

## 4 Materialien

Übersicht	
M01	Elterninformationen über Einnässprobleme nachts
M02	Elterninformationen über Einnässprobleme tagsüber
M03	Anamnesebogen zum Einnässen
M04	Kind-Interview und Körperschema
M05	48-Stunden-Protokoll
M06	Anamnesefragebogen: Einnässen/Harninkontinenz
M07	Elternfragebogen für Kinder mit Einnässen, rezidivierenden Harnwegsinfekten, Blasenfunktionsstörungen
M08	Elternfragebogen: Gefühle über das Einnässen
M09	Kinderfragebogen: Vorstellung über das Einnässen
M10	Kinderfragebogen: Einstellung der Familie
M11	Kinderfragebogen: Auswirkungen des Bettnässens
M12	Sonne- und Wolkenkalender
M13	Fähnchenpläne
M14	Wochenpläne
M15	Elternprotokoll zur Dokumentation der Enuresis nocturna
M16	Beobachtungsbogen zur apparativen Konditionierung
M17	Beobachtungsbogen für Desmopressin-Therapie (lang)
M18	Beobachtungsbogen für Desmopressin-Therapie (kurz)
M19	Anweisung: Dry-Bed-Training (DBT)
M20	Enuresis/Enkopresis-Protokoll
M21	Protokoll zum Biofeedbacktraining
M22	Sternenkalender
M23	Toilettentraining
M24	Trinkplan
M25	Informationsblätter für Kinder

**Was ist eigentlich „nächtliches Einnässen“?**

Wenn ein Kind im Alter von über 5 Jahren immer noch im Schlaf ins Bett macht, spricht man von nächtlichem Einnässen oder **Enuresis nocturna**. War das Kind noch nie über einen längeren Zeitraum trocken, spricht man von **primärer Enuresis nocturna**. War das Kind schon einmal länger als ein halbes Jahr trocken, spricht man von **sekundärer Enuresis nocturna**. Bei den betroffenen Kindern fällt häufig eine sehr schwere Erweckbarkeit, sowie eine große Einnässmenge auf. Selbst in einem nassen, kalten Bett werden sie meist nicht wach.

**Wie häufig ist nächtliches Einnässen?**

Dieses Problem ist gar nicht so selten, wie Sie vielleicht denken. Nach neueren Untersuchungen nässen, je nach Definition, ca. 10 % der 7-jährigen und ca. 4,5 % der 10-jährigen Kinder nachts ein. Bei den Jugendlichen sind es nur noch 1 bis 2 %.

**Gibt es Ursachen für das nächtliche Einnässen?**

Es gibt viele mögliche Ursachen, die zu nächtlichem Einnässen führen können. Die weit verbreitete Auffassung, dass nächtliches Einnässen auf jeden Fall psychische Ursachen habe („Weinen der Seele“), konnte in verschiedenen wissenschaftlichen Studien so nicht bestätigt werden. Psychische Faktoren können bei einzelnen Formen des Einnässens mitbeteiligt sein, wie z.B. als Auslöser beim Rückfall. Auch leiden sehr viele Kinder unter dem Einnässen und können als Folge Verhaltensprobleme zeigen.

*Es gibt drei Faktoren, die immer wieder auffallen:*

1. In vielen Familien ist ein weiteres Familienmitglied betroffen, was auf eine vererbte Ursache hinweist.
2. Eine große nächtliche Urinmenge, die offensichtlich das Fassungsvermögen der Blase übersteigt.
3. Mangelnde Wahrnehmung des Füllungsstatus der Blase während des Schlafes, verbunden mit erschwerter Erweckbarkeit und fehlender Unterdrückung der Blasenentleerung.

Sehr selten kann das nächtliche Einnässen auch körperliche Ursachen haben, zum Beispiel häufige Harnwegsinfektionen, Nervenstörungen, Störungen der Blasenmuskelfunktion, angeborene Fehlbildungen des Harntraktes oder Stoffwechselstörungen. Körperliche Ursachen sind relativ selten und fallen meist durch Beschwerden in anderen Bereichen auf.

**Muss man das nächtliche Einnässen behandeln?**

Diese Frage lässt sich nur für den Einzelfall und nach genauer Diagnostik beantworten. Jede körperliche Ursache muss erkannt und natürlich entsprechend behandelt werden. Hat man körperliche Ursachen ausgeschlossen, müssen die Belastung für Familie und Patienten, der Leidensdruck und die damit verbundene Gefahr der seelischen Beeinträchtigung abgewogen werden. Wichtig für eine Entscheidung zur Behandlung sind auch das Alter des Kindes und die Bereitschaft des Kindes und der Familie, aktiv an der Therapie teilzunehmen.

## **Was gibt es für Behandlungsmöglichkeiten?**

### *1. Kalenderführung und positive Verstärkung:*

Das Kind soll für 4 Wochen einen Kalender über nasse und trockene Nächte, zum Beispiel mit den Symbolen Sonne und Wolken, führen. Durch Lob für trockene Nächte soll das Kind Selbstvertrauen gewinnen und motiviert werden.

### *2. Klingelhose oder Klingelmatte (Alarmtherapie):*

Mit der Alarmtherapie soll das Kind lernen, trocken zu werden, entweder indem es ohne einzunässen durchschläft oder indem es aufwacht, wenn die Blase voll ist. Bei dieser Behandlung verursacht ein Gerät (in Verbindung mit einer Matte oder einem Feuchtigkeitsfühler) einen lauten Ton, wenn die ersten Urintropfen abgegeben werden. Das Ziel dieses Tones ist, dass das Kind so schnell wie möglich wach wird, um auf die Toilette zu gehen. Wacht das Kind nicht selbst auf, benötigt es die Hilfe eines Familienmitgliedes, um so schnell wie möglich geweckt zu werden. Es ist entscheidend, dass das Kind vollkommen wach wird und die Abläufe (Wachwerden, Toilettengang, Wechsel der Bettwäsche) bewusst wahrnimmt. Wichtig bei dieser Behandlung ist die regelmäßige Durchführung (jede Nacht) über einige Wochen. 70 % der Kinder werden trocken, die meisten benötigen 6 bis 10 Wochen. Wenn kein Erfolg eintritt, kann man das Programm nach Rücksprache verändern und nach 16 Wochen absetzen.

### *3. Medikamentöse Therapie: Desmopressin*

Dieses Arzneimittel soll bewirken, dass nachts, durch eine geringere Urinproduktion, die Blase nicht überfüllt wird und es so nicht zum Einnässen kommt. Die Wirkung tritt sehr schnell ein, deshalb wird Desmopressin abends als Tablette kurz vor dem Schlafengehen eingenommen. Die wichtigsten Nebenwirkungen umfassen (selten) leichte Kopf- und Bauchschmerzen. Da es in extrem seltenen Fällen zu einer Überwässerung (mit Bewusstlosigkeit) kommen kann, ist es wichtig, dass das Kind nach Einnahme von Desmopressin nicht mehr viel trinkt und natürlich vorher nicht ungewöhnlich große Flüssigkeitsmengen getrunken hat. Die genaue Dosierung wird über 4 Wochen ermittelt. Die Dosierung beträgt maximal 2 Tabletten (zu 0,2 mg). Falls kein Erfolg eintritt, sollte die Medikation nach 4 Wochen beendet werden. Die Behandlungsdauer sollte 1 bis 3 Monate betragen, danach sollte ein Auslassversuch erfolgen. Fast 70% der Kinder werden trocken oder nässen seltener ein, die meisten erleiden aber einen Rückfall nach dem Absetzen.

In seltenen Fällen kann man auch andere Medikamente (Antidepressiva) und ausführliche Trainingsprogramme (Arousal Training) einsetzen.

## **Wie lange dauert es, bis das Kind trocken ist?**

Diese Frage lässt sich leider nicht genau beantworten. Jedes Kind und jeder Verlauf ist verschieden. Einige Kinder werden schon nach Kalenderführung trocken, andere brauchen ein Klingelgerät über einige Wochen bis Monate, um den Lernerfolg zu haben. Wichtig bei allen Maßnahmen ist die konsequente Durchführung! Der Einsatz lohnt sich!

Falls Sie mehr Informationen wünschen, finden Sie diese im Ratgeber Einnässen (von Gontard & Lehmkuhl, 2004).

**Was heißt eigentlich „tagsüber Einnässen“?**

Wenn Kinder ab einem Alter von 5 Jahren regelmäßig bzw. mehrmals im Monat tagsüber die Hose nass haben, spricht man von Einnässen tagsüber bzw. Harninkontinenz. Für Kinder kann das Einnässen, besonders im Schulalter, zu einem Problem werden, wenn es Freunden oder Klassenkameraden auffällt. Deswegen versuchen die Kinder häufig, dieses Problem geheimzuhalten, was aber nicht immer möglich ist.

**Wie häufig ist das Einnässen tagsüber?**

Dieses Problem ist häufiger, als Sie vielleicht denken. Nach neueren Untersuchungen nässen, je nach Definition, ca. 2 bis 3 % der Jungen und ca. 3 bis 4 % der Mädchen im Alter von 7 Jahren tagsüber ein. Bis zum Jugendalter sind es weniger als 1 %.

**Gibt es Ursachen für das Einnässen tagsüber?**

Es gibt verschiedene Ursachen, die zum Einnässen tagsüber führen können. So können zum Beispiel Harnwegsinfektionen das Einnässen begünstigen, andererseits kommt es beim Einnässen häufiger zu Harnwegsinfektionen durch die nasse Unterwäsche. Psychische Faktoren können bei einzelnen Formen des Einnässens mitbeteiligt sein, wie z. B. beim Rückfall, ohne die Ursache zu sein. Auch leiden sehr viele Kinder unter dem Einnässen und können als Folge Verhaltensprobleme zeigen. Selten kann das Einnässen tagsüber auch körperliche Ursachen haben, zum Beispiel Nervenstörungen, Störungen der Blasenmuskelfunktion, angeborene Fehlbildungen des Harntraktes oder Stoffwechselstörungen. Deshalb ist eine genaue Untersuchung zum Ausschluss dieser seltenen Ursachen notwendig.

**Was gibt es für Formen des Einnässens und wie werden sie behandelt?****1. Idiopathische Dranginkontinenz**

*Was versteht man darunter?*

Die Kinder leiden unter einem überstarken Harndrang bei geringer Füllmenge der Blase, das heißt, die Kinder müssen sehr häufig, z. B. alle 15 Minuten, auf die Toilette. Dabei kann es zum ungewollten Einnässen, besonders am Nachmittag kommen. Dies ist die häufigste Form des Einnässens tagsüber, wobei Mädchen häufiger betroffen sind. Sie setzen häufig Haltemanöver ein, wie zum Beispiel Aneinanderpressen der Oberschenkel, Hüpfen von einem Bein auf das andere, Hockstellung, Fersensitz. Dabei wirken die Kinder oft abwesend, durch die Konzentration auf den Drang.

*Was gibt es für Behandlungsmöglichkeiten?*

1. Zuerst ist es wichtig, dass die Kinder auf die Haltemanöver verzichten und bei Harndrang direkt auf die Toilette gehen.
2. Das Kind soll einen sogenannten „Fähnchenplan“ führen, in dem eine „nasse Hose“ mit einer Wolke und ein „trockener Toilettengang“ mit einem „Fähnchen“ eingetragen werden. Es können natürlich auch andere Symbole verwendet werden. Oft reicht ein solcher Plan aus. Wenn nicht, kann er auch positiv verstärkt werden, das heißt für eine bestimmte Anzahl von „Fähnchen“ werden kleine Belohnungen ausgemacht, die das Kind dann erhält, wenn es bei den Plänen gut mitmacht. Mit diesen

Maßnahmen werden einige Kindern schon trocken, wobei zunächst die nassen Phasen seltener werden und erst später die Häufigkeit der Toilettengänge nachlässt.

### 3. Medikamentöse Therapie: Oxybutinin (oder Propiverin)

Dieses Arzneimittel soll bewirken, dass die Blase mehr Urin aufnehmen kann und die Drangsymptomatik abnimmt. Die Wirkung tritt schnell ein und hält mehrere Stunden an. Deshalb wird das Arzneimittel 2- bis 3-mal am Tag eingenommen. Die wichtigsten Nebenwirkungen sind Mundtrockenheit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Müdigkeit, fleckige Hautrötung, Erhöhung des Pulsschlages, Sehunschärfe. Die genaue Dosierung wird über 4 Wochen ermittelt. Die Behandlungsdauer sollte 2 bis 6 Monate betragen, danach sollte ein Auslassversuch erfolgen.

## **2. Harninkontinenz bei Miktionsaufschub**

*Was versteht man darunter?*

Die Kinder nassen tagsüber besonders dann ein, wenn sie in bestimmten Situationen nicht auf die Toilette gehen wollen, z.B. beim Spielen, Fernsehen, Schule. Der Toilettengang wird lange hinausgezögert und dies kann zu einer Angewohnheit werden. Die Kinder gehen am Tag meistens sehr selten auf die Toilette, weniger als 5-mal am Tag. Auch hierbei setzen sie Haltemanöver ein, wie sie oben beschrieben wurden, nämlich wenn die Blase übervoll ist.

*Was gibt es für Behandlungsmöglichkeiten?*

Das wichtigste Behandlungsziel ist, die Kinder wieder daran zu gewöhnen, häufiger am Tag auf die Toilette zu gehen. Sie können dies lernen, indem sie in einen Kalender eintragen, wann sie auf die Toilette gegangen sind. Das Ziel ist es, dass regelmäßig 7-mal am Tag auf die Toilette gegangen wird und die Abstände dabei nicht mehr als 3 Stunden betragen. Wenn solche einfachen Pläne nicht ausreichen, müssen die Kinder zu festen Zeiten von ihren Eltern auf die Toilette geschickt und das ebenfalls in einem Kalender eingetragen werden (sog. „Schickpläne“ mit regelmäßigen Schickzeiten). Um die Motivation des Kindes zu erhöhen, können positive Verstärker, das heißt kleine Belohnungen (z.B. Aufkleber, Karten, gemeinsame Spielzeiten usw.) verwendet werden. Dabei sollte aber nicht das „Trocken sein“ belohnt werden, sondern die Mitarbeit des Kindes, häufiger auf die Toilette zu gehen. Manchmal können auch Digitaluhren mit einstellbaren Weckzeiten hilfreich sein, so dass das Kind nach 3 bis 4 Stunden an den Toilettengang erinnert wird.

## **3. Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination**

*Was versteht man darunter?*

Hierbei handelt es sich um eine seltene Form der Einnässproblematik. Die Kinder haben Probleme während des Wasserlassens, das heißt: zu Beginn müssen die Kinder wiederholt pressen, bis der Urin fließt, der Harnstrahl ist nicht gleichmäßig und zum Teil unterbrochen. Die Blase wird nicht vollständig geleert, so dass es zu Harnwegsinfektionen kommen kann. Der Blasendruck ist erhöht, wodurch es ohne Behandlung zu Schädigung der Nieren kommen kann.

*Was gibt es für Behandlungsmöglichkeiten?*

Die Methode der Wahl ist das „Biofeedbackverfahren“. Dabei wird mit den Kindern ambulant ein Training über mehrere Stunden durchgeführt, bei dem die Kinder viel trinken und auf eine „Spezialtoilette“ gehen. Vor und nach jedem Toilettengang wird die Blase durch eine Ultraschalluntersuchung kontrolliert und das Ergebnis mit dem Kind besprochen. Für den Toilettengang bekommen die Kinder 3 Klebeelektroden (ähnlich wie ein Pflaster) auf den Po geklebt. Wichtig ist, dass die Kinder lernen, beim Wasserlassen entspannt zu sein. Um das entspannte Wasserlassen zu lernen, wird das Biofeedbacktraining durch-

geführt. Dabei hören die Kinder einen Piepton, sobald sie sich verkrampfen. Außerdem können sie auf einem Bildschirm die Stärke und Gleichmäßigkeit ihres Harnstrahls verfolgen. Das Training kann auch zu Hause mit einem tragbaren Gerät durchgeführt werden. Erst wenn sich die Blase koordiniert entleert, dürfen andere Behandlungen, z. B. für ein nächtliches Einnässen, durchgeführt werden.

**Wie lange dauert es, bis das Kind trocken ist?**

Diese Frage lässt sich leider nicht genau beantworten. Jedes Kind und jeder Verlauf sind verschieden. Alle oben beschriebenen Behandlungsmethoden sind erfolgreich und haben den meisten Kindern geholfen, trocken zu werden. Von daher lohnt sich der Einsatz!

Falls Sie mehr Informationen wünschen, finden Sie diese im Ratgeber Einnässen (von Gontard & Lehmkuhl, 2004).

**M03**

**Anamnesebogen zum Einnässen**  
bearbeitet von S. Seifen und D. Röhling

Name:  
Geburtsdatum:  
Straße:  
Wohnort:  
Telefon:  
Einweisender Arzt:  
Vorstellungsanlass:

**Tag:**

Kind trocken? ja  Seit wann?  
nein   
Längste trockene Phase? Wann:  
Wie lange:  
Häufigkeit des Einnässens z. Zt. \_\_\_\_\_ Mal/Tag  
\_\_\_\_\_ Mal/Woche

Welche Menge? von außen sichtbar   
nur Unterhose nass

In welchen Situationen ist Einnässen besonders häufig? Spielen   
Fernsehen   
Hausaufgaben   
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wie häufig tagsüber auf die Toilette:**

**Trinkmenge/Tag:**

Muss das Kind zur Toilette geschickt werden? ja  nein   
Auffälligkeiten beim Wasserlassen: Stottern  nein   
Pressen   
Sonstige

**Haltemanöver?** ja  nein  welche? \_\_\_\_\_

**Einkoten?**  wie häufig? \_\_\_\_\_ am Tag  
\_\_\_\_\_ pro Woche  
seit wann? \_\_\_\_\_

Obstipation?

Regelmäßiger Stuhlgang?

**Harnwegsinfekte?** Behandlungsepisoden:  
Langzeitprophylaxe:

Voruntersuchungen?

Bereits stattgefundene Therapien:

**Nacht:**

**Kind trocken?**

ja

Seit wann?

nein

Längste trockene Phase?

wann:

wie lange:

Häufigkeit des Einnässens in einer Nacht:

einmal

Mindestens zweimal

Jede Nacht in der Woche nass?

ja

nein

wie oft:

 Nächte/Woche

Menge:

Bett schwimmt

nur eine feuchte Stelle im Laken

Unterhose nass, Bett soweit trocken

Unterschiedlich

Trägt Ihr Kind Windeln?

ja

nein

**Wird Kind im nassen Bett wach?**

ja

nein

wie schwer erweckbar: leicht

schwer

fast unmöglich

richtig wach?

ja

nein

Voruntersuchungen:

Vorbehandlungen:

nein

ja

Weckversuche

Flüssigkeitsrestriktion

Kalenderführung

AVT

Belohnung/Bestrafung

Medikamente

Sonstiges



## Eigenanamnese

Wievielte Schwangerschaft?

Verlauf:            unauffällig   
                         auffällig

Krankheiten  
Alkohol/Drogenabusus  
Medikamenteneinnahme  
Vorzeitige Wehen

## Geburt:

**In welcher Schwangerschaftswoche?**

Spontan       Vakuumextraktion       Forceps       Sectio

**Gewicht** \_\_\_\_\_ **Länge** \_\_\_\_\_      **APGAR**      **Kopfumfang**

(gelbes Untersuchungsheft)

## Neugeborenenperiode:

Auffälligkeiten: Gelbsucht       Phototherapie       Zeitraum   
                         Anpassungsstörungen   
                         Verlegung in andere Klinik   
  
Frühchen       Atmungsprobleme       Beatmung   
Wärmebettchen       Sepsis       Sonstiges \_\_\_\_\_

## Säuglingsperiode:

**Gestillt:**      nein   
                         ja       wie lange? \_\_\_\_\_

**Beschreibung des Kindes als Säuling:** Schreikind  
                         ruhiges Kind  
                         Sonstiges

## Kleinkindperiode:

**Freies Laufen:**

**Sprachentwicklung (Zweiwortsätze):**

**Kindergarten**    nein   
                         ja       Zeitraum  
                         Trennungsproblematik  
                         Auffälligkeiten in Gruppe  
                         Nachmittagsbetreuung durch

## Einschulung:

wann geplant  
seit wann  
welche Schule  
Lieblingsfächer Schule  
Nachmittagsbetreuung durch

**Hobbies**

**Vereine?**

**Psychische Auffälligkeiten**      nein   
ja  welcher Art  
seit wann  
Äußerung wie  
mit welcher Intensität

**Kinderkrankheiten**  
**Sonstige Krankheiten**

**Impfungen**                      vollständig   
nicht vollständig

**Allergien**

**Bisher durchgeführte Leistungsdiagnostik**

**Familienanamnese**

	<b>Mutter:</b>	<b>Vater:</b>
Geburtsdatum		
Schulabschluss		
Ausbildung		
Ausgeübter Beruf		
– Vollzeit		
– Teilzeit		
Erkrankungen, Psychische Erkrankungen (Depression, Psychose, Suchterkrankungen)		
sonstige Erkrankungen		
<b>Erkrankungen in der Familie der Mutter:</b>		
Vater der Mutter		
Mutter der Mutter		
Geschwister		
<b>Enuresisanamnese:</b>	Kindsmutter	
(Stammbaum)	Mutter der Mutter	
	Vater der Mutter	
	Schwestern	
	Brüder	
	Andere	
<b>Erkrankungen in der Familie des Vaters:</b>		
Vater des Vaters		
Mutter des Vaters		
Geschwister		

**Enuresisanamnese:** Kindsvater  
(Stammbaum) Mutter des Vaters  
Vater des Vaters  
Schwestern  
Brüder  
Andere

**Bei getrennt lebenden Paaren:**

wann Trennung:

wann Scheidung:

Seit wann lebt Vater/Mutter nicht mehr in der Familie:

Besteht noch Kontakt zu Vater/Mutter und Geschwistern:

**1. Geschwister:**

**2. Geschwister:**

**3. Geschwister:**

**Alter:**

**Schule:**

**Krankheit:**

**Enuresis:**

**M04**

## **Kind-Interview und Körperschema**

nach R. Butler (1987) (bearbeitet von M. Sonnenschein und B. Benden)

Weshalb bist du hier?

(Was wünschst du dir, was hier mit dir passieren soll?)

Was meinst du, was mit dir los ist, fühlst du dich krank?

### **Fragen zum Körperverständnis/zur Körperfunktion**

(Wir reden jetzt die ganze Zeit über dich, hast du mal Lust, ein Bild von dir zu malen?)

Körperschema vorgeben:

Das ist ein Mädchen/Junge: Woran erkennt man, dass das ein Mädchen/Junge ist?

(Benennen die Kinder auch das Geschlechtsteil? Welche Worte gebrauchen die Kinder für das Geschlechtsteil?)

Wo kommt der Urin/Pipi her? Wie entsteht er? Mal es in die Zeichnung!

(Hat das Kind eine Vorstellung von der Blase?)

### **Fragen zum Toilettengang**

Wie merkst du, dass du mal musst?

– ich merke es nicht

– es kribbelt im Bauch

– ich kann nicht mehr laufen

– ich denke nur noch dran

– ich habe Schmerzen

– Sonstiges \_\_\_\_\_

### **Fragen zum Einnässen**

Beim Einnässen nachts: Zeichne 2 Bilder, wie das ist, wenn du aufwachst und eingenässt hast/nicht eingenässt hast!

Beim Einnässen tags: Zeichne 2 Bilder, wie das ist, wenn du beim Spielen eingenässt hast/nicht eingenässt hast!

Beschreibe sie!

(Malt das Kind sich alleine? Bezieht es andere mit ein? Welche Gefühle werden dargestellt: Freude/Traurigkeit/Ärger?)

Was findest du schlecht daran, einzunässen?

(Frage nach Schulausflügen, Übernachtungen, Bestrafungen, Windeln, Duschen usw.)

Was findest du gut daran, einzunässen?

– es ist warm

– brauche nicht aufzustehen

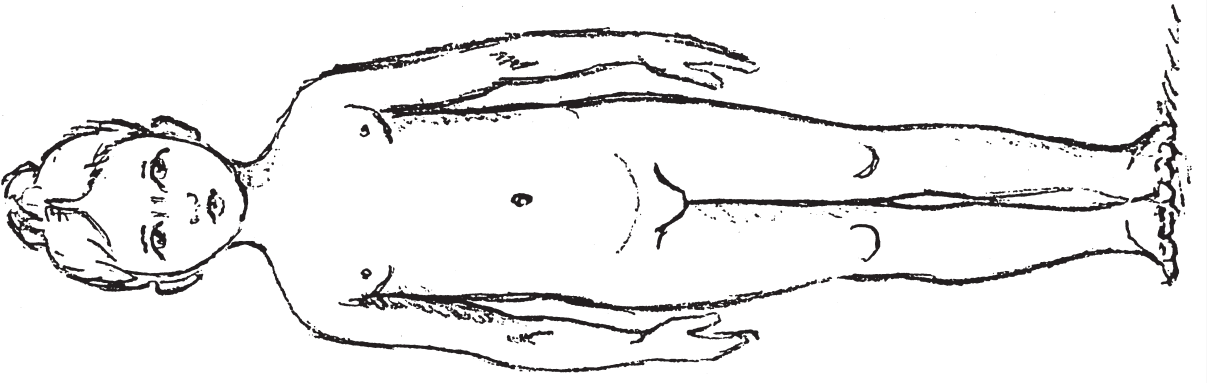
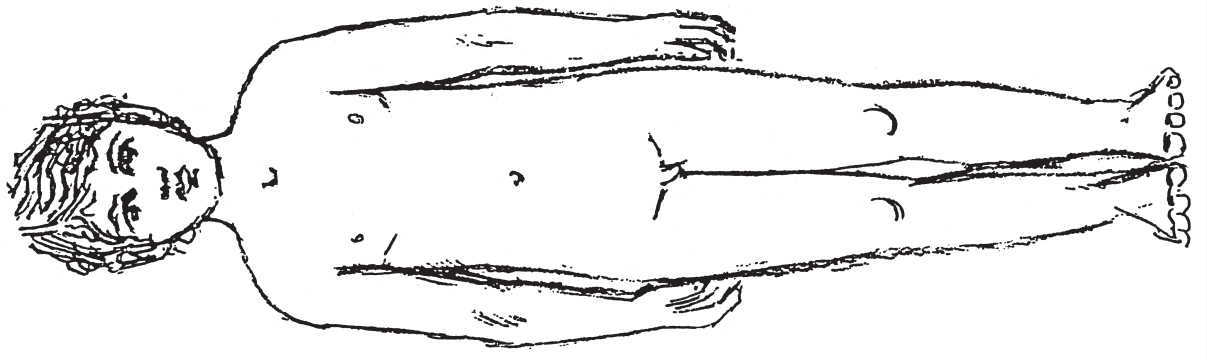
– kann zu Hause bleiben

– Mutter kümmert sich mehr um mich

– es betritt niemand das Zimmer, weil es stinkt

– habe mein eigenes Bett/Zimmer

– kann meine Mutter ärgern



Was sagt deine Mutter/dein Vater/deine Geschwister dazu?

- Mutter unterstützend:
- sagt, es macht ihr nichts aus
  - sagt, andere tun es auch
  - weist mich nicht zurecht
  - wünscht sich, dass ich aufhöre
- intolerant:
- sagt, es sei Faulheit
  - schimpft
  - verlässt schnell das Zimmer
- neutral:

Vater: unterstützend/intolerant/neutral

Geschwister: unterstützend/intolerant/neutral/gleiches Problem

Wer weiß, dass du einnässt?

- Teile der Familie
- ganze Familie
- Freunde: 1 - 2 - 3 - oder mehr

Hat es jemand verraten?

Wer darf es nicht wissen?

Weißt du, wie viele aus deiner Klasse das gleiche Problem haben?

Hast du eine Erklärung, warum du einnässt?

Was glaubt deine Mutter, sei die Erklärung?

Was habt ihr schon versucht, damit du trocken wirst?

- Trinkverhalten
- Toilettenverhalten
- Schlafverhalten
- Praktische Ideen
- Medizin



## **48-Stunden-Protokoll über Toilettengang und Einnässen**

Um Ihr Kind richtig betreuen zu können, sind wir auf Ihre Beobachtung angewiesen.

Bitte notieren Sie an zwei Tagen, an dem Ihr Kind nicht zur Schule oder in den Kindergarten geht, jedes Wasserlassen sowie jedes Einnässen. Dies sollte in dem Zeitraum vom ersten Wasserlassen morgens bis zum nächsten Tag, möglichst bis zum Abend festgehalten werden.

Bitte sprechen Sie am Tag vorher mit Ihrem Kind darüber. Es soll Ihnen jedesmal Bescheid sagen, wenn es zur Toilette gehen muss. Es sollte dann in ein Messgefäß oder in ein Töpfchen Wasserlassen. Sie brauchen den Urin nicht aufzubewahren.

In dieser Zeit sollte Ihr Kind nur nach Harndrang zur Toilette gehen, also nicht von Ihnen zum Toilettengang angehalten werden.

Notieren Sie dann bitte in dem umseitigen Protokollbogen Uhrzeit und Urinmenge. Wenn das Kind eingenässt hat, auch wenn die Hose nur feucht ist, kreuzen Sie dieses an.

Unter „Drangsymptomatik“ machen Sie ein Kreuz, wenn das Kind bei plötzlichem Harndrang die Beine zusammenpresste, in die Hocke ging, zur Toilette rennen musste und/oder dabei vorzeitig Urin ließ.

Auffälligkeiten beim Wasserlassen kreuzen Sie bitte in der Spalte „Pressen/Stottern“ an. Achten Sie darauf, wie stark und kontinuierlich der Harnstrahl ist.

Die Urin- und Trinkmenge messen Sie bitte mit dem Messbecher ab.

**VIELEN DANK!**





	Ja	Nein	?
<b>Verhalten bei Harndrang</b>			
Hat Ihr Kind urplötzlichen, überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss bei Harndrang sofort die Toilette aufgesucht werden, weil das Kind sonst einnässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt Ihr Kind Haltemanöver, um den Drang zurückzuhalten, z.B. Herumhampeln, Beine zusammenpressen, Fersensitz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchen Situationen? _____			
<b>Besonderheiten</b>			
Besteht ständiges Harnträufeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es nach dem Gang auf die Toilette zum Harnverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt das Kind das Einnässen wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Harnwegsinfektionen</b>			
Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion (Blasen-, Nierenbeckenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja wie viele? _____			
mit Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stuhlverhalten</b>			
Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es bei Ihrem Kind zu unkontrolliertem Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlschmierern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, war Ihr Kind schon sauber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie lange? _____			
in welchem Alter? _____			
An wievielen Tagen pro Woche kotet Ihr Kind ein? _____			
In welchen Situationen? _____			
<b>Verhalten</b>			
Falls Ihr Kind schon einmal trocken war, sehen Sie einen Zusammenhang mit einem bestimmten Auslöser für das erneute Einnässen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche(n)? _____			
Tritt das Einnässen mit Stress und Belastungssituationen häufiger auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____			
Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zappelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>?</b>
Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unkontrolliertes, impulsives Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert Ihr Kind mit aggressivem, trotzigem, verweigerndem Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt es Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schätzen Sie Ihr Kind als ängstlich ein (z. B. in bestimmten Situationen, bei besonderen Personen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind traurig, unglücklich, zieht es sich zurück, meidet es Kontakte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die sprachliche und körperliche Entwicklung verzögert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche sonstigen Probleme zeigt Ihr Kind? _____			
Leidet Ihr Kind sehr unter dem Einnässen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**M07****Elternfragebogen für Kinder mit Einnässen, rezidivierenden Harnwegsinfekten, Blasenfunktionsstörungen**

bearbeitet von B. Benden, A. von Gontard und M. Sonnenschein

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ihr Kind leidet an einer Störung der Blasenfunktion. Damit wir es richtig betreuen können, sind wir auf Ihre Informationen angewiesen. Falls Sie mit der Beantwortung folgender Fragen Schwierigkeiten haben, bitten Sie eine(n) Mitarbeiter(in) unserer Ambulanz um Hilfe.

Sind *Harnwegsinfektionen* vorausgegangen?Ja  Nein  ?? 

Seit wann? \_\_\_\_\_ Wieviele im Jahr? \_\_\_\_\_ Zuletzt wann? \_\_\_\_\_

Symptome der Harnwegsinfektionen: \_\_\_\_\_

Wurde eine *antibiotische Langzeitprophylaxe* durchgeführt?Ja  Nein  ?? 

Harnwegsinfektionen während antibiotischer Langzeitprophylaxe?

Ja  Nein  ?? 

*Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf Zeiten mindestens 4 Wochen nach einer Harnwegsinfektion, zum Beispiel auch auf solche Zeiten, in denen das Kind Antibiotika nahm und frei von Harnwegsinfektionen war.*

Wann nässt Ihr Kind ein? Nur tagsüber? Nur nachts? Tagsüber und nachts? 

Wie häufig nässt Ihr Kind ein?

pro Tag: Täglich einmal Täglich mehrmals? Nachts einmal? Nachts mehrmals? 

wie oft? \_\_\_\_\_

wie oft? \_\_\_\_\_

pro Woche: 1–2-mal in der Woche? 3–4-mal in der Woche? 5–6-mal in der Woche? 7-mal in der Woche 

(jeden Tag bzw. jede Nacht)?

Tags

Nachts

Könnte einer oder mehrere der unten angeführten Anlässe der Auslöser für das Einnässen Ihres Kindes sein?

Ja                       Nein                       ??

Kreuzen Sie den (die) in Frage kommende(n) Auslöser an.

- Umzug
- Krankheit des Kindes
- Geburt eines Geschwisters
- Kindergartenbesuch
- Einschulung
- Schulprobleme
- Trennung von einer geliebten Person
- Todesfall in der Familie
- Scheidung der Eltern

Wenn keiner der genannten Anlässe zutrifft:

Bitte schreiben Sie auf, was Ihrer Meinung nach als Auslöser für das Einnässen Ihres Kindes in Frage kommen könnte:

---

---

### Einnässen tagsüber

Nässt Ihr Kind tagsüber ein?

Ja                       Nein                       ??

War Ihr Kind tagsüber schon mal trocken?

Ja                       Nein                       ??

- |                                       |                        |                             |                               |                             |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Wenn ja, wie lange?                   | mindestens 3 Monate    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ?? <input type="checkbox"/> |
|                                       | 6 Monate               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ?? <input type="checkbox"/> |
|                                       | 12 Monate              | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ?? <input type="checkbox"/> |
| Ist die Wäsche                        | feucht                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ?? <input type="checkbox"/> |
|                                       | triefend nass          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ?? <input type="checkbox"/> |
| Nässt es überwiegend nachmittags ein? |                        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ?? <input type="checkbox"/> |
|                                       | verteilt über den Tag? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ?? <input type="checkbox"/> |
|                                       | anders, wann?          |                             |                               | <hr/>                       |

Gibt es tagsüber ganz bestimmte Situationen, in denen das Kind einnässt?

Ja                       Nein                       ??

- Wenn es in ein Spiel vertieft ist.
- Wenn es fernsieht.
- Wenn es sich über etwas aufregt.
- Wenn es sich über etwas ärgert.
- Wenn es mit anderen Kindern zusammen ist.
- Wenn es sich auf etwas freut und schon zappelig ist.

Wenn keine von diesen Situationen zutrifft, schreiben Sie bitte auf, in welchen Situationen Ihr Kind einnässt.

---

---



Wecken Sie Ihr Kind noch einmal, schicken Sie es noch einmal zur Toilette, bevor Sie selbst zu Bett gehen?

Ja                       Nein                       ??

Zu welcher Uhrzeit ungefähr? \_\_\_\_\_

Kommt es manchmal vor, dass Ihr Kind nachts allein aufsteht und zur Toilette geht?

Ja                       Nein                       ??

Wenn Ihr Kind nachts zur Toilette geht:

Muss es über einen dunklen Flur laufen?

Muss es eine Treppe rauf/runter laufen?

Muss es von seinem Zimmer recht weit laufen?

Muss es durch ein Zimmer, in dem noch andere schlafen gehen?

Etwas anderes ist der Fall, was? \_\_\_\_\_

Meldet sich Ihr Kind, wenn es eingemischt hat, also noch in der Nacht?

Ja                       selten                       Nein   
   oft   
   immer

Gibt es bestimmte Anlässe, nach denen Ihr Kind nachts einmischt?

Ja                       Nein                       ??

Wenn es am Tag zuvor etwas Aufregendes erlebt hat.

Wenn es abends etwas Spannendes im Fernsehen gesehen hat.

Wenn es tagsüber Probleme gab.

Wenn es abends sehr viel getrunken hat.

Wenn es besonders müde ist und besonders tief schläft.

Wenn es von einem Traum aufwacht.

Wenn keiner dieser Anlässe zutrifft, schreiben Sie bitte auf, bei welchem Anlass Ihr Kind einmischt. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es Gründe dafür, dass Ihr Kind nachts einmischt?

Ja                       Nein                       ??

Wenn ja, was sind Ihrer Meinung nach die Gründe dafür, dass Ihr Kind nachts einmischt, statt auf die Toilette zu gehen?

Das Kind schläft zu fest; es merkt nicht, wann es zur Toilette muss.

Es hat Angst vor der Dunkelheit.

Es will die anderen nicht wecken.

Es fürchtet sich allgemein.

Andere Gründe, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Toilettengang/Trinkverhalten

Wie oft geht Ihr Kind pro Tag zum Wasserlassen? \_\_\_\_\_

Schicken Sie Ihr Kind zur Toilette?

Ja                       Nein                       ??

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Wann? morgens?  vor dem Zubettgehen?  bei Haltemanövern?   
Wann sonst? \_\_\_\_\_

Wie reagiert Ihr Kind bei der Aufforderung, zur Toilette zu gehen? \_\_\_\_\_

Geht Ihr Kind auch ohne Harndrang zur Toilette?

Ja  Nein  ??

Geht Ihr Kind im Kindergarten oder in der Schule auf Toilette?

Ja  Nein  ??

Wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

Wie ist die Toilette beschaffen?

- Toilette ist im Badezimmer
- Toilette ist im Raum mit einer Dusche
- Toilette liegt separat
- Toilette ist ein sehr kleiner und enger Raum
- Toilette hat eine schlechte Beleuchtung
- Toilette lässt sich nur schwer lüften
- Andere Besonderheiten. Welche? \_\_\_\_\_

Wieviel trinkt Ihr Kind durchschnittlich pro Tag? \_\_\_\_\_ Liter/Tag

Trinkt Ihr Kind am Tag

- auffällig viel? Ja  Nein  ??

- auffällig wenig? Ja  Nein  ??

### Blasenentleerung

Verhält sich Ihr Kind beim Wasserlassen auf der Toilette merkwürdig?

Ja  Nein  ??

Wenn ja, wie und in welcher Situation? \_\_\_\_\_

Wie oft? ständig?  öfters?  ausnahmsweise?

Muss Ihr Kind vor oder während des Wasserlassens anhaltend pressen?

Ja  Nein  ??

Drückt Ihr Kind beim Wasserlassen mit den Händen auf den Bauch

Ja  Nein  ??

Wasserlassen erfolgt in einem Zug Ja  Nein  ??

mit Unterbrechung Ja  Nein  ??

Kommt es zu Unterbrechungen, wieviele durchschnittlich?

Strahl stotternd

in 1-2 Portionen

mehr als 2 Portionen

Ist der Harnstrahl kräftig?

Ja  Nein  ??

Wenn nicht, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_



Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, den Harnfluss bei voller Blase in Gang zu setzen?

Ja                       Nein                       ??

Wenn ja, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

Geht Ihr Kind einige Minuten nach dem Wasserlassen wieder zur Toilette?

Ja                       Nein                       ??

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Verspürt Ihr Kind unmittelbar nach dem Wasserlassen nochmal Harndrang?

Ja                       Nein                       ??

### Verhalten bei Harndrang

Verhält sich Ihr Kind bei Harndrang auffällig?

Ja                       Nein                       ??

Wenn ja, beschreiben Sie sein Verhalten: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind urplötzlich überstarken Drang?

Benutzt Ihr Kind vorübergehend Haltemanöver zur Unterdrückung des Harndrangs?

Ja                       Nein                       ??

Wenn ja, wie:

- Herumhampeln, Beine zusammenpressen
- Fersensitz
- Hocke
- Beine über Kreuz
- Manuelles Abdrücken bzw. Abkneifen an der Harnröhre

In welcher Situation? \_\_\_\_\_

Wie oft?    ständig?     öfters?     ausnahmsweise?

Rennt Ihr Kind zur Toilette?

Ja                       Nein                       ??

Schiebt Ihr Kind das Wasserlassen möglichst lange auf und hat dann überstarken Druck?

Ja                       Nein                       ??

Wenn ja, in welcher Situation? \_\_\_\_\_

Kommt es trotz Haltemanöver zum Einnässen?

Ja                       Nein                       ??

Kann Ihr Kind Harndrang unterdrücken, bis es die Toilette erreicht? (beim Einkaufen, bei Autofahrten)

Ja                       Nein                       ??

Kennt Ihr Kind das Gefühl von Blasenfülle?

Ja                       Nein                       ??

Hat Ihr Kind Angst, die Toilette nicht rechtzeitig zu erreichen?

Ja                       Nein                       ??

### Stuhlentleerung

In welchem Alter konnte Ihr Kind etwa die Entleerung seines Darms, also seinen Stuhlgang kontrollieren?

Im Stuhlgang war es mit \_\_\_\_\_ Jahren sauber

Kotet Ihr Kind ein?

Ja                       Nein                       ??

Seit wann? \_\_\_\_\_

Besteht „Stuhlschmierer“? Spuren in der Hose?

Ja                       Nein                       ??

Wie häufig kotet Ihr Kind ein?

täglich?                       öfters?                       ausnahmsweise?

nur bei Blähungen?                       nur bei Haltemanövern?                       \_\_\_\_\_ Tage/Woche

Hat Ihr Kind Verstopfung?

Ja                       Nein                       ??

Seit wann? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind jeden Tag Stuhlgang

Ja                       Nein                       \_\_\_\_\_ Tage/Woche

Ist Ihnen im Verlauf der Sauberkeitserziehung an Ihrem Kind etwas besonderes aufgefallen?

Nein

Ja  und zwar: \_\_\_\_\_

### Reaktionen des Kindes auf das Einnässen

Verheimlicht das Kind Ihnen gegenüber, dass es eingenässt hat, oder sagt es Bescheid?

Das Kind verheimlicht es

Das Kind sagt es

Falls das Kind es verheimlicht, wie verhält es sich?

Zieht sich zurück und wechselt die Unterhose/Kleidung

Behält die nassen Sachen an

Es verhält sich noch anders

wie? \_\_\_\_\_

Wenn das Kind eingenässt hat und Ihnen dies mitteilt, mit welchen Worten etwa sagt es das?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie reagiert Ihr Kind darauf, wenn es eingenässt hat?

Es macht ihm nichts aus

Es ist ihm peinlich

Es ist betrübt über den Vorfall

Es ist „stolz“ darauf

Es ist erschrocken darüber

Es macht sich selbst lustig darüber

Es leidet darunter

Es will nicht, dass darüber geredet wird

Es will nicht, dass es jemand erfährt

Es weint

Es hat schlechte Laune

Anders. Wie? \_\_\_\_\_

Leidet das Kind unter dem Einnässen?

Ja                       Nein                       ??

Wenn ja: Reagiert es mit Schamgefühl?

mit Vertuschungsversuch

mit Tarnmanövern

Wie reagiert es, wenn es auf das Einnässen angesprochen wird?

gleichgültig                       verlegen                       überspielend

verleugnend                       aggressiv

Ist Ihr Kind bereit, über das Einnässen zu sprechen?

Ja                       Nein                       ??

Ist Ihr Kind bereit bei Maßnahmen aktiv mitzuarbeiten?

Ja                       Nein                       ??

### Reaktionen der Umwelt auf das Einnässen

Wie reagieren Sie darauf, wenn Ihr Kind eingenässt hat, bzw. wenn Sie bemerken, dass Ihr Kind das Bett nass gemacht hat?

	Mutter	Vater
Ich gehe ohne Kommentar darüber hinweg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schimpfe mit dem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ärgere mich darüber, lasse mir aber nichts anmerken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ärgere mich und lasse das Kind den Ärger auch spüren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache dem Kind Vorwürfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ermahne es, dass es sich das nächste Mal mehr anstrengen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bestrafe das Kind. Wie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anders. Wie? \_\_\_\_\_

Wie reagieren Sie, wenn Ihr Kind nicht einnässt, sondern von sich aus auf die Toilette geht, bzw. wenn Sie am Morgen feststellen, dass das Bett trocken ist?

	Mutter	Vater
Nicht besonders, das ist für mich selbstverständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich freue mich darüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lobe das Kind dafür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sage: „Warum klappt das nicht immer so.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebe dem Kind dafür eine kleine Belohnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe ohne Kommentar darüber hinweg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anders. Wie? \_\_\_\_\_

Wenn Sie Ihr Kind tagsüber kontrollieren, ob es eingenässt hat: Wie machen Sie das?

Ich frage das Kind.

Ich überzeuge mich selbst, ob die Wäsche nass ist.

Anders. Wie? \_\_\_\_\_

Wenn Sie Ihr Kind tagsüber kontrollieren, ob es eingenässt hat: Wann machen Sie das?

- Wenn ich dem Kind anmerke, dass es eingenässt hat.
- Wenn ich gerade daran denke.
- Regelmäßig zu bestimmten Zeiten.
- Wann sonst? \_\_\_\_\_

Wem in Ihrer Familie macht das Einnässen Ihres Kindes am meisten aus?

- Der Mutter
- Dem Vater
- Den Geschwistern
- Welchem besonders: \_\_\_\_\_
- Dem Kind selbst
- Anderen. Wem? \_\_\_\_\_

Was macht Mutter/Vater am meisten aus?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wem in Ihrer Familie macht das Einnässen Ihres Kindes am wenigsten aus?

- Der Mutter
- Dem Vater
- Den Geschwistern
- Dem Kind selbst
- Anderen. Wem? \_\_\_\_\_

#### Bewältigungsversuche der Eltern

Wie verhalten Sie sich, um das Einnässen Ihres Kindes *tagsüber* zu verhindern?

- Ich erinnere das Kind regelmäßig daran, zur Toilette zu gehen.
- Wenn ich selbst gerade daran denke, schicke ich es zur Toilette.
- Ich verlasse mich darauf, dass das Kind selbst weiß, wann es zur Toilette gehen muss.
- Ich kontrolliere des Öfteren, ob es trocken ist und schicke es dann zur Toilette.
- Ich sage ihm, dass ich es bestrafe, wenn es die Hose nass macht.
- Anders, wie? \_\_\_\_\_

Wie verhalten/verhielten Sie sich, um das Einnässen Ihres Kindes *nachts* zu verhindern?

- Ich wecke das Kind nachts.
- Ich schaue, dass das Kind weniger trinkt.
- Ich gebe dem Kind Belohnungen.
- Ich habe das Kind gezielt bestraft.
- Ich habe dem Kind Windeln angezogen.
- Ich habe Gummiunterlagen ins Bett gelegt.
- Ich habe das Kind selbst die nasse Bettwäsche abziehen lassen.
- Andere Maßnahmen. Welche? \_\_\_\_\_

#### Angaben zur Sauberkeitserziehung

In welchem Alter des Kindes haben Sie mit der Sauberkeitserziehung begonnen?

- Das Kind war unter 1 Jahr alt
- 1-2 Jahre alt

- 2-3 Jahre alt
- 3-4 Jahre alt
- 4-5 Jahre alt
- über 5 Jahre alt

Haben Sie sich bei der Sauberkeitserziehung Ihres Kindes an anderen orientiert?

Ja       Nein       ??

Wenn ja:      Mutter   
                  Schwiegermutter   
                  Freundin   
                  andere, welche: \_\_\_\_\_

Wer füllte diesen Fragebogen aus?

---

---

Bemerkungen/ Sonstiges:

---

---

---

---

---

---

---

---

**M08****Elternfragebogen: Gefühle über das Einnässen  
von R. Butler (1994), übersetzt von A. von Gontard**

Bitte kreuzen Sie JA an, wenn die jeweilige Aussage Ihre Gefühle beschreibt oder NEIN, wenn die Aussage nicht Ihre Gefühle beschreibt.

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
1. Jedes einnässende Kind tut mir Leid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich versuche ihm/ihr zu helfen, sich nicht schlecht zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es ist schade, dass das Einnässen ihn/sie daran hindert, mehr zu unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es ist peinlich einzunässen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Wäsche stört mich nicht, weil er/sie nichts dafür kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich sage ihm/ihr, dass es nichts ausmacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Einnässen hört normalerweise von selbst auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich finde es schwierig, mich an die nassen Sachen zu gewöhnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn das Bett nass ist, zeige ich ihm/ihr meine Enttäuschung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich versuche ihm/ihr zu erklären, wie unangenehm das Einnässen für andere ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Das Einnässen ist für uns alle ein Ärgernis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich verstehe nicht, warum mein Kind nicht trocken sein kann, wenn andere Kinder es schaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kinder könnten mit dem Einnässen aufhören, wenn sie sich mehr anstrengen würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn er/sie etwas älter wäre, würden wir den ganzen Ärger mit den nassen Sachen nicht haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich bestrafe mein Kind für das Einnässen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ein Klaps nach dem Einnässen hat noch niemandem geschadet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







**M11**

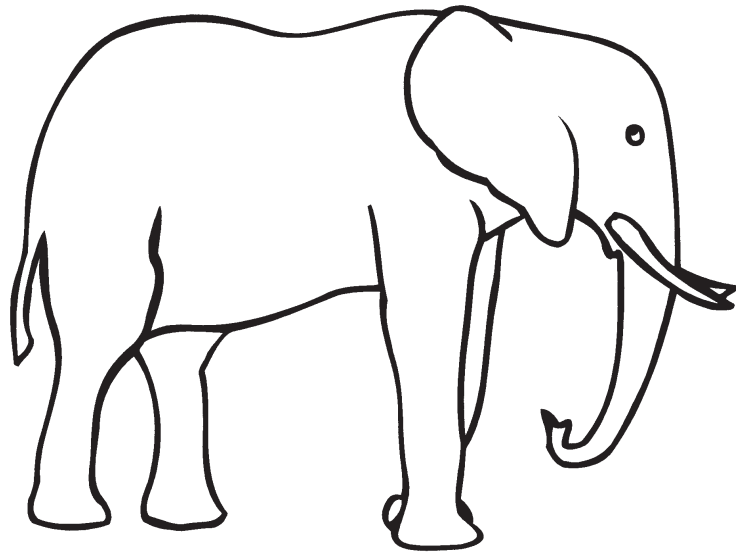
**Kinderfragebogen: Auswirkungen des Bettnässens**  
von R. Butler (1994), übersetzt von A. von Gontard

Was denkst du/fühlst du darüber:

- |  |                               |                                   |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Mama hat viel Extrawäsche dadurch.                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Es ist kalt, wenn ich aufwache.                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Mein Schlafzimmer stinkt.                             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 4. Ich muss jeden Morgen duschen/baden.                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 5. Ich muss Freunde aus meinem Raum fernhalten.          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 6. Getränke werden vor dem Schlafengehen verboten.       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 7. Ich muss mein Bett selbst beziehen.                   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 8. Ich muss früher zu Bett gehen.                        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 9. Ich muss sofort aufstehen.                            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 10. Mama/Papa sind ärgerlich mit mir.                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 11. Meine Geschwister hänseln mich.                      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 12. Ich bin verärgert über das Bettnässen.               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 13. Ich habe Angst, dass andere es herausfinden.         | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 14. Ich fühle mich anders als meine Freunde.             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 15. Bei meinem Freund zu übernachten, ist nicht möglich. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 16. Es ist schwierig, dass Freunde bei mir übernachten.  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |
| 17. Schulausflüge mit Übernachtungen sind unmöglich.     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> ja |

M12

Sonne-Wolken-Kalender



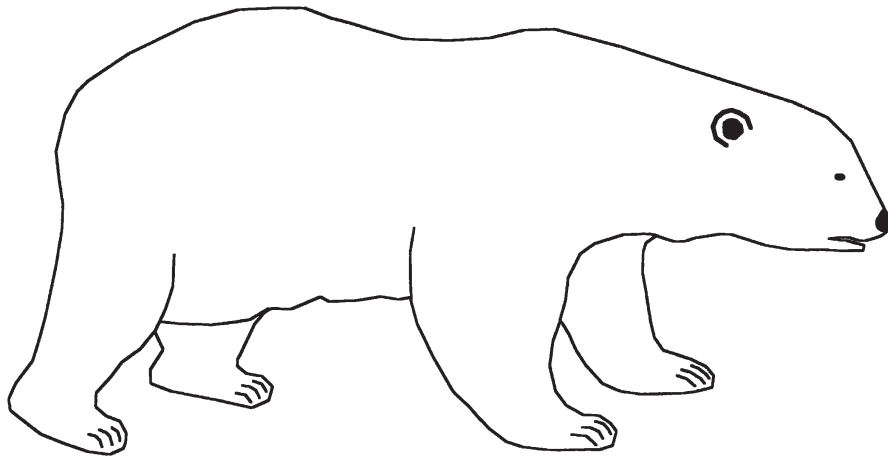
Dieser Plan gehört: \_\_\_\_\_

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1. Woche							
2. Woche							
3. Woche							
4. Woche							

M12

Sonne-Wolken-Kalender

Dieser Plan gehört: \_\_\_\_\_



	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1. Woche							
2. Woche							
3. Woche							
4. Woche							

M13

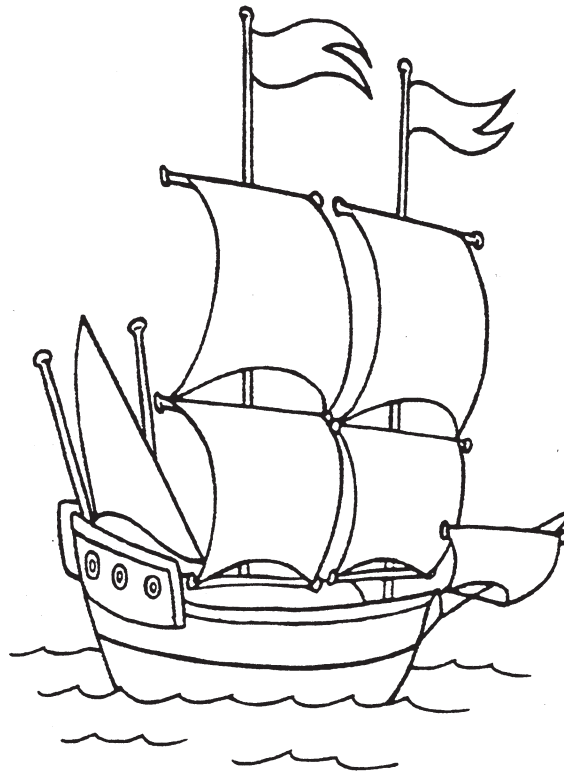
Fähnchenplan

Dieser Plan gehört:

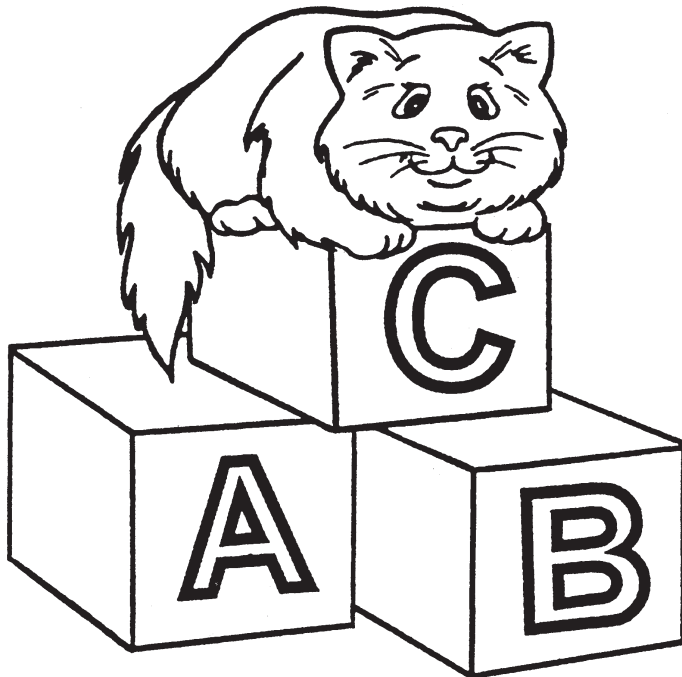
\_\_\_\_\_

Mein Zeichen für  
„nass“

Mein Zeichen für  
„trocken“



Wochentag	Toilettengang trocken oder nass
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	



Dieser Plan gehört:

\_\_\_\_\_

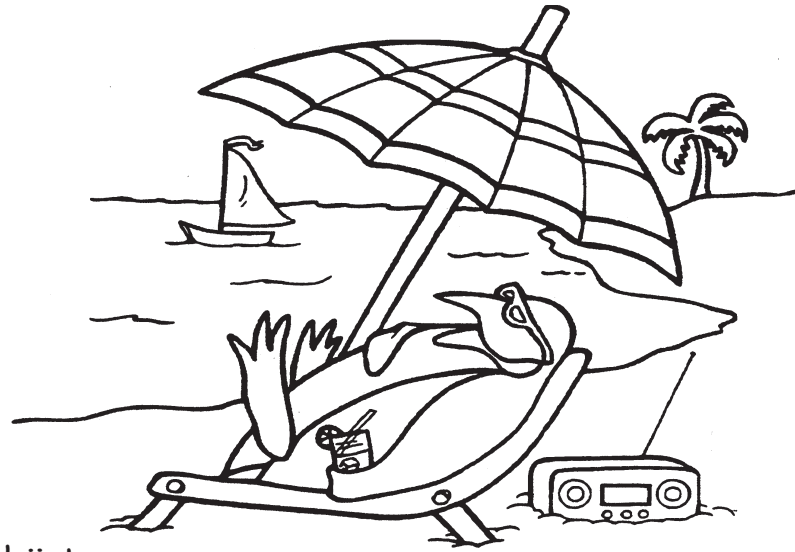
Mein Zeichen für  
„nass“

Mein Zeichen für  
„trocken“

Wochentag	Toilettengang trocken oder nass
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	

M13

Fähnchenplan



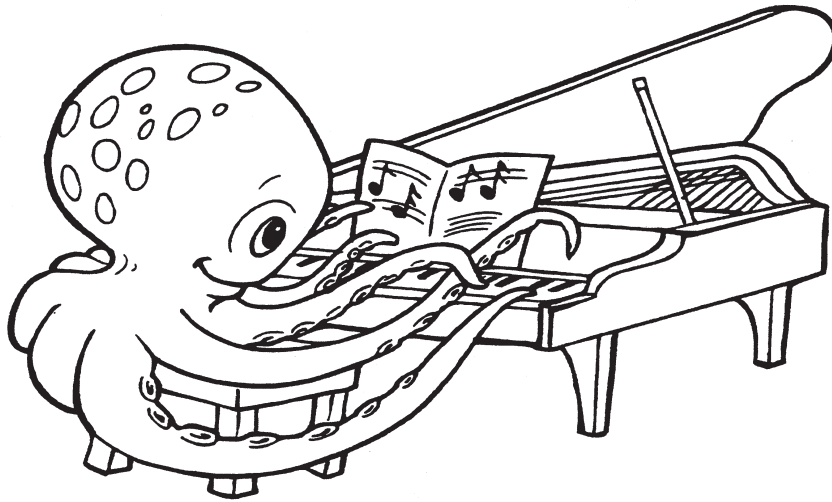
Dieser Plan gehört:

\_\_\_\_\_

Mein Zeichen für Toilettengang



Wochentag	So oft war ich auf der Toilette
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	



Dieser Plan gehört:

\_\_\_\_\_

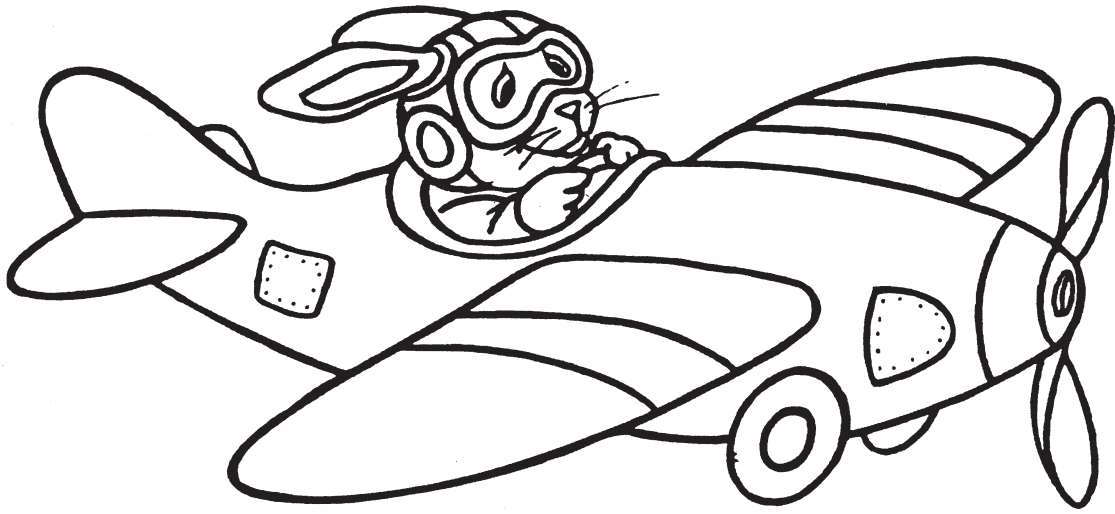
Mein Zeichen für Toilettengang



Wochentag	So oft war ich auf der Toilette
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	







Dieser Plan gehört: \_\_\_\_\_

Mein Zeichen für Toilettengang



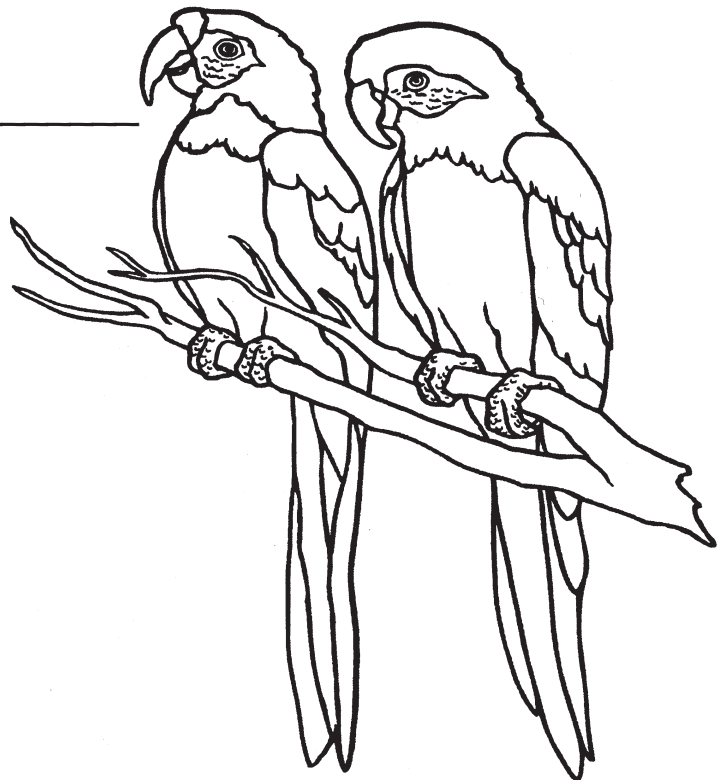
Wochentag	1	2	3	4	5	6	7
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Samstag							
Sonntag							

M14

Wochenplan

Dieser Plan gehört:

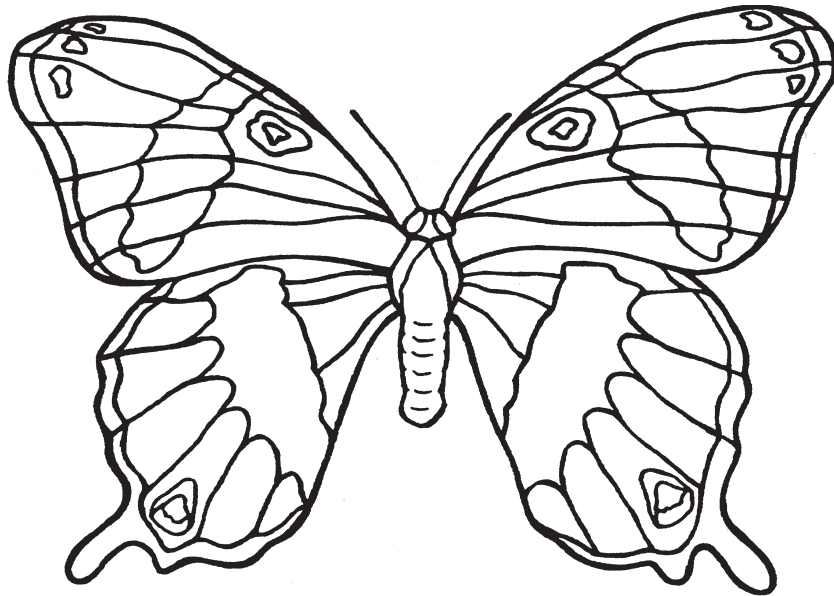
\_\_\_\_\_



Mein Zeichen für  
„nass“

Mein Zeichen für  
„trocken“

Wochentag	1	2	3	4	5	6	7
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Samstag							
Sonntag							



Dieser Plan gehört: \_\_\_\_\_

Mein Zeichen für Toilettengang



Wochentag	1	2	3	4	5	6	7
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Samstag							
Sonntag							

**M15****Elternprotokoll zur Dokumentation der Enuresis nocturna**

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Datum	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Nachts:</b> Patient trocken (O) Patient nass (+) Menge: k = klein m = mittel g = groß							
Anschließender Toilettengang: Urin (-) Stuhl (!)							
<b>Datum</b>	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>	<b>Samstag</b>	<b>Sonntag</b>
<b>Nachts:</b> Patient trocken (O) Patient nass (+) Menge: k = klein m = mittel g = groß							
Anschließender Toilettengang: Urin (-) Stuhl (!)							
<b>Datum</b>	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>	<b>Samstag</b>	<b>Sonntag</b>
<b>Nachts:</b> Patient trocken (O) Patient nass (+) Menge: k = klein m = mittel g = groß							
Anschließender Toilettengang: Urin (-) Stuhl (!)							
<b>Datum</b>	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>	<b>Samstag</b>	<b>Sonntag</b>
<b>Nachts:</b> Patient trocken (O) Patient nass (+) Menge: k = klein m = mittel g = groß							
Anschließender Toilettengang: Urin (-) Stuhl (!)							



**M17 Beobachtungsbogen für Desmopressin-Therapie (lang)****Dosierung I: 1 Tablette 0,2 mg vor dem Zubettgehen**

	Datum	Trocken	Einnässmenge reduziert	Einnässmenge wie vorher	Bemerkungen
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

bei deutlicher Besserung  $\Rightarrow$  weiter mit Dosierung I  
bei mäßiger oder fehlender Besserung  $\Rightarrow$  weiter mit Dosierung II

**Dosierung II: 2 Tabletten 0,2 mg (insgesamt 0,4 mg) vor dem Zubettgehen**

	Datum	Trocken	Einnässmenge reduziert	Einnässmenge wie vorher	Bemerkungen
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

bei deutlicher Besserung  $\Rightarrow$  weiter mit Dosierung II (maximal für 3 Monate)  
falls keine Wirkung  $\Rightarrow$  Medikament absetzen

**M18 Beobachtungsbogen für Desmopressin-Therapie (kurz)****Dosierung I: 1 Tablette 0,2 mg vor dem Zubettgehen**

	Datum	Trocken	Einnässmenge reduziert	Einnässmenge wie vorher	Bemerkungen
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

bei deutlicher Besserung ⇔ weiter mit Dosierung I

bei mäßiger oder fehlender Besserung ⇔ weiter mit Dosierung II

**Dosierung II: 2 Tabletten 0,2 mg (insgesamt 0,4 mg) vor dem Zubettgehen**

	Datum	Trocken	Einnässmenge reduziert	Einnässmenge wie vorher	Bemerkungen
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

bei deutlicher Besserung ⇔ weiter mit Dosierung II

**M19**

**Anweisung: Dry-Bed-Training (DBT)**  
nach Azrin et al. (1974) (übersetzt von F. Güls und A. von Gontard)

Die Behandlung ist indiziert bei therapieresistenter Enuresis nocturna.

**1. Intensivtraining (eine Nacht)**

*A) Eine Stunde vor dem Zubettgehen:*

1. Dem Kind alle Teile des Trainingsprogramms erklären.
2. Weckgerät anlegen.
3. Durchführung des „Positiven Toilettentrainings“ (20-mal wiederholen)
  - das Kind legt sich zu Bett,
  - das Kind zählt bis 50,
  - das Kind steht auf und versucht, auf der Toilette zu urinieren,
  - das Kind kehrt zum Bett zurück.

*B) Beim Zubettgehen:*

1. Das Kind trinkt Flüssigkeit.
2. Das Kind wiederholt die Teile des Trainingsprogramms laut.
3. Das Kind legt sich schlafen.

*C) Stündliches Wecken:*

1. Wecken des Kindes mit minimal möglichem Aufwand.
2. Das Kind geht zur Toilette.
3. An der Toilettentür (vor dem Urinieren) wird das Kind gefragt, ob es für eine Stunde weiterhin den Urin aufhalten kann (nicht bei Kindern unter 6 Jahren).
  - a) Wenn das Kind den Urin nicht aufhalten kann:
    - das Kind uriniert in die Toilette,
    - die Bezugsperson lobt das Kind für korrektes Urinieren,
    - das Kind kehrt zum Bett zurück.
  - b) Wenn das Kind erklärt, dass es für eine Stunde aufhalten kann:
    - die Bezugsperson lobt das Kind für seine Kontrolle über die Blasenmuskulatur,
    - das Kind kehrt zum Bett zurück.
4. Vor dem Bett befühlt das Kind die trockenen Laken und soll laut feststellen, dass das Bett trocken ist.
5. Die Bezugsperson lobt das Kind dafür, dass das Bett trocken ist.
6. Das Kind bekommt etwas zu trinken.
7. Das Kind schläft wieder ein.

*D) Wenn spontanes Einnässen auftritt:*

1. Die Bezugsperson beendet den Alarm.
2. Die Bezugsperson weckt das Kind (und tadelt es).
3. Die Bezugsperson führt das Kind zur Toilette, damit es zu Ende urinieren kann.
4. Das Kind führt das Sauberkeitstraining aus:
  - das Kind soll seine Nachtsachen wechseln,
  - das Kind entfernt die feuchte Bettwäsche und bringt sie selbst zum Schmutzwäschebehälter,
  - die Bezugsperson schaltet das Weckgerät ein,
  - das Kind erhält saubere Wäsche und bezieht das Bett.



5. Das „Positive Toilettentraining“ (20-mal) wird unmittelbar nach den Sauberkeitstraining durchgeführt.
6. Das „Positive Toilettentraining“ (20-mal) wird am folgenden Abend vor dem Zubettgehen wiederholt.

## **2. Nachsorgetraining** (beginnt die Nacht nach dem Intensivtraining)

### *A) Vor dem Zubettgehen:*

1. Weckgerät wird angelegt.
2. „Positives Toilettentraining“ wird angewandt, wenn spontanes Einnässen in der Nacht vorher stattfand.
3. Das Kind wird daran erinnert, dass es wichtig ist, trocken zu bleiben, und dass Sauberkeitstraining und „Positives Toilettentraining“ durchgeführt werden, wenn spontanes Einnässen erfolgt.
4. Das Kind wird gebeten, Punkt 3 zu wiederholen.

### *B) Nächtliches Wecken:*

1. Wenn die Eltern zu Bett gehen, wecken sie das Kind und schicken es auf die Toilette.
2. Nach jeder trockenen Nacht wecken die Eltern das Kind 30 Minuten früher als in der vorherigen Nacht.
3. Das Kind wird nicht mehr geweckt, wenn es 60 Minuten nach dem Einschlafen geweckt werden sollte.

### *C) Wenn spontanes Einnässen erfolgt, führt das Kind das Sauberkeitstraining und das „Positive Toilettentraining“ unmittelbar nach dem Einnässen und vor dem Zubettgehen am nächsten Tag durch.*

### *D) Nach einer trockenen Nacht:*

1. Beide Eltern loben das Kind für das Nichteinnässen.
2. Beide Eltern loben das Kind mindestens 5-mal am Tag.
3. Beliebte Verwandte des Kindes werden ermuntert, das Kind zu loben.

## **3. Routinevorgehen** – Beginn nach sieben aufeinanderfolgenden trockenen Nächten

### *A) Weckgerät wird abgesetzt.*

### *B) Die Eltern kontrollieren morgens das Bett des Kindes.*

1. Wenn das Bett nass ist, absolviert das Kind unmittelbar am Morgen und am folgenden Abend das Sauberkeitstraining und das „Positive Toilettentraining“.
2. Wenn das Bett trocken ist, wird das Kind gelobt.

### *C) Erfolgt zweimaliges spontanes Einnässen innerhalb einer Woche, dann wird das Nachsorgetraining von vorn begonnen.*

**M20****Enuresis-/Enkopresis-Protokoll**

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Datum</b>							
<b>Nachts:</b>							
Patient trocken (O)							
Patient nass (+)							
Menge:							
k = klein, m = mittel, g = groß							
Anschließender Toilettengang:							
Urin/Stuhl (~/!)							
<b>Datum</b>	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Morgens:</b>							
Patient geschickt (→)							
Patient ging selbst (!)							
Hose sauber (O)							
Hose schmutzig (+)							
Toilettengang:							
Urin/Stuhl (~/!)							
<b>Datum</b>	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Mittags:</b>							
Patient geschickt (→)							
Patient ging selbst (!)							
Hose sauber (O)							
Hose schmutzig (+)							
Toilettengang:							
Urin/Stuhl (~/!)							
<b>Datum</b>	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Abends:</b>							
Patient geschickt (→)							
Patient ging selbst (!)							
Hose sauber (O)							
Hose schmutzig (+)							
Toilettengang:							
Urin/Stuhl (~/!)							



M22

Sternenkalender

Name: \_\_\_\_\_

**Zähle alle deine Sterne!**



Wochentag	Biofeedback ...-mal/Tag für ... Minuten
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	




M23

Toilettentraining

Name: \_\_\_\_\_

Mein Zeichen für Sitzen auf der Toilette: \_\_\_\_\_

Mein Zeichen für Einkoten: \_\_\_\_\_

Wochentag			
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			



## Damit meine Blase nicht krank wird...

Die Harnröhre ist bei Mädchen nur 3 bis 5 cm lang, deshalb musst du dich sehr gut pflegen und sauber halten, damit nicht so schnell Krankheitserreger in deine Blase gelangen.

### Wichtig!

Jeden Tag mit einem nassen Waschlappen die Scheide säubern, von vorne nach hinten waschen und anschließend gut abtrocknen.

Bei jedem Toilettengang abputzen, von vorne nach hinten.



Bei Rötungen, Brennen oder Jucken gleich Mama informieren.



Nach jedem Toilettengang die Hände waschen.



## Die 6 wichtigsten Toilettengänge!

Wenn ich abends schlafen gehe!



Wenn ich morgens aufstehe!



Wenn ich zum Spielen rausgehe!



Beim Fernsehen!



Wenn ich eingenässt habe!



Wenn ich muss!



Denke immer daran, deine Blase kann nicht alleine auf die Toilette laufen!!



## Ein Toilettengang



1. Blase vollständig entleeren  
Zeit lassen  
Entspannte Sitzposition<sup>6</sup>



2. Von vorne nach hinten abwischen!



3. Spülen nicht vergessen!



4. Hände waschen!



5. Hände abtrocknen!