effizientesten, wenn Protokolle, Urin- und Sonographiebefund sowie Verlauf und Adhärenz bisheriger Therapien bereits vorliegen.

Fragebögen und Protokolle

Frei verfügbare Protokolle finden sich z.B. unter [kontinenzschulung.de](https://kontinenzschulung.de/download/downloadDiagnostik.html) (<https://kontinenzschulung.de/download/downloadDiagnostik.html>).

Anamnesefragebogen: Beginn, Häufigkeit, primär/sekundär, Tag-/Nachtsymptome, Harndrang, Haltemanöver, Miktionsaufschub, Harnstrahl, Pressen, Nachträufeln, Schmerzen, HWI, Trinkverhalten, Schlaf/Schnarchen, familiäre Belastung und Therapieversuche.

Validiertes Screening auf psychische Symptome, z.B. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) oder Child Behavior Checklist (CBCL); besonders wichtig bei NMEN, Tagesinkontinenz und klinischem Verdacht.

Trink- und Miktionsprotokoll über mindestens 48 Stunden mit Uhrzeit sowie Trink- und Miktionsvolumina; möglichst an repräsentativen Tagen.

14-Tage-Ausscheidungsprotokoll: nasse/trockene Nächte, Inkontinenz am Tag, Nykturie, Darmentleerungen, Stuhlschmierern/Einkoten; fakultativ Bristol-Stuhlform.

Klinische Untersuchung und Urin

Wachstum, Blutdruck, Allgemeinzustand und Abdomen; gefüllte Blase und Stuhlmassen beachten.

Behutsame Inspektion von Genitale und Anus: z.B. Phimose, Vulvitis, Labiänsynechie, Lichen sclerosus, Fehlmündung, perianale Läsionen oder Hinweise auf vaginalen Influx.

Lumbosakralregion und neurologischer Status der unteren Extremitäten: atypische Behaarung, Hämangiom, Grübchen/Sinus, Lipom, asymmetrische Glutealfalte, Gangbild, Reflexe und perianale Sensibilität.

Urin-Streifentest aus Mittelstrahlurin; bei HWI-Verdacht Urinkultur aus adäquat gewonnenem Urin.

Weiterführendes Labor nur nach Klinik, z.B. bei Polyurie/Polydipsie, Wachstumsstörung, Hypertonie, Proteinurie, Hämaturie oder auffälliger Nierenfunktion.

Sonographie

Nieren und ableitende Harnwege; Grösse, Parenchym, Hohlsystem, Ureteren und Fehlbildungen.

Harnblase bei ausreichender Füllung: Volumen, Kontur, Inhalt und Blasenwand-/Detrusordicke.

Rektumdurchmesser im suprapubischen Querschnitt.

Bei Tagesinkontinenz oder NMEN zusätzlich postmiktioneller Restharn, möglichst innerhalb von 5 Minuten; pathologische Werte wiederholt bestätigen.

Direkte Zuweisung möglich: Die sonographische Untersuchung kann nach direkter Zuweisung an die Kinderradiologie des Kinderspitals Zentralschweiz erfolgen. Die Fragestellung sollte Blasenfüllung, Blasenwand, Rektumdurchmesser und - bei Tagesinkontinenz/NMEN - Restharn ausdrücklich nennen.

Praktische Auswertung der Protokolle

Parameter	Erhebung	Orientierungswert
Miktionsfrequenz	An repräsentativen Tagen	Vermindert: höchstens 3/Tag; vermehrt: mindestens 8/Tag
Erwartete Blasenkapazität	(Alter in Jahren + 1) x 30 ml, bis 12 Jahre	Orientierungsbereich: 65-150 % des erwarteten Volumens
Restharn	Wiederholt, innerhalb 5 Minuten nach Miktion	Bis 6 Jahre: >20 ml; ab 7 Jahren: >10 ml auffällig
Nächtliche Polyurie	Nachturin inkl. 1. Morgenurin, ggf. Windeln wiegen	>130 % der erwarteten Blasenkapazität
Blasenwand	Abhängig vom Füllungszustand	Gefüllt <3 mm; entleert <5 mm
Rektumdurchmesser	Suprapubischer Querschnitt	>30-35 mm als Hinweis auf mögliche Obstipation; klinisch korrelieren
Polyurie	24-Stunden-Urin bzw. Protokoll	>4 ml/kg/h oder >1'200 ml/m ² /24 h

Orientierungswerte gemäss AWMF/ICCS; Einzelmessungen immer im klinischen Kontext beurteilen.

Einteilung nach Abschluss der Basisdiagnostik

Gruppe	Konsequenz
Unter 5 Jahren, keine Warnzeichen	Einnässen ist entwicklungsphysiologisch möglich; keine störungsspezifische Therapie. Obstipation und organische Auffälligkeiten unabhängig vom Alter behandeln/abklären.
MEN	Keine weiterführende urologische Diagnostik erforderlich. Behandlung in der Praxis mit Standardurotherapie, Kalender, AVT oder Desmopressin.
NMEN oder Tagesinkontinenz	Tagessymptomatik diagnostisch zuordnen und zuerst behandeln. Restharn bestimmen; bei Auffälligkeiten weiterführende Diagnostik.
Hinweis auf organische Ursache	Zeitnahe spezialisierte nephro-urologische/kinderurologische Diagnostik.
Bedeutsame Komorbidität	Gastroenterologische, psychologische/psychiatrische, neurologische oder andere fachspezifische Mitbeurteilung nach Befund.

Unkomplizierte MEN ist keine Indikation für routinemässige Uroflowmetrie, Urodynamik oder invasive Bildgebung.

Therapieprinzipien

Komorbiditäten: Obstipation/Stuhlinkontinenz zuerst oder parallel behandeln; klinisch manifeste psychische Störungen gleichzeitig behandeln.

Tagessymptomatik: Bei NMEN zuerst die Blasendysfunktion am Tag behandeln.

Enuresis: Erst nach ausreichender Kontrolle von Darm- und Tagessymptomatik gezielt behandeln.

Wichtig: Bestrafung, Beschämung, übermässige abendliche Flüssigkeitsrestriktion und routinemässiges nächtliches 'Heraustragen' sind keine kurative Therapie.

Standardurotherapie - Grundlage jeder Behandlung

Baustein	Umsetzung in der Praxis
Information	Entlasten, Schuldgefühle abbauen, Blasen-/Darmfunktion und individuelle Störung erklären.
Miktion	Rechtzeitig, entspannt, mit Zeit und guter Sitzposition; je nach Störung etwa 5-7 Miktionen/Tag; nicht pressen.
Trinken	Ausreichend und gleichmässig über den Tag; grob 7 altersgerechte Portionen, letzte grössere Portion etwa 2 Stunden vor dem Schlafen. Kein generelles Trinkverbot.
Darm	Regelmässige schmerzfreie Darmentleerung anstreben; Obstipation konsequent behandeln.
Dokumentation	Kalender, Miktions-/Toilettenplan und vereinbarte Ziele; Mitarbeit loben, nicht das Kind für nasse Episoden verantwortlich machen.
Begleitung	Regelmässige Verlaufskontrollen, Motivation, Anpassung der Ziele und Überprüfung der Umsetzung.

Die Trinkmenge muss an Alter, Körpergewicht, Aktivität, Umgebung und Begleiterkrankungen angepasst werden.

Monosymptomatische Enuresis nocturna (MEN)

Start mit Standardurotherapie und einem Kalender trockener/nasser Nächte für etwa 4 Wochen; bei fast ausschliesslich nassen Nächten kann die Baseline nach 2 Wochen beendet werden.

Bei ausreichender Motivation ist die apparative Verhaltenstherapie (AVT, Weckapparat) die bevorzugte Erstlinientherapie mit den besten Langzeitergebnissen.

Desmopressin ist eine wirksame Alternative, wenn AVT nicht möglich/gewünscht ist, eine korrekt durchgeführte AVT erfolglos blieb oder kurzfristige Trockenheit wichtig ist.

Bei Versagen einer Methode auf die jeweils andere wechseln; bei Therapieresistenz Diagnose, Protokolle, Adhärenz, Obstipation und übersehene NMEN erneut prüfen.

Apparative Verhaltenstherapie (AVT)

Vorbereiten: Gerät demonstrieren, Motivation und realistische Belastbarkeit der Familie klären; Eltern müssen den Alarm anfangs mitbekommen.

Konsequent anwenden: Jede Nacht; Kind bei Alarm vollständig wecken, zur Toilette gehen lassen, Wäsche wechseln und Gerät erneut anlegen.

Begleiten: Erster Kontakt nach ungefähr 1 Woche, danach regelmässig; Verlauf dokumentieren und Anwendungstechnik prüfen.

Beenden: Bis 14 aufeinanderfolgende trockene Nächte; meist 2-3 Monate, in der Regel nicht länger als 16 Wochen. Ohne erkennbare Besserung nach 6-8 Wochen Vorgehen re-evaluieren.

Rückfall: Die AVT direkt erneut beginnen; mehrere Behandlungsdurchläufe können erforderlich sein.

Desmopressin

Aspekt	Praktisches Vorgehen
Start	Schmelztablette 120 µg oder Tablette 0,2 mg einmal abends, ungefähr 60 Minuten vor dem Schlafen; Fachinformation beachten.
Steigerung	Bei unzureichender Wirkung nach 1-2 Wochen auf maximal 240 µg (Schmelztablette) bzw. 0,4 mg (Tablette).
Bewertung	Bei fehlender Wirkung trotz korrekter Einnahme und ausreichender Dosis nach 2-4 Wochen absetzen und Diagnose/Adhärenz prüfen.
Dauer	Bei gutem Ansprechen etwa 3 Monate, anschliessend strukturierter Auslassversuch bzw. schrittweise Dosisreduktion; Rückfälle sind häufig.
Geeignete Situation	Besonders bei nächtlicher Polyurie und altersgerechten Miktionsvolumina am Tag; auch für Lager, Klassenfahrt oder Ferien einsetzbar.

Dosierungen nach AWMF-S2k 028-026; Zulassung, Kontraindikationen und aktuelle Schweizer Fachinformation sind vorrangig.

Sicherheitsregel Desmopressin: Ab etwa 1 Stunde vor bis 8 Stunden nach Einnahme Flüssigkeit auf das notwendige Minimum begrenzen; am Abend nach Einnahme insgesamt maximal etwa 250 ml. Nicht bei ungeklärter Polyurie/Polydipsie oder habitueller Polydipsie. Bei Fieber, Erbrechen, Diarrhoe oder Situationen mit erhöhtem Flüssigkeitsbedarf pausieren. Eltern über die seltene Wasserintoxikation/Hyponatriämie mit Kopfschmerz, Übelkeit, Verwirrtheit und Krampfanfällen aufklären.

Funktionelle (Harn-)Inkontinenz am Tag

Form	Typische Hinweise	Therapie
Überaktive Blase / Dranginkontinenz	Imperativer Harndrang, Pollakisurie, Haltemanöver, kleine Portionen	Standardurotherapie; bei Harndrang sofort zur Toilette, Haltemanöver vermeiden, Trinkverteilung normalisieren, mindestens 4 Wochen dokumentieren. Bei unzureichendem Erfolg Antimuskarinikum zusätzlich erwägen; Obstipation und Restharn kontrollieren.
Miktionsaufschub	Wenige Miktionen, Aufschieben, Haltemanöver, oft grosse Portionen	Intensivierte Standardurotherapie: feste, alltagsgerechte Toilettenzeiten, Ziel etwa 5-7 Miktionen/Tag, Timer/Uhr, positive Verstärkung. Blasenmedikation ist nicht indiziert; psychische Komorbidität aktiv erfassen.
Dyskoordinierte Miktion	Stakkato-/fraktionierter Harnstrahl, Pressen, Restharn, HWI	Spezialisierte Diagnostik mit wiederholter Uroflowmetrie plus Beckenboden-EMG. Intensive Urotherapie, entspannte Miktion, Physiotherapie/Beckenbodenwahrnehmung und Biofeedback.
Vaginaler Influx	Nachträufeln kurz nach der Miktion bei Mädchen	Sitzposition optimieren: Beine weit auseinander, vollständige entspannte Miktion, ggf. umgekehrt auf die Toilette setzen; lokale Ursachen ausschliessen.

Eine absichtliche Verlängerung der Haltezeiten zur 'Blasenvergrösserung' wird bei Dranginkontinenz nicht empfohlen.

Wann ist eine fachärztliche Zuweisung indiziert?

Situation	Indikationen / Beispiele
Zeitnah / dringlich	Kontinuierliches Harträufeln; auffälliger Harnstrahl oder Pressmiktion; neurologische/lumbosakrale Auffälligkeit; pathologische Sonographie; erheblicher oder wiederholter Restharn; rezidivierende febrile HWI; bekannter VUR; Polyurie/Polydipsie; Hypertonie, Proteinurie, Hämaturie oder eingeschränkte Nierenfunktion.
Weiterführende Funktionsdiagnostik	Verdacht auf dyskoordinierte Miktion, unteraktive Blase oder funktionelle Obstruktion; reproduzierbare Stakkato-/fraktionierte Miktion; rezidivierende HWI bei Blasendysfunktion.
Nach dokumentierter Erstlinientherapie	Persistierende NMEN/Tagesinkontinenz trotz konsequenter Standardurotherapie und behandelter Obstipation; erfolglose korrekt angewandte AVT und/oder Desmopressin; komplexe Mischformen oder erheblicher Leidensdruck.
Andere Fachdisziplin	Bedeutsame psychische Störung, schwere/therapieresistente Obstipation oder Stuhlinkontinenz, Schlafapnoe-Verdacht, neurologische oder entwicklungsbezogene Auffälligkeit.
Keine Routinezuweisung	Unkomplizierte MEN nach vollständiger Basisdiagnostik; Einnässen unter 5 Jahren ohne Warnzeichen.

Invasive Diagnostik ist nicht routinemässig erforderlich, sondern nur bei konkretem organischem, nephrologischem, neurologischem oder urologischem Verdacht.

Was soll die Zuweisung enthalten?

Arbeitsdiagnose und Terminologie: MEN/NMEN, primär/sekundär, Form der Tagesinkontinenz, Beginn und Häufigkeit.

Zusammenfassung von 48-Stunden-Trink-/Miktionsprotokoll und 14-Tage-Ausscheidungsprotokoll; Protokolle möglichst beilegen.

Darmentleerung: Häufigkeit, Konsistenz, Schmerzen, Haltemanöver, Stuhlschmierer/Einkoten und bisherige Therapie.

Psychisches Screening und relevante Entwicklungs-, Familien-, Schlaf- und Sozialanamnese.

Klinischer Status inkl. Blutdruck, Genitale/Anus, lumbosakraler und neurologischer Befund.

Urinstatus/Urinkultur, relevante Laborwerte und vollständiger Sonographiebefund mit Blasenfüllung, Blasenwand, Rektum und Restharn.

Bisherige Therapien mit Dauer, konkreter Durchführung, Adhärenz, Wirkung, Nebenwirkungen und Grund des Abbruchs.

Ziel: Doppeluntersuchungen vermeiden und unmittelbar mit der passenden weiterführenden Diagnostik oder Therapie beginnen.

MiGeL-Verordnungen in der Schweiz

Hilfsmittel	Position	Limitation (Kurzfassung)
Aufsaugende Inkontinenzprodukte	MiGeL 15.01.01-03	Ab mindestens mittlerer Inkontinenz und nach vollendetem 41. Lebensmonat; normale infantile Inkontinenz ist ausgeschlossen.
Produkte bei Enuresis nocturna	MiGeL 15.01.04.00.1	Bettunterlagen und Windelhöschen nach vollendetem 5. Lebensjahr.
Bettwärmer-Therapiegerät / Weckapparat	MiGeL 15.20.01.01.2	Miete zur Behandlung der Enuresis bei Kindern nach vollendetem 5. Lebensjahr.

Massgebend sind die jeweils aktuelle MiGeL-Fassung, die konkrete medizinische Indikation und die Versicherungsbedingungen.

Quellen und Leitlinienstatus

Leitlinienstatus per 31.07.2026: Die AWMF-S2k-Leitlinie 028-026 (Update 2021) war bis 30.05.2026 gültig und wird laut AWMF aktualisiert. Dieses Merkblatt kennzeichnet den Stand und ergänzt die ICCS-Standardisierungsdokumente sowie die aktuelle MiGeL. Bis zur Publikation der Aktualisierung sind neue Empfehlungen und lokale Vorgaben zu berücksichtigen.

1. **AWMF S2k 028-026:** Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen, Update 2021. [Quelle öffnen](#)
2. **ICCS Terminologie:** Austin PF et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents. *Neurourol Urodyn.* 2016;35:471-481. [Quelle öffnen](#)
3. **ICCS Urotherapie:** Nieuwhof-Leppink AJ et al. Definitions, indications and practice of urotherapy in children and adolescents. *J Pediatr Urol.* 2021;17:172-181. [Quelle öffnen](#)
4. **AWMF S2k 069-019:** Funktionelle (nicht-organische) Obstipation und Stuhlinkontinenz im Kindes- und Jugendalter, 2022. [Quelle öffnen](#)
5. **BAG MiGeL:** Mittel- und Gegenständeliste, Fassung per 01.01.2026. [Quelle öffnen](#)

Hinweis: Dieses Dokument ist eine praxisorientierte Zusammenfassung. Es ersetzt weder die individuelle klinische Beurteilung noch die aktuelle Fachinformation eines Arzneimittels oder die vollständige Leitlinie.