

ModuS • Fit für ein besonderes Leben

Modulares Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern

Kontinenzschulung

*Eberhard Kuwertz-Bröking, Christian Steuber,
Ellen Janhsen, Birgit Hacker, Thomas Lob-Corzilius*





Dr. med. Eberhard Kuwertz-Bröking
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
der Universitätsklinik Münster
Pädiatrische Nephrologie
Waldeyerstrasse 22
48149 Münster

Dr. med. Christian Steuber
Klinikum Links der Weser
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Senator-Weßling-Straße 1
28277 Bremen

Ellen Janhsen-Podien
Klinikum Links der Weser
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Senator-Weßling-Straße 1
28277 Bremen

Birgit Hacker
Universitätsklinikum Essen
Zentrum für Kinderheilkunde II
Pädiatrische Nephrologie
Hufelandstraße 55
45147 Essen

Dr. med. Thomas Lob-Corzilius
Christliches Kinderhospital Osnabrück
Johannisfreiheit 1
49074 Osnabrück

Kompetenznetz Patientenschulung e.V.
KomPaS
Sitz:
Kinderhospital Osnabrück
Am Schölerberg
Iburger Str. 187
49082 Osnabrück

Grafiken: Ingo Pochen, Bremen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

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.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Wichtiger Hinweis: Medizin als Wissenschaft ist ständig im Fluss. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Kenntnis, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag größte Mühe darauf verwendet haben, dass diese Angaben genau dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entsprechen. Dennoch ist jeder Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel der verwendeten Präparate zu prüfen, um in eigener Verantwortung festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Das gilt besonders bei selten verwendeten oder neu auf den Markt gebrachten Präparaten und bei denjenigen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in ihrer Anwendbarkeit eingeschränkt worden sind. Benutzer außerhalb der Bundesrepublik Deutschland müssen sich nach den Vorschriften der für sie zuständigen Behörde richten.

© 2014 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich
Konvertierung: Armin Vahrenhorst

ISBN 978-3-89967-906-9



Vorwort7

**Modul II für Eltern:
Motivierende Aufklärung zu Krankheit, Behandlung und Prognose**8

Medizinische Aspekte der Harninkontinenz8

2.1 Die Eltern können Aufbau und Lage von Magen, Darm, Nieren und Harnblase in Grundzügen beschreiben (Anatomische Grundlagen)11

2.2 Die Eltern können den Verlauf beschreiben, den Flüssigkeiten durch den Körper nehmen („Von Wasser zu Urin“)12

2.3 Die Eltern können die Arbeitsweise von Harnblase und Schließmuskel erklären (Physiologie von Harnblase und Schließmuskel)13

2.4 Die Eltern können erklären, wie es zu Blasenfunktionsstörungen kommt (Pathophysiologie)14

**Modul III für Eltern:
Kompetenzen und Motivation für das symptomarme Intervall**15

3.1 Standardtherapie.....19

3.1.1 Die Eltern wissen, dass Medikamente bei Harninkontinenz nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden (Medikamente).....19

3.1.2 Die Eltern können die wichtigsten Regeln für das Trinkverhalten bei Inkontinenz nennen (Trinkverhalten)20

3.1.3 Die Eltern kennen Wahrnehmungs- und Entspannungsübungen, die sie mit ihren Kindern durchführen können (Physiotherapie)21

3.1.4 Die Eltern können eine für sie geeignete Entscheidung zum Umgang mit Hilfsmitteln wie Windeln und Inkontinenzeinlagen treffen (Hilfsmittel).....22

3.1.5 Die Eltern können unabhängig vom Einnässen positive Eigenschaften ihres Kindes nennen (krankheitsspezifische Lebensführung und Stressmanagement)23

3.1.6 Die Eltern können mehrere Möglichkeiten nennen, wie Stress Einfluss auf sie und die Problematik ihres Kindes hat24

3.1.7 Die Eltern können mehrere konstruktive Umgangsweisen mit möglichen Rückfällen nennen25

3.1.8 Die Eltern können mehrere Möglichkeiten nennen, wie sie mit inkontinenzbezogenen Stresssituationen zukünftig besser umgehen wollen26

3.2 Monitoring.....27

3.2.1 Die Eltern erkennen durch Beobachtung Zusammenhänge und Wirkfaktoren in den Einnäss-Situationen (Eigenmonitoring).....27

3.2.2 Die Eltern beherrschen den praktischen Umgang mit den Beobachtungsprotokollen ..28

3.2.3 Die Eltern können erklären, wozu apparative diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden (Fremdmonitoring)29

3.3 Therapie der krankheitsspezifischen Komorbiditäten30

3.3.1 Die Eltern können den für ihr Kind relevanten Zusammenhang zwischen Harnwegsinfektionen oder Obstipation mit der Einnässproblematik und die Behandlung dieser Komorbiditäten in Grundzügen beschreiben30



- 3.3.2 Die Eltern können den für ihr Kind relevanten Zusammenhang zwischen Entwicklungsstörungen, Teilleistungs-, Wahrnehmungsstörungen und ADHS mit der Einnässproblematik und den Umgang mit diesen Komorbiditäten in Grundzügen beschreiben31

Modul IV für Eltern:

Kompetenzen für die Regulierung von Krankheitsverschlechterung bis hin zur akuten Krise32

- 4.1 Die Eltern haben Strategien für psychosoziale „Notfallsituationen“ (Psychosoziale „Notfallsituationen“)34
- 4.2 Die Eltern wissen, dass der Verlauf der Einnässproblematik häufig phasenhaft ist35
- 4.3 Die Eltern können das Vorgehen bei Verschlechterungen beschreiben (Umgang mit verstärkter Symptomatik)36

Modul II für Kinder:

Motivierende Aufklärung zu Krankheit, Behandlung und Prognose37

Inspektor Uri ermittelt und deckt auf37

- 2.1 Die Kinder können die Lage von Nieren und Harnblase zeigen (Anatomie)40
- 2.2 Die Kinder können beschreiben, wie die Harnblase und der Schließmuskel arbeiten (Physiologie der Harnblase)41
- 2.3 Die Kinder können den Weg erklären, den der Urin durch den Körper nimmt (Der Weg des Wassertropfens durch den Körper)43
- 2.4 Die Kinder erklären, wie eine Blasenfunktionsstörung entsteht (Pathophysiologie)45

Modul III für Kinder:

Kompetenzen und Motivation für das symptomarme Intervall50

Inspektor Uri weiß, wie es geht, Inspektor Uri ganz entspannt

und Inspektor Uri löst seinen ersten Fall50

- 3.1 Die Kinder können Regeln für ein optimales Trinkverhalten nennen54
- 3.2 Die Kinder können ein optimales Miktionsverhalten beschreiben55
- 3.3 Die Kinder können positive wie negative Effekte ihres Handelns und anderer Einflussfaktoren auf ihre Einnässsymptomatik nennen (Selbstbeobachtung)56
- 3.4 Die Kinder können stress- und starke Emotionen auslösende Situationen nennen, die bei ihnen mit der Einnässproblematik in Zusammenhang stehen (Stressregulierung und Entspannung)57
- 3.5 Die Kinder kennen Methoden zur Entspannung und Stressreduktion58
- 3.6 Die Kinder können Symptome für Harndrang besser wahrnehmen (Wahrnehmung)59
- 3.7 Die Kinder können den für sie relevanten Zusammenhang zwischen Harnwegsinfektionen oder Obstipation mit der Einnässproblematik und die Behandlung dieser Komorbiditäten in Grundzügen beschreiben (Komorbiditäten)60

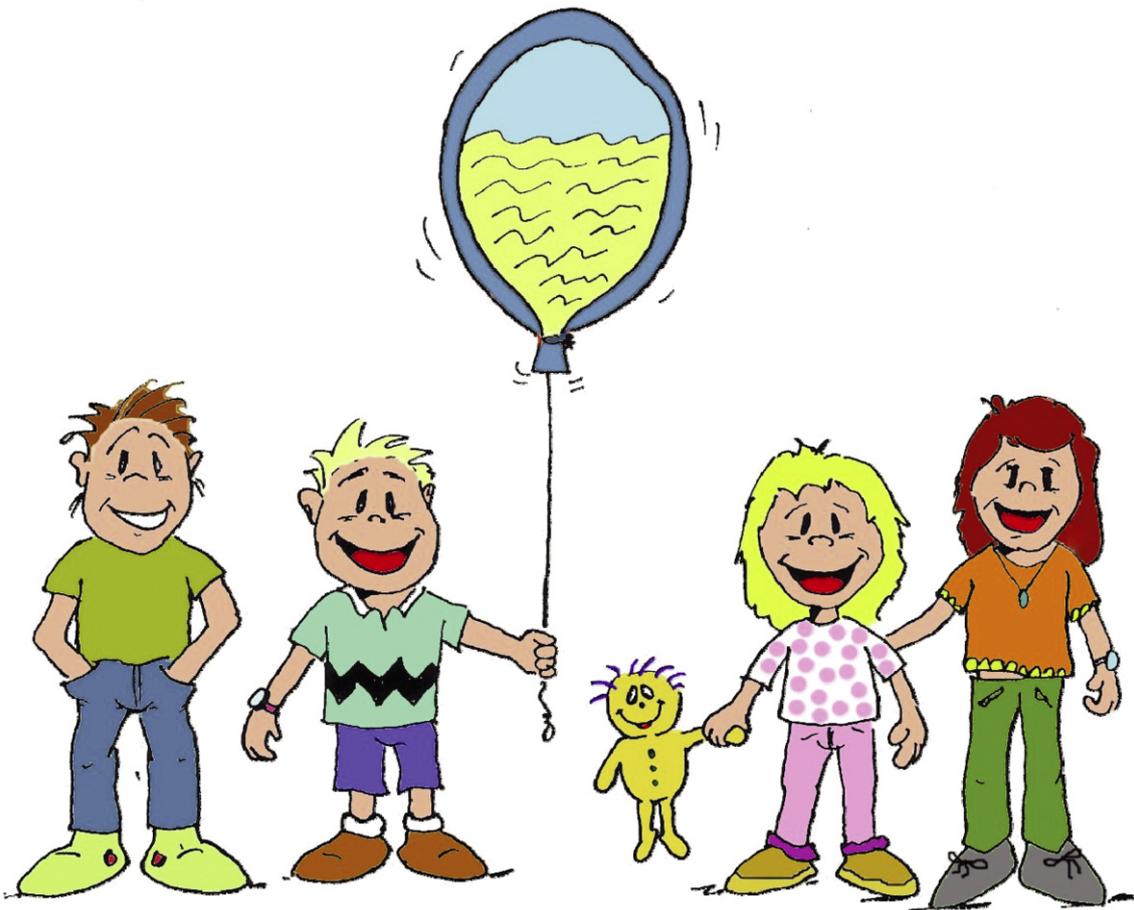


Modul IV:
Kompetenzen für die Regulation von Krankheitsverschlechterung bis hin zur akuten Krise (Kinder)61

Umgang mit Notfällen und Verschlechterung der Einnässproblematik
„Inspektor Uri löst seinen ersten Fall“61

4.1 Die Kinder haben Strategien für psychosoziale „Notfallsituationen“64
 4.2 Die Kinder wissen, dass der Verlauf der Einnässproblematik häufig phasenhaft ist65
 4.3 Die Kinder können das Vorgehen bei Verschlechterungen beschreiben
 (Umgang mit verstärkter Symptomatik)66

Indikationsspezifisches Qualitätsmanagement für Harninkontinenz68





Vorwort

Die Konsensusgruppe Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter KgKS e.V. (www.kontinenzschulung.de) hat in einer multidisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe in den letzten Jahren Empfehlungen zur strukturierten Diagnostik und Therapie von einnässenden Kindern erarbeitet und im Jahr 2010 veröffentlicht (Bachmann H & Steuber C (Hrsg). Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter; Manual für die standardisierte Diagnostik, Therapie und Schulung bei Kindern und Jugendlichen mit funktioneller Harninkontinenz. Pabst Publishers, Lengerich 2010).

Für alle Kinder, die einnässen und das 5. Lebensjahr vollendet haben, wird primär eine kindgerechte, nicht invasive strukturierte Diagnostik und eine familiengerechte ärztliche Beratung mit einfachen verhaltenstherapeutisch orientierten Empfehlungen vorgeschlagen. Im diagnostischen Prozess sollen (seltene) organische Ursachen der Harninkontinenz ausgeschlossen und bedeutsame komorbide Störungen, vor allem Entwicklungsstörungen, Lernbehinderungen, nephrologische, urologische, gastroenterologische und psychiatrische Komorbiditäten (z.B. AD(H)S, Teilleistungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen) erkannt werden. Harninkontinenz und bestehende Komorbiditäten müssen von Beginn an gemeinsam betrachtet werden, bei schwerwiegender Komorbidität müssen andere Fachdisziplinen angesprochen werden (z.B. kinderpsychiatrische Betreuung bei therapiebedürftigem ADHS).

Bei einem nicht unerheblichen Teil der Kinder führt die Diagnostik und Beratung bereits zu einer deutlichen Besserung oder zum Verschwinden der Symptomatik; hier liegen leider keine validen epidemiologischen Daten vor. Bei Kindern, die weiterhin einnässen, wird einige Wochen später eine urotherapeutische Instruktion (ca. 1 Stunde) angeboten. Sowohl bei der ärztlichen Beratung, wie auch bei einer urotherapeutischen Instruktion und einer Schulung sind immer 4 Aspekte von zentraler Bedeutung:

- Was ist normal?
- Was ist gestört?
- Was kann man tun?
- Was ist nicht effektiv?

Für Kinder mit funktioneller Blasendysfunktion, die nach Beratung und Instruktion weiter tagsüber und/oder auch in der Nacht einnässen, wurde das Modell einer modularisierten Kontinenzschulung (Familienschulung) entwickelt. Somit wird nur für einen bestimmten Teil von Kindern mit Harninkontinenz tagsüber eine Kontinenzschulung notwendig sein. In diesen Familien ist der Leidensdruck erheblich, die Lebensqualität deutlich beeinträchtigt und das Risiko psychischer Folgeprobleme erhöht. Anzumerken ist, dass Kinder mit monosymptomatischer Enuresis (der „klassischen“ Tiefschlafenuresis) nur in Ausnahmefällen eine Schulung benötigen.

Schulungsteilnehmer werden bislang aus den Ambulanzen rekrutiert, in denen sie bereits seit Wochen oder Monaten ambulant betreut werden, in denen sie untersucht und beraten wurden und evtl. auch eine urotherapeutische Instruktion erhalten haben. Die persönliche Ansprache und Einladung zur Schulung kann somit im Betreuungsprozess vor der eigentlichen Schulung erfolgen. In vielen Fällen treffen Kinder und Eltern auch im Schulungssetting auf ihre bisherigen Betreuer.

Kinder mit bedeutsamen Komorbiditäten können teilnehmen, wenn diese im Vorfeld abgeklärt und ggf. durch andere Disziplinen ausreichend behandelt sind. Die häufige Assoziation von Harninkontinenz tagsüber und AD(H)S erfordert auch vom Schulungspersonal im Vorfeld eine entsprechende Vorbereitung und in der Schulung ein angemessenes Vorgehen.

Münster, im September 2012



Modul II für Eltern: Motivierende Aufklärung zu Krankheit, Behandlung und Prognose

Medizinische Aspekte der Harninkontinenz

Autoren:	KgKS
Thema der U-Einheit:	Was ist normal: Anatomie und Physiologie der Nieren, Harnwege und Harnblase
Was ist gestört:	Pathophysiologie der Harnblase
Was kann man tun:	Pädagogische Empfehlungen
Form:	Schulung im Stuhlkreis, anschauliches Erklären mit Hilfe von Arbeitsblättern (Zeichnungen und Texte) aus dem Elternbuch, ggf. Overheadfolien oder auch Powerpoint-Präsentationen
Dauer:	2 UE
Zielgruppe:	Eltern von 2-4 Kindern (je nach Gruppengröße der Kinderschulung)
Leitung:	1 Arzt (Kontinenztrainer nach KgKS), je nach Größe der Gruppe zusätzlich ein weiteres Mitglied einer Schulungsgruppe (Psychologe/ Pädagoge; medizinische Assistenzberufe)
Material:	<ul style="list-style-type: none">• Schulungsmanual der Konsensusgruppe Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter (KgKS) (Pabst Science Publishers, Lengerich 2010)<ul style="list-style-type: none">– Teil C: Leitfäden und didaktisches Material für die Modellschulung der KgKS– Teil C3: Trainerleitfaden für die Elternschulung– Teil C4: Elternbuch (mit Texten, Arbeitsblättern und anschaulichen Zeichnungen)• Overhead-Projektor, ggf. Laptop/Beamer• Einfache anatomische Zeichnungen• Inspektor Uri (Handpuppe, bei Bedarf, wenn in der Kindergruppe verwendet)



Allgemeine Ziele der Einheit

In diesem Modul wird besprochen, wo Magen, Darm, Nieren, Harnleiter und Harnblase im Körper liegen und wie die Nieren und die Harnblase funktionieren. Das Störungsbild der Harninkontinenz wird transparent gemacht.

Die Eltern erhalten pädagogische Empfehlungen und werden angeleitet, zu Hause die Blasen- und Darmentleerung ihrer Kinder zu beobachten und dies in einem Beobachtungstagebuch aufzuschreiben.

Besonderheiten/Hinweise

Die Wissensvermittlung erfolgt über Kurzvorträge, in die immer wieder das störungsrelevante Vorwissen der Eltern einbezogen werden sollte, um eine reine Frontalkonstellation zu vermeiden. Die Dauer der Vorträge darf 10-15 min nicht überschreiten. Der Trainer ist Teil der Gruppe und macht dies deutlich, indem er mit im Kreis sitzt. Während des Vortrags hält er Blickkontakt zu den Eltern. So kann er erkennen, ob das Vorgetragene verstanden wurde. Den Kurzvorträgen sollte sich immer wieder eine Fragerunde anschließen.

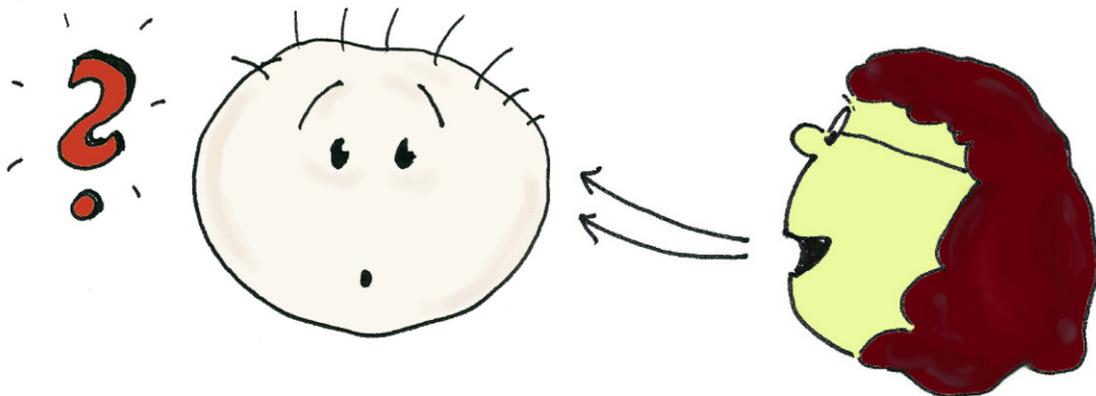
Genderaspekte

Genderaspekte sind bei den Eltern nicht gesondert zu berücksichtigen. Eine Teilnahme beider Eltern ist erwünscht. Jungen und Mädchen werden getrennt geschult.



Übersicht über die Lernziele

- 2.1 Die Eltern können Aufbau und Lage von Magen, Darm, Nieren und Harnblase in Grundzügen beschreiben (Anatomische Grundlagen)
- 2.2 Die Eltern können den Verlauf beschreiben, den Flüssigkeiten durch den Körper nehmen („Von Wasser zu Urin“)
- 2.3 Die Eltern können die Arbeitsweise von Harnblase und Schließmuskel erklären (Physiologie von Harnblase und Schließmuskel)
- 2.4 Die Eltern können erklären, wie es zu Blasenfunktionsstörungen kommt (Pathophysiologie)





Lernziel

2.1 Die Eltern können Aufbau und Lage von Magen, Darm, Nieren und Harnblase in Grundzügen beschreiben (Anatomische Grundlagen)

Begründung

Viele Eltern haben nur eine unklare Vorstellung davon, wie Flüssigkeiten, die sie zu sich nehmen, im Körper verarbeitet werden und als Urin in die Blase gelangen. Die Nieren sind häufig für die Eltern ein in ihrer genauen Funktion unbekanntes Organ. Die genaue Lage der Nieren, der Harnleiter und der Harnblase sind manchen nicht bekannt. Für das Verstehen der Urinproduktion, Speicher- und Entleerungsfunktion der Harnblase, Blasenkontrolle und Blasendysfunktion ist es wichtig, die anatomischen und physiologischen Grundlagen zu kennen.

Inhalte:

- Lage von Magen, Darm, Nieren, Harnleiter und Harnblase

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Zur Verdeutlichung werden Bilder zur Anatomie oder ein anatomischer Torso eingesetzt. Für Vorträge kann auch eine Powerpoint-Demonstration genutzt werden.

Aus dem Elternbuch werden die Informationsmaterialien zu diesem Thema sowie Arbeitsblätter aus dem Spurenbuch zu Anatomie und Physiologie bereitgestellt.

Anmerkungen

Die Materialien und Geschichten, die in der Kinderschulung für dieses Modul verwendet werden, sollten in der Elternschulung ebenfalls genutzt werden. Die Eltern wissen dadurch, wie ihren Kindern die Wissensinhalte nahe gebracht werden und können Zuhause auf gemeinsame „Bilder“ zurückgreifen.



Lernziel

2.2 Die Eltern können den Verlauf beschreiben, den Flüssigkeiten durch den Körper nehmen („Von Wasser zu Urin“)

Begründung

Viele Eltern haben nur eine ungenaue Vorstellung davon, wie aufgenommene Flüssigkeiten über die Nieren als Urin ausgeschieden werden. Oft fehlt das Bewusstsein dafür, dass eine regelmäßige Flüssigkeitszufuhr auch gerade bei Blasendysfunktion mit Harninkontinenz bedeutsam ist.

Inhalte

- Resorption von Flüssigkeiten aus dem Magen-Darm-Trakt in das Blut
- Reinigung des Blutes in den Nieren
- Bildung von Urin, abhängig von der aufgenommenen Flüssigkeitsmenge
- Transport des Urins über den Harnleiter in die Harnblase
- Speicherung des Urins in der Harnblase

Hinweise zu Durchführung und Methoden

Darstellung durch den Trainer.

Neben anatomischen Zeichnungen und Abbildungen können auch die Materialien aus dem Kinderarbeitsbuch verwendet werden.

Anmerkungen

Hier wie im Folgenden sollte sich der Trainer um eine einfache gut verständliche Sprache bemühen und sich auf das für die Eltern Wesentliche beschränken.



Lernziel

2.3 Die Eltern können die Arbeitsweise von Harnblase und Schließmuskel erklären (Physiologie von Harnblase und Schließmuskel)

Begründung

Die meisten Eltern haben nur eine undeutliche Vorstellung davon, wie die Harnblase den Urin speichert und wie sich die Blase entleert. Dieses Wissen hilft, die therapeutisch relevanten Schritte zu verstehen und zu befolgen.

Inhalte des Lernziels

- Funktionsweise von Harnblase und Schließmuskel:
- Harnblase als Speicherorgan für den Urin
- Speicherkapazität der Harnblase sehr variabel
- Harnblase als Entleerungsorgan des Urins
- Nervenversorgung der Harnblase (mit einfachen Schemata)
- Unterschiede von willkürlicher Muskulatur (somatisches Nervensystem) und unwillkürlicher Muskulatur (autonomes, vegetatives Nervensystem)
- Funktion des Schließmuskels („Blasentor“, somatisch innerviert, willentlich beeinflussbar)
- Physiologischer Ablauf einer Blasenentleerung

Hinweise zu Durchführung und Methoden

Mit Hilfe von einfachen schematischen Zeichnungen oder einer Powerpoint-Demonstration wird die Anatomie von Harnblase und Harnröhre, von Detrusor und von innerem und äußerem Sphinkter („Blasentor“) erläutert. Außerdem werden die komplexe Versorgung der Blase mit Nerven, die Nervenleitung über das Rückenmark und die Bedeutung der zentralen Miktionszentren erläutert (einfache Zeichnungen oder Schemata).

Wie in der Kinderschulung (siehe Modul 2 der Kinderschulung) kann auch den Eltern die Funktion der Harnblase mit einem Luftballon erklärt werden. In Anlehnung an die Kinderschulung spricht der Trainer über die Funktion von Muskeln, erklärt Anspannung und Entspannung. Gemeinsam werden Beispiele dafür gesucht, welche Muskeln sich willentlich beeinflussen lassen (z.B. Bizeps) und welche nicht (z.B. Herzmuskel, Darm). Die Möglichkeiten der willkürlichen An- und Entspannung der Blase und des Schließmuskels werden diskutiert. Der Schließmuskel ist gut beeinflussbar, der Blasenmuskel nicht bzw. wenig.

Anmerkungen

Den Eltern soll bewusst werden, dass die Entwicklung der Blasenkontrolle (und auch der Kontrolle des Darms) in jeder Hinsicht ein komplizierter Prozess ist, als Reifungsprozess zu verstehen ist und bei Kindern in unterschiedlichem Alter ausreift, zudem bei Kindern mit Harninkontinenz sehr störanfällig ist.



Lernziel

2.4 Die Eltern können erklären, wie es zu Blasenfunktionsstörungen kommt (Pathophysiologie)

Begründung

Eine verständliche Erklärung zur Entstehung von Blasenfunktionsstörungen und deren Auswirkungen (Inkontinenz tagsüber) ist die Basis für ein erfolgreiches therapeutisches Vorgehen. Kinder mit Harninkontinenz tagsüber nassen zudem sehr häufig auch in der Nacht ein (Enuresis).

Die durch die Harninkontinenz hervorgerufenen Probleme (z.B. in der Schule, bei Freunden), Missverständnisse und Schuldzuweisungen im sozialen Umfeld (z.B. zwischen Eltern und Kind) sollen thematisiert werden (Entmystifizierung).

Inhalte

Information über Einnässen am Tag und in der Nacht:

- Inkontinenz am Tage: Folge einer Blasendysfunktion
 - Information über die 3 wichtigen Formen der Blasendysfunktion mit Einnässen am Tag:
 - Überaktive Harnblase
 - Miktionsaufschub
 - Dyskoordinierte Miktion
 - Mischformen
- Inkontinenz in der Nacht (Enuresis nocturna)
 - Erschwerte Erweckbarkeit bei Harndrang
 - Nächtliche Polyurie (instabile Rhythmik der ADH-Sekretion)
 - Mangelnde Dämpfung des Detrusors in der Nacht (zentrale Miktionszentren)
- Assoziation von Inkontinenz tagsüber und in der Nacht

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Mit Hilfe von einfachen schematischen Zeichnungen oder einer Powerpoint-Demonstration werden die verschiedenen Formen der Blasendysfunktion erklärt. Das Luftballonmodell ist sehr hilfreich, zumal es in der Kinderschulung einen großen Stellenwert hat. Bei der Wissensvermittlung hilft auch die Geschichte von Kopf und Blase (wichtiger Bestandteil der Kinderschulung).

Die Bedeutung von Reifungsprozessen und von gestörter Wahrnehmung der Harnblase soll immer wieder betont werden.

Anmerkungen

Weitere Informationen hält der Trainerleitfaden für die Elternschulung (Teil C3 des Schulungsmanuals der KgKS) und das Elternbuch (Teil C4 des Schulungsmanuals der KgKS) bereit.



Modul III für Eltern: Kompetenzen und Motivation für das symptomarme Intervall

Autoren:	KgKS
Titel des Moduls:	Elterliches Verhalten im Alltag über den Tagesablauf
Form:	Beratung in der Gruppe, Gesprächs- und Fragerunde
Dauer:	ca. 4-5 UE
Zielgruppe:	Eltern von 2-4 Kindern (je nach Gruppengröße der Kinderschulung)
Leitung:	1 Arzt (Kontinenztrainer nach KgKS) je nach Größe der Gruppe zusätzlich 1 weiteres Mitglied einer Schulungsgruppe (Psychologe, Pädagoge; medizinische Assistenzberufe, Physiotherapeut)
Material:	<ul style="list-style-type: none">• Elternbuch (aus dem Schulungsmanual der KgKS) mit Texten und anschaulichen Zeichnungen• Overhead-Projektor, ggf. Laptop/Beamer• Einfache anatomische Zeichnungen

Allgemeine Ziele der Einheit

In diesem Modul lernen die Eltern die Grundlagen der Therapie der Harninkontinenz und die entsprechenden Schulungsinhalte für die Kinder kennen. Die Mitarbeit der Eltern wird dadurch gefördert. Sie werden angeleitet, die Kinder während der Schulung zu begleiten und sie bei der Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen zu Hause unterstützen. Die Eltern erhalten pädagogische Empfehlungen und reflektieren ihr Erziehungsverhalten in Bezug auf die Harninkontinenz, ggf. auch Empfehlungen für eine regelmäßige Darmentleerung.

In einigen Fällen kann die Anwendung von Klingelhosen (Weckapparat) sinnvoll sein. Weckapparate sollten demonstriert werden. Die Motivation der Kinder für eine solche Therapieform ist zu betonen. In seltenen Fällen (vor allem auch bei nachweisbarer Komorbidität) kann auch die Anwendung von unterstützenden Medikamenten sinnvoll sein.

Besonderheiten/Hinweise

Die Wissensvermittlung erfolgt über Kurzvorträge und Fragerunden. In den Fragerunden bekommen die Eltern die Möglichkeit, sich auszutauschen und voneinander zu lernen.



Empfehlungen für das elterliche Verhalten

Unterstützung der Kinder in ihren Bemühungen, das Miktionsverhalten zu verbessern (zu normalisieren) und die regelmäßige Darmentleerung zu fördern.

Genderaspekte

Es sollten möglichst Mutter und Vater an der Elternschulung teilnehmen.





Übersicht über die indikationsspezifischen Therapieprinzipien

Nr.	Ziel	Inhalte und Bemerkungen
3.1	Standardtherapie im Alltag	
3.1.1	Medikamente	Nur in Ausnahmefällen sinnvoll. Eine medikamentöse Begleittherapie kann darüber hinaus bei Komorbiditäten notwendig werden (s. 3.4)
3.1.2	Trinkverhalten	Erkennen des Zusammenhangs zwischen Trinkmenge und Blasenkontrolle Trinktraining als zentraler Baustein der Schulung. Für Kinder, die einnässen, ist es wichtig, regelmäßig über den Tag verteilt zu trinken. Ansonsten gibt es nur bei der Obstipation störungsspezifische Besonderheiten bei der Ernährung (s.3.4.)
3.1.3	Physiotherapie	Wahrnehmungs- und Entspannungsübungen zur Stärkung des Körperbewusstseins. Die TN werden angeleitet und motiviert, Übungen zu Hause durchzuführen. Physiotherapeuten sollten, wenn möglich, einbezogen werden.
3.1.4	Hilfsmittel	Hilfsmitteln wie Windeln und Inkontinenzeinlagen evtl. als Entlastung Die Eltern werden über Umgang und Einsatzmöglichkeiten der Hilfsmittel informiert, um eine passende Entscheidung treffen zu können
3.1.5 bis 3.1.8	Krankheitsspezifische Lebensführung und Stressmanagement	Stress als mögliche Ursache und Folge der Einnässproblematik. Die Eltern lernen, das Kind unabhängig vom Einnässen positiv zu sehen, ihr Erziehungsverhalten zu überdenken und ihre Handlungsfähigkeit zu stärken
3.2	Monitoring	
3.2.1	Eigenmonitoring: Protokollführung und -auswertung	Verhaltensbeobachtung als Möglichkeit, Einflussfaktoren zu erkennen. Das Protokollieren stärkt die Selbstwahrnehmung und erweitert die Handlungsfähigkeit der Familie
3.2.2	Fremdmonitoring	Apparative Untersuchungen zur Verlaufskontrolle. Sonographie, Uroflowmetrie und Beckenboden-EMG machen körperliche Funktionen sichtbar und geben ein zusätzliches Feedback
3.3	Sport und Bewegung	entfällt Sport und Bewegung spielen bei der Therapie der Inkontinenz keine besondere Rolle
3.4	Komorbiditäten	Therapie der krankheitsspezifischen Komorbiditäten z.B. rezidivierende Harnwegsinfektionen z.B. Schwierigkeiten bei der Darmentleerung z.B. Entwicklungsstörungen, Teilleistungs- und Wahrnehmungsstörungen, ADHS



Übersicht über die Lernziele

3.1: Standardtherapie

- 3.1.1 Die Eltern wissen, dass Medikamente bei Harninkontinenz nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden
- 3.1.2 Trinkverhalten: Die Eltern können die wichtigsten Regeln für das Trinkverhalten bei Inkontinenz nennen
- 3.1.3 Physiotherapie: Die Eltern kennen Wahrnehmungs- und Entspannungsübungen, die sie mit ihren Kindern durchführen können
- 3.1.4 Hilfsmittel: Die Eltern können eine für sie geeignete Entscheidung im Umgang mit Hilfsmitteln wie Windeln und Inkontinenzeinlagen treffen
- 3.1.5 Krankheitsspezifische Lebensführung und Stressmanagement: Die Eltern können unabhängig vom Einnässen positive Eigenschaften ihres Kindes nennen
- 3.1.6 Die Eltern können mehrere Möglichkeiten nennen, wie Stress Einfluss auf sie und die Problematik ihres Kindes hat
- 3.1.7 Die Eltern können mehrere konstruktive Umgangsweisen mit möglichen Rückfällen nennen
- 3.1.8 Die Eltern können mehrere Möglichkeiten nennen, wie sie mit inkontinenzbezogenen Stresssituationen zukünftig besser umgehen wollen

3.2: Monitoring

- 3.2.1 Die Eltern erkennen durch Beobachtung Zusammenhänge und Wirkfaktoren in den Einnässsituationen (Eigenmonitoring)
- 3.2.2 Die Eltern beherrschen den praktischen Umgang mit den Beobachtungsprotokollen
- 3.2.3 Die Eltern können erklären, wozu apparative diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden (Fremdmonitoring)

3.3: Therapie der krankheitsspezifischen Komorbiditäten

- 3.3.1 Die Eltern können den für ihr Kind relevanten Zusammenhang zwischen Harnwegsinfektionen oder Obstipation mit der Einnässproblematik und die Behandlung dieser Komorbiditäten in Grundzügen beschreiben.
- 3.3.2 Die Eltern können den für ihr Kind relevanten Zusammenhang zwischen Entwicklungsstörungen, Teilleistungs-, Wahrnehmungsstörungen und ADHS mit der Einnässproblematik und den Umgang mit diesen Komorbiditäten in Grundzügen beschreiben



3.1 Standardtherapie

Lernziel

3.1.1 Die Eltern wissen, dass Medikamente bei Harninkontinenz nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden (Medikamente)

Begründung

Für die funktionellen Formen der Harninkontinenz sind die Belege für eine Wirksamkeit medikamentöser Therapieansätze spärlich. In der Regel führen sie – wenn überhaupt – nur zu einer Symptomreduktion, aber keiner vollständigen Symptombefreiheit. Angesichts potentieller Nebenwirkungen der Substanzen bei gleichzeitiger Verfügbarkeit von urotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten ist mit dem Einsatz von Medikamenten daher zurückhaltend umzugehen, wobei Ausnahmen möglich sind (z.B. vorübergehende Notwendigkeit einer Symptomreduktion zur Entlastung angespannter Situationen).

Inhalte

Arzneimittel, die bei funktioneller Harninkontinenz tagsüber zur Anwendung kommen können, sind Anticholinergika (Antimuskarinika). Für die Behandlung der Enuresis nocturna steht Desmopressin zur Verfügung.

Diese Arzneimittel sind bei Therapie der Inkontinenz umstritten, können aber zu einer Symptomreduktion, manchmal auch zur Symptombefreiheit führen, jedoch mit einem hohen Rezidivrisiko bei Absetzen der Therapie. Mit der Wirkung von Medikamenten sind meist auch unerwünschte Nebenwirkungen verbunden.

Medikamente werden daher nur in Ausnahmefällen bei funktioneller Harninkontinenz eingesetzt.

Hinweise zur Durchführung

Anschauliche Erläuterung der Arzneimittelwirkungen (z.B. mit Powerpoint-Folien), verständlich und immer orientiert an den Störungsbildern der an der Schulung teilnehmenden Kinder.

Die Thematik wird vorwiegend im Rahmen der Elterngesprächsrunden und den individuellen Familiengesprächen diskutiert.

Anmerkungen

Eine medikamentöse Begleittherapie wird darüber hinaus gelegentlich bei Komorbiditäten, wie rezidivierende Harnwegsinfektionen, Obstipation und ADS/ADHS notwendig. Dies wird unter Punkt 3.3 beschrieben.



Lernziel

3.1.2 Die Eltern können die wichtigsten Regeln für das Trinkverhalten bei Inkontinenz nennen (Trinkverhalten)

Begründung

Häufig schränken Eltern die Trinkmenge ihres Kindes ein, um das Einnässen zu verhindern. Auch die Kinder selber verfolgen oft diese Strategie. Hier ist es wichtig, darüber aufzuklären, dass eine ausreichende Trinkmenge über den Tag verteilt eine Grundlage bildet, kontinent zu werden. Die Eltern sollen den Zusammenhang zwischen Trinkmenge und Blasenkontrolle erkennen.

Inhalte

- die Kinder sollen aus urotherapeutischer Sicht 1 bis 1,5 l am Tag trinken. Kinder dürfen nicht dursten
- die Trinkmenge soll über den Tag verteilt getrunken werden
- bei Enuresis nocturna soll am Morgen und am Mittag viel, zum Abend hin weniger getrunken werden, die Kinder haben dann abends nicht mehr so viel Durst
- im optimalen Fall trinken sie zuletzt 2 Stunden vor dem Zubettgehen
- am besten sind Mineralwasser, Tee und Saftschorlen als Getränke geeignet

Hinweise zur Durchführung

Reihum erzählt jedes Elternteil, welche Trinkgewohnheiten ihr Kind hat. Der Trainer erläutert die Regeln für das Trinken.

Anmerkungen

Bei Inkontinenz tagsüber mit Enuresis nocturna (non-monosymptomatische Enuresis) wird das Trinkverhalten anhand der Trink- und Miktionsprotokolle besprochen. Kinder mit dieser Problematik sollen lernen, am Morgen und am Mittag ausreichend, zum Abend hin dann weniger zu trinken (s.o.)



Lernziel

3.1.3 Die Eltern kennen Wahrnehmungs- und Entspannungsübungen, die sie mit ihren Kindern durchführen können (Physiotherapie)

Begründung

Kinder, die einnässen, haben oft eine beeinträchtigte Körperwahrnehmung, z.B. können sie die gefüllte Blase, den Harndrang oder eine nasse Hose nicht (oder sehr spät) wahrnehmen. Hier ist es wichtig, die Eltern aufzuklären, wie sie dazu beitragen können, die Körperwahrnehmung der Kinder zu verbessern. Durch die praktische Erprobung der Übungen erleben sie selber, wie die Entspannung wirkt. Die Mitarbeit der Eltern wird gefördert.

Inhalte

- Geeignete Wahrnehmungs- und Entspannungsübungen

Hinweise zur Durchführung

Gemeinsame Durchführung einiger Übungen zu Lage und Zustand des Beckenbodens (s. auch entsprechende LZ des Kindermoduls). Das Einbeziehen von Physiotherapeuten ist erstrebenswert.

Beispiele:

- ein Schwamm wird zaghaft gemeinsam mit dem Kind in Höhe der Blase/des Schließmuskels vor dem Becken zusammen gedrückt und wieder losgelassen, um die Lage der Beckenbodenmuskulatur klar zu machen und um die Anspannung und Entspannung der Muskulatur zu demonstrieren.
- Bändchen zeigen unterhalb der Blase die Lage der Beckenbodenmuskulatur. Zugezogen zeigen sie die Anspannung, locker zeigen sie die Entspannung.
- Mit der Hand, die locker gehalten oder zur Faust geformt wird, kann der Spannungszustand der Beckenbodenmuskulatur demonstriert werden.

Anmerkungen

Kernaussage der Übungen ist „Ich weiß, wo sich der Beckenboden befindet, er kann angespannt oder entspannt sein“. Die Kinder können die Modelle anfassen („begreifen“). Die Kinder können auf diese Weise lernen, die Spannungszustände des Beckenbodens wahrzunehmen, zu unterscheiden und zu benennen.

Das Modell mit den Händen kann zwischendurch zur Erinnerung immer wieder mit einbezogen werden.



Lernziel

3.1.4 Die Eltern können eine für sie geeignete Entscheidung zum Umgang mit Hilfsmitteln wie Windeln und Inkontinenzeinlagen treffen (Hilfsmittel)

Begründung

Eltern sind häufig verunsichert, ob der Einsatz von Windeln oder Vorlagen richtig ist. Insbesondere Aspekte wie „Verwöhnung“ oder Insuffizienzgefühle im Hinblick auf eine vermeintlich ungenügende Sauberkeitserziehung spielen für viele Eltern eine wichtige Rolle und können zu einer dysfunktionalen Interaktion beitragen.

Inhalte

Windeln, Windelhosen & Inkontinenzeinlagen, Inkontinenzhosen:

- praktische Aspekte: passende Größe, Beschaffung, Kostenübernahme
- Befürchtungen: Verwöhnung, Bequemlichkeit, Stigmatisierung
- Nachteile: Schamgefühle, Kosten etc.
- Vorteile: weniger Wäsche, trockenes Bettzeug und Matratze, kurzzeitige Entlastung z.B. in besonderen Situationen etc.

Hinweise zur Durchführung

In der angeleiteten Gesprächsrunde wird das Thema Hilfsmittel besprochen. Eltern werden so beraten, dass sie ihren eigenen Weg bei der Benutzung der Hilfsmittel finden, der stressfrei für die Familie ist. In der Auseinandersetzung mit den anderen Eltern erfahren sie, dass es viele Wege gibt. Wichtig ist es, die positiven Seiten dieser Maßnahmen hervorzuheben, wie verminderter Wäscheanfall oder sicher trockene Betten.

Anmerkungen

Hilfreich sind konkrete Informationen (z.B. in Form eines Faltblatts) über Hilfsmittel, die sich bewährt haben. Hinweise für die Verhandlungen mit Krankenkassen sind sinnvoll (z.B. ärztliche Bescheinigung).



Lernziel

3.1.5 Die Eltern können unabhängig vom Einnässen positive Eigenschaften ihres Kindes nennen (krankheitsspezifische Lebensführung und Stressmanagement)

Begründung

Häufig überschattet das Einnässen die positive Eltern-Kind-Beziehung, bis dahin, dass Eltern positive Seiten des Kindes und der familiären Interaktion kaum noch wahrnehmen können. Gelegentlich dominieren Schuldzuweisungen die Situation. Verhaltensänderungen des Kindes, die auf die Therapie der Harninkontinenz abzielen und bei denen es der Unterstützung der Eltern bedarf, sind unter solchen Vorzeichen nur sehr schwer oder gar nicht umsetzbar.

Inhalte

- Positive Eigenschaften des Kindes

Hinweise zur Durchführung

Übungen zur positiven Wahrnehmung des Kindes durchführen und/oder als Hausaufgabe mitgeben. Beispiele finden sich im Schulungsmanual der KgKS. Bei „Die Sonnenseiten meines Kindes“ mit Arbeitsblatt „Mein Sonnenschein“ soll jedes Elternteil mindestens 3 - 4 Stärken seines Kindes nennen, so z.B. lacht gerne, bringt mich zum Lachen, ist hilfsbereit, hat viele Freunde, ist sportlich, arbeitet in der Schule gut mit.

Manchmal kann es notwendig sein, den Standpunkt zu verändern. Dann kann die Fragestellung z.B. lauten: „Was anderen an meinem Kind gefällt...“

Wenn die Eltern das Arbeitsblatt zu Hause ausfüllen, sollen sie es zum nächsten Termin mitbringen, damit es dann vorgelesen werden kann.

Anmerkungen

Auch vermeintliche „Kleinigkeiten“ dürfen hervorgehoben und vermerkt werden. Ermutigen Sie die Eltern, die positiven Eigenschaften der Kinder bewusst und häufig im Alltag zur Geltung zu bringen sowohl im Zweierkontakt als auch gegenüber anderen Personen, wie z.B. Verwandten oder Freunden.



Lernziel

3.1.6 Die Eltern können mehrere Möglichkeiten nennen, wie Stress Einfluss auf sie und die Problematik ihres Kindes hat

Begründung

Stresssituationen der Kinder können Auslöser für Einnässen sein. Stresssituationen der Eltern können deren Wahrnehmung und Umgang mit Einnässen beeinflussen, meistens im dysfunktionalen Sinne. Das Erkennen von Stress des Kindes kann den Eltern eine bessere Einordnung der Einnässproblematik ermöglichen, das Erkennen von eigenen Stressfaktoren kann helfen, in Einnässsituationen adäquat und unterstützend zu reagieren.

Inhalte

Stress entsteht durch ein Ungleichgewicht von Belastungen und den eigenen Bewältigungsmöglichkeiten.

Zusammenhänge zwischen Stress und Inkontinenz:

- Führt Stress zu vermehrtem Einnässen bei Ihrem Kind?
- Wenn Sie selbst in einer Stresssituation sind, reagieren Sie auf das Einnässen Ihres Kindes anders als in ruhigen Situationen?
- Kann es Stress bei Ihnen auslösen, wenn Sie in bestimmten Situationen Sorge haben, dass Ihr Kind einnässt?

Hinweise zur Durchführung

Zur Veranschaulichung wird eine Waage mitgebracht, ein Modell mit beweglichen Waagschalen an die Flipchart geheftet oder eine Waage aufgemalt. Erklärung anhand der Stresswaage: Eine Waagschale symbolisiert Stresssituationen, die andere Waagschale Bewältigungsmöglichkeiten. Wird mit einem angemessenen Bewältigungsverhalten auf eine Belastungssituation reagiert, so ist die Waage im Gleichgewicht. Gibt es keine wirkungsvollen Möglichkeiten, auf Stress zu reagieren, hängt die Stresswaagschale nach unten.

Die Eltern diskutieren die Einflüsse, die Stress auf sie und ihr Kind hat.

Anmerkungen

Für den Austausch der Eltern untereinander sollte insbesondere bei diesem Themenkomplex genügend Zeit vorhanden sein.



Lernziel

3.1.7 Die Eltern können mehrere konstruktive Umgangsweisen mit möglichen Rückfällen nennen

Begründung

Der Reifungsprozess bei Kindern bis zur Erlangung einer stabilen Harnkontinenz ist ein störanfälliger Prozess. Mit erneuten Inkontinenzepisoden muss auch längerfristig gerechnet werden.

Inhalte

- Stabile Kontinenz als Reifungsprozess der Blasenfunktion und der Wahrnehmung
- Rückfälle als Ausdruck der Störanfälligkeit dieses komplexen Reifungsprozesses

Hinweise zur Durchführung

Die Eltern werden gebeten, über ihre eigenen Erfahrungen bzgl. der Inkontinenz bei ihren Kindern nachzudenken und zu berichten. Häufig gab es bei den Kindern bereits vor einer Schulung Phasen mit vorübergehender Kontinenz.

Bei Rückfällen soll mit den Kindern überlegt werden, ob es eine Erklärung für das erneute Einnässen gibt. Die positive Erfahrung („Ich war doch schon mal trocken“) soll hervorgehoben werden.

Anmerkungen

Der Austausch der Eltern untereinander ist sehr bedeutsam.



Lernziel

3.1.8 Die Eltern können mehrere Möglichkeiten nennen, wie sie mit inkontinenzbezogenen Stresssituationen zukünftig besser umgehen wollen

Begründung

s. Lernziel 3.1.6. und 3.1.7

Inhalte

- aus der Situation herausgehen
- sich ablenken
- eine Auszeit nehmen
- gute Gedanken
- an die positiven Seiten des Kindes denken
- über Problemlösungen nachdenken
- Mehrfach-Belastungen reduzieren

usw.

Hinweise zur Durchführung

Einleitend werden die Eltern gebeten, sich eine typische Situation vorzustellen, z.B. dass sie ärgerlich sind, weil ihr Kind mit nasser Hose aus der Schule kommt. Sie sollen überlegen, was dazu beiträgt, dass der Stress größer wird und was sie tun können, um ihn zu reduzieren.

Als Hausaufgabe bekommen die Eltern und Kinder einen Stressplan (Arbeitsblatt aus dem Elternbuch Teil C4 des Schulungsmanuals der KgKS) mit nach Hause.

Anmerkungen

Bereits das Wahrnehmen von Stress kann schon zu veränderten Reaktionen führen.



3.2 Monitoring

Lernziel

3.2.1 Die Eltern erkennen durch Beobachtung Zusammenhänge und Wirkfaktoren in den Einnäss-Situationen (Eigenmonitoring)

Begründung

Das systematische Beobachten erlaubt es den Eltern, Zusammenhänge zwischen Auslösersituationen (z.B. Stress – siehe vorhergehende Lernziele - oder Harnwegsinfektionen) herzustellen und eigene Einflussmöglichkeiten auf das Einnässen zu identifizieren. Zudem trägt es zum besseren Verständnis des Kindes und dessen Umgang mit der Problematik bei.

Inhalte

- In welcher Situation nässt das Kind ein?
- Wie reagiert es darauf?
- Wie reagieren die Eltern?
- Welche Gefühle empfinden die Eltern, wenn ihr Kind einnässt?
- Welche mit dem Einnässen in Zusammenhang stehenden Verhaltensweisen mögen die Eltern an ihrem Kind nicht?
- Welche Gefühle lösen diese bei ihnen aus und welche typischen Handlungen?

Hinweise zur Durchführung

Die Eltern werden aufgefordert, Beispiele aus dem Alltag zu erzählen und die o.g. Fragen zu beantworten.

Negative Gefühle (wie z.B. Ärger, Scham, Hilflosigkeit, Resignation) werden auf dem Flipchart gesammelt und besprochen.

Die Eltern erhalten die Hausaufgabe, das Beobachtungsprotokoll „Umgang mit dem Einnässen“ zu führen. Folgende Dinge sollen beobachtet werden:

- Was stört mich gerade konkret?
- In welcher Situation befinde ich mich gerade?
- Was stört mich gerade an mir selbst?
- Gibt es andere Tagesereignisse, die mich unter Druck gesetzt haben?

In der nächsten Elternsitzung wird nach der Wirkung des Selbstbeobachtungsprotokolls gefragt. Bei Bedarf können die Eltern von ihren Erfahrungen berichten.

Anmerkungen

Negative Gefühle sind normal und verständlich. Es ist jedoch wichtig, sich bewusst zu machen, wie diese Gefühle zustande kommen und genau zu differenzieren, was wirklich im Zusammenhang mit dem Kind steht und wofür es andere Auslöser gibt (z.B. eigene Arbeitssituation, eigener Erschöpfungsgrad, Stress in der Familie). Den Eltern sollen damit jedoch keine (neuen) Schuldgefühle gemacht werden. Nähere Informationen zu negativen Gedanken und Gefühlen gibt auch Modul 5.



Lernziel

3.2.2 Die Eltern beherrschen den praktischen Umgang mit den Beobachtungsprotokollen

Begründung

Das Führen von Beobachtungsprotokollen ist ein wichtiger Auftrag an die Eltern, um das Verhalten ihres Kindes zu beobachten und zu protokollieren. Die Eltern handeln als Vorbilder. Ziel ist es, die Motivation der Kinder zu steigern, ein eigenes Protokoll zu führen. Allein durch Beobachten und Protokollieren kann bereits die Häufigkeit des Einnässens zurückgehen. Zudem wird die Wahrnehmung der Eltern für erwünschtes Verhalten des Kindes geschärft.

Inhalt

- Inhalte der Beobachtungsprotokolle:
 - Häufigkeit des Einnässens
 - Häufigkeit des Stuhlgangs
 - Reaktion des Kindes auf das Einnässen
 - Reaktion der Eltern auf das Einnässen
- Beispiele für Beobachtungsprotokolle (aus dem Elternbuch der KgKS)

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Die 3 „W's“ (wann, wie oft, wie) werden nochmals besprochen.

Dann werden die Beobachtungsprotokolle ausgeteilt, erläutert und Aufgaben für zu Hause besprochen. An Beispielen aus dem Elternbuch kann das Vorgehen veranschaulicht werden.

Die Eltern werden aufgefordert, die Protokolle abends mit ihren Kindern zu besprechen und die Kinder zu stärken.

Anmerkungen

Durch diese Aufgabe vermittelt der Trainer den Eltern, dass ihre Beobachtungen wertgeschätzt werden. Das Führen der Beobachtungsprotokolle muss gegenüber den Eltern gut begründet werden. Die Durchführung darf nicht zu aufwändig sein. Der Umgang der Eltern mit den Hausaufgaben kann zu einer ersten Abschätzung der Kooperation und Motivation der Eltern führen: Halten sich die Eltern an die Aufgaben? Werden sie vergessen oder verändert? Übernimmt z.B. die Mutter die Aufgabe des Kindes?

Günstig ist es, wenn im Schulungsverlauf die Protokolle allabendlich gemeinsam von Eltern und Kindern besprochen werden.



Lernziel

3.2.3 Die Eltern können erklären, wozu apparative diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden (Fremdmonitoring)

Begründung

Mit Hilfe apparativer Untersuchungen können bei Kindern physiologische und pathophysiologische Vorgänge sichtbar gemacht werden, die ansonsten nur indirekt zu erheben sind. Auf diese Weise werden eher subjektiv erfahrene Parameter objektiviert und können im Sinne eines Feedback zur Regulation der Körpervorgänge willentlich beeinflusst werden. Zudem können die Eltern ärztliche Entscheidungsprozesse, die auf den erwähnten Verfahren basieren, besser einordnen und nachvollziehen.

Inhalte

Physiologische und pathophysiologische Vorgänge werden mithilfe apparativer Untersuchungen sichtbar:

- Sonographie: Untersuchung von Restharnbildung, Feedback, inwieweit das Kind seine Blase entleeren kann
- Uroflowmetrie: Diagramme von normalen bzw. gestörten Miktionsabläufen
- Beckenboden-EMG: Anspannung des Beckenbodens während der Miktion

Hinweise zur Durchführung

Gesprächsrunde, Einführung in die o.g. diagnostischen Apparate mit Fragemöglichkeit der Eltern

Anmerkungen

Die Eltern können ihr Kind während der Untersuchungen begleiten. Es sind während der Schulung keine Untersuchungstermine beim Arzt vorgesehen. Die Uroflowmetrie mit Restharnbestimmung ist ein wesentlicher Bestandteil in vielen UE der Schulung.



3.3 Therapie der krankheitsspezifischen Komorbiditäten

Lernziel

3.3.1 Die Eltern können den für ihr Kind relevanten Zusammenhang zwischen Harnwegsinfektionen oder Obstipation mit der Einnässproblematik und die Behandlung dieser Komorbiditäten in Grundzügen beschreiben

Begründung

Harnwegsinfektionen oder Obstipation kommen bei Kindern mit Harninkontinenz überdurchschnittlich häufig vor und können die Einnässsymptomatik aufrechterhalten oder verschlechtern. Eine adäquate Therapie der Komorbiditäten und ein funktionaler Umgang können die Harninkontinenz verbessern und die Lebensqualität steigern.

Inhalte

- Harnwegsinfektionen.
 - Entstehung (Keimaszension, Risikofaktoren Restharn, Stuhlschmierer)
 - Symptomatik (Dysurie, Pollakisurie, Bauchmerzen, ggf. Fieber, hier auch Unterschied Blasen- vs. Nierenentzündung)
 - Therapie (Antibiotika)
 - Zusammenhang zur Harninkontinenz (Restharnbildung, gegenseitige Verstärkung i.S. eines Teufelskreises)
 - Vorbeugende Maßnahmen: Genitalhygiene, ausreichende Flüssigkeitszufuhr
 - Antibakterielle Prophylaxe
- Obstipation
 - Entstehung (schmerzhafte Defäkation, „Teufelskreis“ der funktionellen Obstipation)
 - Symptomatik (z.B. Stuhlschmierer, Einkoten)
 - Therapie (Rolle von stuhlaufweichenden Substanzen, Ernährung, Bewegung, ggf. Stuhltraining)
 - Zusammenhang zur Harninkontinenz (mechanische Irritation der Blase durch dilatiertes Rectum, Beckenbodendyssynergie)
 - Vorbeugung (z.B. Ernährung)

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Der Zusammenhang der Komorbiditäten mit der Harninkontinenz wird unter Bezug auf die Anatomie und (Patho-)Physiologie der Harnwege (Modul 2) hergestellt.

Erfordernisse für den Lebensstil werden anhand konkreter Situationen (z.B. Schwimmbadbesuch) thematisiert.

Anmerkungen und Ergänzungen

Die Intensität, mit der das Lernziel bearbeitet wird, wird an die individuelle Problematik der Kinder angepasst.



Lernziel

3.3.2 Die Eltern können den für ihr Kind relevanten Zusammenhang zwischen Entwicklungsstörungen, Teilleistungs-, Wahrnehmungsstörungen und ADHS mit der Einnässproblematik und den Umgang mit diesen Komorbiditäten in Grundzügen beschreiben

Begründung

Vor allem Teilleistungs- und Wahrnehmungsstörung wie auch das ADHS kommen bei Kindern mit Harninkontinenz überdurchschnittlich häufig vor. Das ADHS ist eine sehr häufig diagnostizierte Komorbidität. Eine adäquate Diagnostik und Therapie dieser Komorbiditäten sollte bereits im Vorfeld der Schulung durch erfahrene Kinderärzte, Kinderpsychotherapeuten oder Kinderpsychiater gewährleistet sein. Gespräche über diese Komorbiditäten im Rahmen der Schulung sind für Eltern betroffener Kinder jedoch bedeutsam.

Inhalte

- Entwicklungsstörungen
- Teilleistungsstörungen, z.B. Lese-Rechtschreibstörung, Rechenstörung
- Wahrnehmungsstörungen
- ADHS

Hinweise zur Durchführung/ Methoden

Eltern betroffener Kinder werden gebeten, die jeweiligen „Störungen“ ihrer Kinder und den Umgang damit (Diagnostik, therapeutische Bemühungen, Arzneimitteltherapie) zu beschreiben. Der Trainer informiert über die Prävalenz und die Bedeutung dieser kinder- und jugendpsychiatrischen Komorbiditäten.

Anmerkungen

Auch bei Kindern mit Inkontinenz wird der Begriff „Wahrnehmungsstörungen“ gerne verwendet, obwohl es keine wissenschaftliche Basis für diesen Terminus gibt.

Dieses Lernziel sollte nur dann thematisiert werden, wenn sich in der Schulungsgruppe Kinder befinden, die von diesen Komorbiditäten betroffen sind.



Modul IV für Eltern: Kompetenzen für die Regulierung von Krankheitsverschlechterung bis hin zur akuten Krise

Autoren:	KgKS
Titel des Moduls:	Vorgehen bei Verstärkung der Einnässproblematik
Form:	Beratung in der Gruppe mit Eltern
Dauer:	2-4 UE
Zielgruppe:	Eltern von 2-4 Kindern (je nach Gruppengröße der Kinderschulung)
Leitung:	1 Kontinenztrainer nach KgKS, je nach Größe der Gruppe zusätzlich 1 weiteres Mitglied einer Schulungsgruppe (Arzt; Psychologe/ Pädagoge; medizinische Assistenzberufe)
Material:	Elternbuch (aus dem Schulungsmanual der KgKS) mit Texten und anschaulichen Zeichnungen

Allgemeine Ziele der Einheit

In diesem Modul lernen die Eltern, wie sie sich bei einer Verschlechterung der Symptomatik verhalten, wie sie ihr Kind unterstützen können und lernen, ihr eigenes Verhalten zu überprüfen

Besonderheiten/Hinweise

In den Fragerunden bekommen die Eltern die Möglichkeit, sich auszutauschen und voneinander zu lernen. In diesem Modul (wie auch in dem Familiengespräch etwa 4 Wochen nach der Schulung) wird herausgearbeitet, daß die Schulung normalerweise nicht zur raschen Kontinenz führt. Eine Besserung der Symptomatik darf erwartet werden, die Inkontinenz wird wahrscheinlich aber auch weiterhin für eine gewisse Zeit die Kinder und deren Familien belasten.

Genderaspekte

Es sollten möglichst Mutter und Vater an der Elternschulung teilnehmen.



Übersicht über die Lernziele

- 4.1 Die Eltern haben Strategien für psychosoziale „Notfallsituationen“ (Psychosoziale „Notfallsituationen“)
- 4.2 Die Eltern wissen, dass der Verlauf der Einnässproblematik häufig phasenhaft ist
- 4.3 Die Eltern können das Vorgehen bei Verschlechterungen beschreiben (Umgang mit verstärkter Symptomatik)





Lernziel

4.1 Die Eltern haben Strategien für psychosoziale „Notfallsituationen“ (Psychosoziale „Notfallsituationen“)

Begründung

Die Lebensqualität bei Eltern von Kindern mit Harninkontinenz ist häufig beeinträchtigt. Gründe dafür können u.a. Schuldgefühle, Infragestellung eigener Erziehungskompetenzen, Vorwurfshaltungen anderer oder Konflikte mit Lehrern und anderen Bezugspersonen sein.

Die Reaktionen der Kinder in „Notfallsituationen“ sind häufig aus Sicht der Eltern schwer zu verstehen. Strategien für den Umgang mit solchen Situationen können helfen, die Lebensqualität zu verbessern.

Inhalte

Strategien für typische „Notfallsituationen“

- Scham- und Schuldgefühle der Kinder
- weinendes Kind, das in der Schule gehänselt wird etc.
- nasse Hosen und nasses Bett (im Alltag, auf der Klassenfahrt)
- Vorwürfe der eigenen Eltern oder des Partners

Hinweise zur Durchführung/Methoden

In der Gruppe werden charakteristische „Notfallsituationen“ zusammengetragen.

Anhand von Rollenspielen zum Thema (z.B. meine Schwiegermutter wirft mir einen zu laschen Erziehungsstil vor) können Strategien für die Vermeidung von Notfallsituationen und Strategien „Wie kann ich mein Kind stärken?“ erarbeitet werden.

Anmerkungen

Wichtig ist eine Stärkung des eigenen Selbstbewusstseins und des Selbstbewusstseins der Kinder!



Lernziel

4.2 Die Eltern wissen, dass der Verlauf der Einnässproblematik häufig phasenhaft ist

Begründung

Der Verlauf der Harninkontinenz ist häufig phasenhaft, so dass in Phasen geringer Ausprägung die geschulten Verhaltensmodifikationen im Alltagsablauf in den Hintergrund treten.

Die bisherigen Evaluationen urotherapeutischer Interventionen haben gezeigt, dass eine Symptomreduktion langsam und in vollem Umfang oft erst nach vielen Monaten eintritt, so dass es sinnvoll ist, Einnässsituationen auch nach Abschluss der Schulung zu antizipieren und somit falsche und potentiell dysfunktionale Erwartungen zu minimieren.

Inhalte des Lernziels

- Inkontinenz tritt häufig phasenweise auf
- Mögliche Ursachen für eine Verschlechterung der Einnässproblematik sind z.B.
 - Körperliche Ursachen (Harnwegsinfektionen, Obstipation) und/oder
 - Psychische Belastungen (Belastung durch die Schule, Konflikte mit Freunden, Konflikte mit Geschwistern und Eltern)

Hinweise zu Durchführung und Methoden

Austausch der Eltern, Anregungen und Ergänzungen durch den Trainer.

Die Eltern werden einerseits durch diese Informationen entlastet und andererseits sensibilisiert für die Suche nach Auslösern.

Anmerkungen

Der Reifungsprozess bei Kindern bis zur Erlangung einer stabilen Harnkontinenz ist ein störanfälliger Prozess. Dies sollte immer wieder betont werden.



Lernziel

4.3 Die Eltern können das Vorgehen bei Verschlechterungen beschreiben (Umgang mit verstärkter Symptomatik)

Begründung

Phasen der Verschlechterung oder Rückfälle werden häufig durch Auslöser getriggert. Können die Kinder diese Verschlechterungen erkennen und gemeinsam mit den Eltern auslösende Faktoren identifizieren, kann durch Reaktivierung des optimalen Trink- und Miktionsverhaltens die Symptomatik verbessert werden.

Inhalte des Lernziels

Was tun wir, wenn das Einnässen wieder verstärkt auftritt?

1. Gemeinsam mit dem Kind: Suche nach Auslösern, falls möglich, Strategien gegen Auslöser erarbeiten und wieder verstärkt auf optimales Trink- und Miktionsverhalten achten, ggf. wieder Beobachtungsprotokoll führen
2. Motivation und positive Verstärkung des Kindes
3. Vermeiden von Strafen etc.

Hinweise zu Durchführung und Methoden

Erarbeiten in der Gruppe mit Ergänzungen durch den Trainer.

In den beiden letzten Einheiten der Schulung werden die Eltern in den Gesprächsrunden darauf hingewiesen, dass es noch eine Zeit dauern kann, bis das Kind seine Blase gut und stabil kontrollieren kann. Die Eltern werden gefragt, wie sie auf Krisensituationen reagieren wollen. Der Austausch der Eltern untereinander unterstützt das Finden der möglichen Reaktionsweisen. Der Trainer erinnert die Eltern an das Berücksichtigen der Schulungsinhalte und das Führen der Beobachtungsprotokolle.

Anmerkungen

Die Thematik wird im Wesentlichen im Familiennachgespräch besprochen, das im optimalen Fall etwa vier Wochen nach Abschluss der Gruppenphase der Schulung stattfindet. Das Angebot einer weiteren urotherapeutischen Begleitung und ärztlichen Wiedervorstellung bei Bedarf gehört mit dazu.



Modul II für Kinder: Motivierende Aufklärung zu Krankheit, Behandlung und Prognose

Inspektor Uri ermittelt und deckt auf

Autoren:	KgKS
Thema der U-Einheit:	Was ist normal: Anatomie und Physiologie der Harnblase
Was ist gestört:	Pathophysiologie der Harnblase
Form:	Schulung im Sitzkreis (ohne Eltern), anschauliches Erklären mit Hilfe der Leitfigur Inspektor Uri und einer Schatzkiste (Inhalt u.a. Bilder mit Gefühlen, Kinderarbeitsbuch mit Arbeitsblättern, Spurenbuch, Materialien zum Malen, Papierrolle, Luftballons)
Dauer:	2-4 UE
Zielgruppe:	2-4 Kinder, 6-12 Jahre alt, Lesefähigkeit der Kinder ist erwünscht, aber keine zwingende Voraussetzung
Leitung:	1 Kontinenztrainer nach KgKS, je nach Zahl der Kinder zusätzlich ein weiteres Mitglied einer Schulungsgruppe (Arzt; Psychologe, Pädagoge; medizinische Assistenzberufe, Physiotherapeut)
Material:	<ul style="list-style-type: none">• Isomatten, kleine Kissen• Inspektor Uri (Handpuppe)• Schulungsmanual der Konsensusgruppe Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter (KgKS) und Spurenbuch der KgKS (Pabst Science Publishers, Lengerich, 2010)<ul style="list-style-type: none">– Teil C: Leitfäden und didaktisches Material für die Modellschulung der KgKS– Teil C1: Trainerleitfaden für die Kinderschulung– Teil C2: Spurenbuch (mit Texten, anschaulichen Zeichnungen, Arbeitsblättern)• Schatzkiste mit Arbeitsblättern aus dem Spurenbuch der KgKS mit Bildern mit Gefühlen, Fesselballon mit Korb, Luftballons, Materialien zum Malen und Zeichnen



Allgemeine Ziele der Einheit

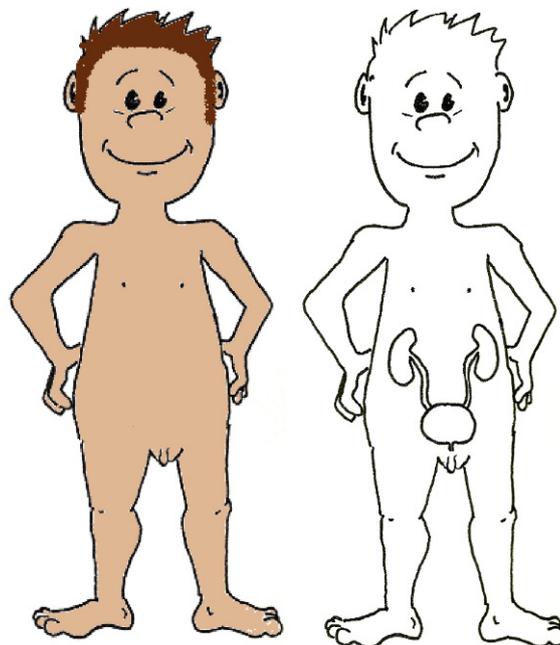
In diesem Modul wird gemeinsam erarbeitet, wo Magen, Darm, Nieren, Harnleiter und Harnblase im Körper liegen und wie eine Harnblase funktioniert. Die Kinder lernen, wie eine Blasendysfunktion entstehen kann. Sie lernen zu verstehen, wie ihre eigene Blasendysfunktion und die daraus resultierende Harninkontinenz entstehen und warum sie oft auch in der Nacht einnässen.

Besonderheiten/Hinweise

Alle Kinder leiden unter dem Problem „Harninkontinenz am Tag“, manche auch in Kombination mit nächtlichem Einnässen. Die Art der Blasendysfunktion kann unterschiedlich sein (z.B. überaktive Harnblase, dyskoordinierte Miktions, Miktionsaufschub, Mischformen). Dies ist bei der Schulung zu berücksichtigen.

Genderaspekte

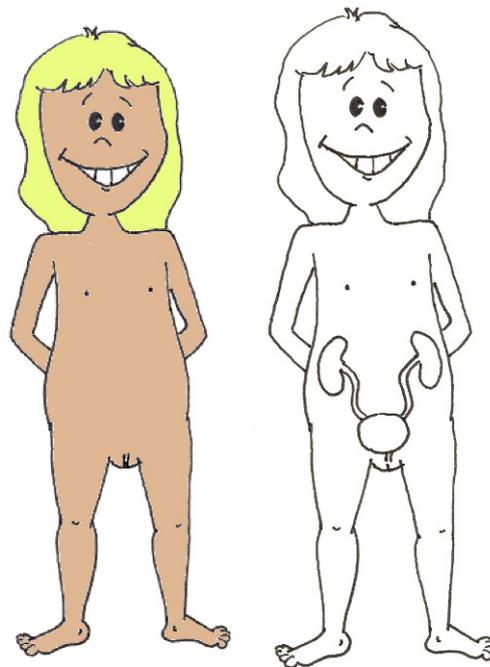
Jungen und Mädchen werden getrennt geschult. Geschlechtshomogene Gruppen sind notwendig, um die Intimsphäre der Kinder zu respektieren. Harninkontinenz ist ein tabuisiertes Thema. Es ist auch denkbar, dass im Rahmen der Schulung Probleme bei der Darmentleerung thematisiert werden (z.B. Stuhlschmierer, Einkoten), hier sind die Tabus naturgemäß wesentlich ausgeprägter!





Übersicht über die Lernziele

- 2.1 Die Kinder können die Lage von Nieren und Harnblase zeigen (Anatomie)
- 2.2 Die Kinder können beschreiben, wie die Harnblase und der Schließmuskel arbeiten (Physiologie der Harnblase)
- 2.3 Die Kinder können den Weg erklären, den der Urin durch den Körper nimmt (Der Weg des Wassertropfens durch den Körper)
- 2.4 Die Kinder erklären, wie eine Blasenfunktionsstörung entsteht (Pathophysiologie)





Lernziel

2.1 Die Kinder können die Lage von Nieren und Harnblase zeigen (Anatomie)

Begründung

Viele Kinder haben keine Vorstellung davon, wie Flüssigkeiten, die sie zu sich nehmen, als Urin in die Blase gelangen. Die Lage der Nieren und der Harnblase im Körper sind vielen Kindern nicht bekannt. Für das bessere Verstehen der Blasenkontrolle und für spätere Körperwahrnehmungsübungen ist es wichtig, die anatomischen Verhältnisse orientierend zu kennen.

Inhalte

- Lage von Nieren, Harnleiter und Harnblase (bei Bedarf auch von Magen und Darm)

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Aus der Schatzkiste werden folgende Materialien für die Unterrichtseinheit gemeinsam herausgesucht: Einführungsblatt: Inspektor Uri ermittelt, z.B. Teddy mit herausnehmbaren Organen oder Torso, Tapetenrolle oder großes Blatt Papier, Arbeitsblätter aus dem Spurenbuch zu Anatomie und Physiologie.

Die Kinder sollen zeigen, wo ihre Harnblase sitzt. Sie werden gefragt, ob sie schon einmal von den Nieren gehört haben und ob sie eine Vorstellung davon haben, wo die Nieren sich befinden. Zur Verdeutlichung sind z.B. ein Teddy mit herausnehmbaren Organen, ein anatomischer Torso oder Bilder zur Anatomie (z.B. Kinderlehrbuch) und das Spurenbuch einsetzbar.

Zur Veranschaulichung können die Kinder ihren Körperumriss auf ein großes Blatt Papier aufmalen. Dafür muss Platz geschaffen werden, um ein körpergroßes Blatt Papier auf dem Boden auszubreiten. Nach Einteilung in Zweiergruppen legen sich die Kinder auf die ausliegenden Papierbögen und malen gegenseitig durch Umfahren mit Wachsmalfarben die Körperumrisse auf das Papier. So wird individuelle und gegenseitige Körperwahrnehmung gefördert. Anschließend sollen sich die Kinder überlegen, wo in dem gezeichneten Umriss die Nieren, die Harnleiter und die Harnblase liegen und sollen diese einzeichnen.

Anmerkungen

Das Zeichnen der Umriss kostet Zeit, macht den Kindern aber in der Regel viel Spaß und lockert die Atmosphäre. Die Zeichnungen werden den Eltern in einer gemeinsamen Sitzung gezeigt und erklärt. Die Zeichnungen können bei den Lernzielen 2.2. und 2.3. erneut benutzt werden.



Lernziel

2.2 Die Kinder können beschreiben, wie die Harnblase und der Schließmuskel arbeiten (Physiologie der Harnblase)

Begründung

Die meisten Kinder haben keine Vorstellung davon, wie die Harnblase den Urin speichert und wie sich die Blase entleert. Dieses Wissen hilft, die therapeutisch relevanten Schritte zu verstehen und umzusetzen.

Inhalte

Funktionsweise und Aufgaben von Harnblase und Schließmuskel:

- A) Harnblase als Speicherorgan für den Urin
 - Harnblasenwand dehnbar
 - Volumen der Harnblase altersabhängig, sehr variabel
 - Muskulatur der Harnblasenwand kräftig, autonome Innervation, willentlich nicht beeinflussbar
 - Harndrang entsteht, wenn die Blase gefüllt ist und der Druck in der Harnblase ansteigt
- B) Harnblase als Entleerungsorgan für den Urin
 - Harnblase entleert sich auf der Toilette mit einem kontinuierlichen Urinfluss
 - Harnblase entleert sich (normalerweise) restharnfrei
- C) Schließmuskel
 - Schließmuskel („Blasentor“) verschließt den Blasenausgang
 - Schließmuskel willentlich beeinflussbar
 - Anspannung des Schließmuskels: Hinauszögern der Blasenentleerung
- D) Mit dem Willen steuerbare Muskulatur (z.B. „Blasentor“) und mit dem Willen nicht steuerbare Muskulatur (Herz, Blase, Darm)

Hinweise zu Durchführung und Methoden

Mit Hilfe eines Luftballons erklärt der Trainer, dass die Blase ein Speicherorgan ist (Luftballon wird aufgeblasen). Drückt der Trainer mit der Hand von oben auf den Luftballon und hält ihn mit der anderen Hand von unten zu, kann keine Luft entweichen. So kann er sowohl den Blasen(wand)muskel demonstrieren, als auch den Schließmuskel („Blasentor“) als Verschlussmechanismus der Blase darstellen. Der Trainer demonstriert die Kraft der Blasenmuskulatur und auch die Kraft des Schließmuskels. Die Kraft der Blasenmuskulatur kann dazu führen, dass der Schließmuskel den Urin nicht mehr zurückhalten kann – so kann man das Einnässen demonstrieren. Der Trainer weist daraufhin, dass die Blase – anders als ein Luftballon – nicht platzen kann. Alternativ und auch anschaulicher kann der Luftballon über einem Waschbecken mit Wasser gefüllt werden und das Einnässen deutlich gemacht werden.

Der Trainer spricht mit den Kindern über die Funktion von Muskeln, erklärt Anspannung und Entspannung. Gemeinsam werden Beispiele dafür gesucht, welche Muskeln sich willentlich beeinflussen lassen und welche nicht. Die Kinder zeigen z.B. den Oberarmmuskel oder die Faust in entspannter



ter oder angespannter Form und identifizieren dabei willkürlich beeinflussbare Muskelgruppen. Der Herzmuskel wird als Beispiel eines unwillkürlich arbeitenden Muskels genannt.

Es wird Bezug auf die Möglichkeiten der willkürlichen An- und Entspannung der Blase und des Schließmuskels genommen. Der Schließmuskel ist gut beeinflussbar, der Blasenmuskel nicht, bzw. wenig. Die Beckenbodenfunktion, vor allem die Arbeit des Schließmuskels („Blasentor“) wird ausführlich erklärt.

Übung:

Die Kinder werden angehalten, ihren Schließmuskel durch Anspannung und Entspannung fühlbar zu machen und zu beeinflussen.

Erweiterte Übung:

Die Kinder werden gebeten zu husten, während die eine Hand auf dem Bauch liegt und sie auf der anderen Handinnenfläche sitzen. So spüren und lernen sie, wie die Muskelgruppen miteinander arbeiten und sich beeinflussen.

Der Trainer fragt die Kinder, woran sie merken, dass die Blase voll ist und sammelt die Antworten. Zum Abschluss bläst der Trainer den Luftballon wieder auf (oder füllt ihn mit Wasser) und wiederholt anschaulich die 3 wichtigsten Aufgaben der Harnblase:

- 1) Urin speichern (ohne ungewollten Urinverlust)
- 2) Bescheid geben, wenn sie voll ist
- 3) Auf der Toilette den Urin entleeren (vollständig)

Anmerkungen

Abhängig vom Alter und Vorwissen der Kinder sollte die Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie auf einfachem Niveau erklärt werden, getreu dem Grundsatz „so einfach wie möglich, so viel wie nötig.“ Dies gilt auch für die nachfolgenden LZ.

Bestimmte Übungen können von Physiotherapeuten ausgeführt und geleitet werden.



Lernziel

2.3 Die Kinder können den Weg erklären, den der Urin durch den Körper nimmt (Der Weg des Wassertropfens durch den Körper)

Begründung

Viele Kinder haben keine Vorstellung davon, welche Funktion Wasser und Flüssigkeiten im Körper haben und wie die getrunzene Flüssigkeit zum Teil als Urin ausgeschieden wird. Oft fehlt das Bewusstsein dafür, dass eine regelmäßige Flüssigkeitszufuhr auch gerade bei Blasendysfunktion mit Harninkontinenz bedeutsam und hilfreich ist.

Inhalte

- Anatomie und Physiologie von Magen, Darm, Nieren und ableitenden Harnwegen (kindgerechte Zeichnungen im Spurenbuch der KgKS)
 - Magen und Darm als Organe, über die Flüssigkeiten in das Blut gelangen
 - Nieren als Organe, die das Blut reinigen („Waschmaschine“)
 - Harnblase als Speicherorgan für den Urin
 - Harnblase als Organ, über das Urin erst gespeichert, dann entleert wird
 - Schließmuskel („Blasentor“), mit dem man den Urin zurückhalten kann

Hinweise zu Durchführung und Methoden

Es können die selbst gemalten Körperumrisse mit den eingezeichneten Organen (Niere, Harnleiter, Harnblase) benutzt werden. Der Trainer erzählt die Geschichte vom Wassertropfen, der durch den Körper wandert und schließlich in der Harnblase landet, als Frage-und-Antwort-Spiel. Dazu können in der vorliegenden Zeichnung noch weitere Organe (z.B. Mund, Speiseröhre, Magen und Darm) eingezeichnet werden.

Anmerkungen

Es ist sinnvoll, immer wieder die Funktion von Harnblase und Schließmuskel zu besprechen, da dies im Zentrum der Schulungsbemühungen steht.



Der Weg des Wassertropfens durch den Körper

„Stell dir vor, du trinkst ein Glas Wasser, wo kommt das Wasser zuerst an?“
(Das erste Kind malt den Mund auf das Körperbild).

Wie geht es dann weiter?
(Das nächste Kind malt die Speiseröhre)

Wie sieht die Speiseröhre aus?
(Erklärung: wie eine Röhre oder ein Schlauch)

Was passiert danach?
(Der Magen wird eingezeichnet)

Wie sieht der Magen aus? Weißt du, wo in deinem Bauch der Magen ist?
(Die Kinder zeigen bei sich selbst, wo sie den Magen vermuten).

Wie geht es dann weiter?
(Der Darm wird eingezeichnet)

Wie sieht der Darm aus?
(Schlängelt sich wie eine Schlange durch den Unterbauch)

Wozu ist der Darm da?
(Er nimmt die Nährstoffe und Flüssigkeiten auf, die der Körper benötigt. Alles, was der Körper nicht braucht, wird mit dem Stuhl ausgeschieden).

Was ist am Ende des Darms?
(Der After wird eingezeichnet)

Und wie kommt jetzt das Wasser als Pipi in die Blase?
(Erklärung: Über den Darm wird Wasser in den Blutkreislauf abgegeben, das Blut fließt durch den Körper und durch die Nieren) Die Nieren sind bereits eingezeichnet!

Was ist die Aufgabe der Nieren?
(Sie arbeiten wie Waschmaschinen [Kläranlagen] und reinigen das Blut von giftigen Abfallstoffen. Diese werden zusammen mit überschüssigem Wasser aus dem Blut zu Urin verarbeitet) Die Verbindung der Nieren mit der Harnblase (Harnleiter) ist schon eingezeichnet

Wie sehen die Harnleiter aus?
(Wie dünne Schläuche).

Wie sieht die Blase aus?
(Sie ist rund. Wenn sie leer ist, ist sie klein und wenn sie voll ist, kann sie sich ausdehnen wie ein Luftballon) Die Blase ist schon eingezeichnet.

Was ist die Aufgabe der Blase?
(Urin/Pipi sammeln, dir Bescheid sagen, wenn sie voll ist und sich entleeren)

Kannst du dir vorstellen, wie die Blase es schafft Urin / Pipi zu sammeln? Warum läuft das nicht ständig raus?
(Um den Blasenausgang = Harnröhre liegt ein Muskel, der die Blase abdichtet oder öffnet wie ein elastischer Gummiring= Blasentor. Diesen Muskel kannst du beeinflussen, indem du ihn anspannst z.B. wenn du die Beine übereinander kreuzt, um Pipi aufzuhalten oder locker lässt. Harnröhre und Blasentor einzeichnen lassen.



Lernziel

2.4 Die Kinder erklären, wie eine Blasenfunktionsstörung entsteht (Pathophysiologie)

Begründung

Eine kindgerechte Aufklärung über die Entstehung von Blasenfunktionsstörungen und deren Auswirkungen (Inkontinenz) ist die Basis für ein erfolgreiches therapeutisches Vorgehen.

Inhalte

- Pathophysiologie der Harninkontinenz tagsüber und auch nachts (Enuresis) anhand der Geschichte von Kopf und Blase

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Aus der Schatzkiste werden Luftballons, das Einführungsblatt „Inspektor Uri deckt auf“ und das Arbeitsblatt „Geschichte von dem Kopf und der Blase“ aus dem Spurenbuch der KgKS bereitgelegt (siehe Sonderblatt zum Lernziel 2.4.). Der Trainer erzählt die Geschichten von Kopf und Blase, demonstriert und malt dabei oder benutzt den Luftballon zur besseren Anschaulichkeit.

Nach jedem erzählten/gespielten Teilaspekt der Geschichte fragt der Trainer jedes einzelne Kind, ob es die Geschichte als seine eigene wiedererkennt. Es werden gemeinsam Zusammenhänge zum Verhalten der Kinder mit Beispielen aus dem Alltag aufgegriffen (z.B. „Was macht dein Kopf, wenn die Blase sich meldet, während du gerade einen spannenden Film im Fernsehen anschaust?“)

Aus der Schatzkiste werden die 3 W's aufgehängt (wann, wie oft, wie)

1. Wann? Spüre früh, wenn die Blase sich meldet und gehe in Ruhe zur Toilette!
2. Wie oft? Gehe regelmäßig zur Toilette, und auch immer dann, wenn Du musst!
3. Wie? Lass Dir Zeit und mache die Blase in einem Mal leer!

Der Trainer bespricht mit den Kindern, immer orientiert an der jeweiligen Form der Blasendysfunktion, welche Bedeutung die 3 W's für die Blasenentleerung haben.

Anmerkungen

Die **Geschichten von Kopf und Blase** sind ein sehr bedeutsamer Bestandteil der Schulung und sie ermöglichen die Erklärung folgender Probleme:

- die Entstehung von Harninkontinenz tagsüber und nachts
- die Reaktion des Gehirns auf erhöhten Blasendruck und Miktionsdrang
- die Entstehung und den Ablauf einer pathologischen Blasenentleerung
- das Entstehen von Restharn

Eine „gute“ Interaktion von Kopf und Blase ist das Ergebnis von Reifungsprozessen, die bei den Kindern in unterschiedlicher Schnelligkeit und in unterschiedlichem Alter sich vollziehen.

Die **3 W's** sind ebenfalls bedeutsamer Bestandteil der Schulungen. Sie werden bereits bei Beginn der Schulung vorgestellt und in allen Modulen benutzt, es wird immer wieder daran erinnert.

Redundanzen sind im Sinne der Wiederholung erwünscht, vor allem bei der Erarbeitung von unterschiedlichen Aspekten und Varianten der Blasendysfunktion und der Harninkontinenz.



Beispiele für kindgerechte Erklärungen der Pathophysiologie

Das **Einnässen tagsüber** kann erklärt werden:

Überaktive Blase:

Der Luftballon wird mit wenig Wasser gefüllt, meldet aber trotzdem ganz plötzlich zum Kopf „Ich muss, ich muss ganz dringend zur Toilette!!“ (siehe: „Geschichten von Kopf und Blase“)

Ein Kind hält mit Daumen und Zeigefinger den Luftballon verschlossen. Die Kinder berichten, dass sie mit Haltemanövern versuchen, die Toilette zu erreichen. Bevor das passiert, öffnet das Kind den Luftballon-Verschluss, weil es dem Drang nicht widerstehen kann. Es wird demonstriert, dass in einer solchen Situation die Hose nass werden kann, bevor die Toilette erreicht wird.

Miktionsaufschub:

Der Luftballon wird langsam mehr und mehr mit Wasser gefüllt (die Kinder befürchten häufig, dass er platzen könnte).

Der Kontinenztrainer lässt ein Kind den mit Wasser gefüllten Luftballon alleine halten, um das Gewicht einschätzbar und fühlbar zu machen. Die anderen Kinder fragen denjenigen, der mit Daumen und Zeigefinger den Luftballon verschlossen hält, wie kräftig er zudrücken muss, damit kein Wasser entweichen kann.

Alle werden gefragt, ob sie sich vorstellen können, was passiert, wenn z.B. ein Kind mit einer so vollen Blase seinen Schulbus kommen sieht, den es nur noch laufend erreichen kann. Das Blasentor hält dem Druck nicht stand, es öffnet sich und die Hose wird nass.

Das Kind lockert den Druck von Daumen und Zeigefinger auf die Luftballon-Öffnung und das Wasser läuft hinaus.

Dyskoordinierte Miktion:

Der Luftballon wird mit Wasser gefüllt, entsprechend einer normalen Blasenkapazitätsmenge (ca. 200 ml). Der Kontinenztrainer lässt immer nur partiell Wasser aus dem Luftballon entweichen; damit demonstriert er, wie der Schließmuskel sich immer wieder während der Entleerungsphase verschließt (im Sinne einer Stakkato-Miktion). So verbleibt ein Rest Wasser im Luftballon (entsprechend dem Urin in der Blase).

Ebenso kann die Entleerung mit Bauchdruck demonstriert werden.

Wichtig ist es, die zeitliche Koordination zwischen Bauchpresse und Anspannung des Schließmuskels zu betonen.

Das **nächtliche Einnässen** kann erklärt werden:

Der Kopf schläft so tief, dass er die Meldung der Blase an den Kopf (an das Gehirn) in der Nacht nicht hört. Auf diese Weise kann das Symptom der schweren Erweckbarkeit anhand der Geschichte erarbeitet werden.

Kinder mit überaktiver Blase nässen oft mehrmals in der Nacht ein. Bei ihnen streiten sich Kopf und Blase häufig mehrmals in der Nacht. Damit wird es besonders schwierig, in der Nacht trocken zu werden.



B) Sonderblatt zum Lernziel 2.4.

B.2. DIE GESCHICHTEN VON KOPF UND BLASE

Eigentlich ist die Blase ein ganz freundliches Organ. Auch der Kopf ist sehr freundlich.

Beide verstehen sich gut.

Die Blase ist ein Muskel. Wie alle Muskeln in unserem Körper kann sie sich entspannen (wenn sie sich füllt zum Beispiel).

Sie kann sich auch anspannen (wie bei der Entleerung, wenn sie den Urin heraus lässt).

Das Blasentor befindet sich unterhalb der Blase und sorgt dafür, dass die Blase, wenn sie sich füllt, nicht einfach Urin verliert, z.B. beim Husten.

Der Kopf (das Gehirn) ist gewöhnlich sehr damit beschäftigt, auf alle Muskeln und Organe des Körpers aufzupassen. Er hat viele Aufgaben: Ohne ihn könnten wir zum Beispiel nicht sprechen, rechnen oder laufen. Wir würden ohne ihn auch nicht bemerken, wenn die Blase sich meldet, denn:

Blase und Kopf sprechen miteinander und das geht dann ungefähr so:

Wenn die Blase ausreichend mit Urin gefüllt ist, zieht sie sich zusammen, sie spannt sich an und sagt zum Kopf:

„Hey Kopf, ich muss mal Pipi!“

Der Kopf spürt das und antwortet:

„Hallo Blase, kein Problem. Einen kleinen Moment bitte, ich schau mal eben, wo ich zur Toilette gehen kann.“

Kurze Zeit später sitzen Kopf und Blase auf der Toilette. Der Kopf sagt:

„Blase, nun kann es losgehen. Ich sage mal eben dem Blasentor Bescheid: Blasentor bitte aufmachen!“

Die Blase antwortet: „Alles klar!“

Das Blasentor entspannt sich. Die Blase zieht sich zusammen und so entleert sich der Urin in die Toilette.

Bei einer solchen guten Absprache von Blase, Kopf und Blasentor gibt es keine Schwierigkeiten. Alle sind zufrieden.

Die Geschichte kann aber auch anders verlaufen, es kann zu Problemen kommen:

Manche Kinder erzählen, dass - wenn sie zum Beispiel spielen - Folgendes passiert:

Ihre Blase meldet sich sehr kräftig und unerwartet. Sie schreit plötzlich ganz laut:

„OH H H H, ICH MUSS ganz nötig P I P I!!!“

Geh bitte SOFORT!!

Ich kann nicht mehr aufhalten!!!“

Der Kopf hört den Schrei der Blase und antwortet: ganz verwirrt: „Ja, Moment mal.... was ist los? Muss es so schnell gehen?“

Die Blase antwortet ganz aufgeregt: „Ich muss so nötig, bitte geh sofort!!!“

„Ja, tue ich ja,“ sagt der Kopf und er wird auch ganz unruhig, er muss sich nun sehr schnell kümmern und ruft:

„A L A R M an alle M U S K E L N!!! Zusammenkneifen!!!“

In diesem Moment, manchmal schon beim ersten Schrei der Blase, wird die Unterhose nass. Das geht schneller als der Kopf sich mit dem Blasentor absprechen und die Beine zusammen kneifen kann.

So ein Pech!

Der Kopf rennt los, die Blase hat es sooo eilig, beide sitzen auf der Toilette und der Kopf sagt zur Blase: „...jetzt, jetzt kann es losgehen!!!“

Doch nun antwortet die Blase ganz entspannt, so als wäre vorher nichts geschehen:

„Upps..., ach, ist schon gut, jetzt muss ich nicht mehr.“

Das findet der Kopf gar nicht lustig. Er kann nicht verstehen, warum ihn die Blase ganz ohne Grund aufgeschreckt hat. Das macht ihn böse und er nimmt sich vor:

„Beim nächsten Mal höre ich erst gar nicht auf die Blase, das hat sie dann davon!“



Die Geschichte kann sich auch so entwickeln:

Die Blase schreit, der Kopf ist sehr überrascht, der Weg zur Toilette muss ganz schnell gehen, alle Muskeln müssen sehr kräftig anhalten, vielleicht wird die Unterhose schon ein bisschen nass, der Kopf rennt zur Toilette und dort..... entleert die Blase nur eine ganz kleine Portion Urin.

Der Kopf wundert sich sehr darüber, er ärgert sich und sagt zu sich selbst: „Beim nächsten Mal warte ich einfach ab und spiele weiter!“

Eine weitere Geschichte von Kopf und Blase geht folgendermaßen:

Der Kopf dieses Kindes spielt gerade ein aufregendes und schwieriges Spiel, er muss sich sehr darauf konzentrieren (z.B. Computer, Lieblingsspiel/-Beschäftigung).

Als die Blase voll ist meldet sie sich und sagt: „Hallo Kopf, ich muss mal“

Der Kopf ist so beschäftigt, dass er die Meldung nicht bemerkt und deshalb antwortet er auch nicht.

Die Blase sagt noch einmal: „Hallo Kopf, keiner zu Hause? Ich muss mal!“

KEINE ANTWORT !

Die Blase versucht es immer wieder: „Haallo KOOPF ich muss, ich muss mal!“

ALLE im Körper wissen jetzt, dass die Blase voll ist und Pipi machen muss;

ALLE, außer dem Kopf, der spielt gerade ein ganz besonders erfolgreiches Spiel.

Das Blasentor schließt besonders kräftig zu und versucht zu verhindern, dass die Blase den Urin nicht mehr halten kann, die Beine helfen auch schon mit...

In diesem Moment kommt die Mutter ins Zimmer.

Sie sieht das spielende Kind. Sie kann dem Kind ganz schnell ansehen, dass es zur Toilette muss und sie sagt: „Hey, geh’ mal Pipi machen!“

Das Kind aber ist sehr überrascht und sagt: „Neiin, ich muss doch gar nicht Pipi!“

Die Mutter antwortet: „Na hör’ mal, ich sehe doch, dass du musst“

Das Kind sagt: „Nein, das stimmt nicht, lass’ mich weiter spielen!“

Die beiden streiten!

Vielleicht setzt die Mutter sich durch und schickt das Kind zur Toilette. Dort stellt es fest: „Ups, die Hose ist nass geworden!“ Das Kind fragt sich: „Wann ist das passiert?“

Vielleicht setzt sich aber auch das Kind durch, es geht nicht gleich zur Toilette.

Später stellt es fest, dass die Unterhose nass geworden ist, ohne dass es gemerkt hat, wann das passiert ist.

Vielleicht fragt es aber auch bei der Blase nach, ob es sein kann, dass die Mutter doch eventuell Recht hat.....

„Ja klar“ ruft da die Blase „hast du es denn nicht bemerkt, ich muss schon die ganze Zeit...!“ Nun erkennt das Kind, wie voll die Blase ist. Es rennt zur Toilette. Auf dem Weg dorthin wird die Hose nass.

Und noch eine Geschichte erzählt von Problemen zwischen Kopf und Blase:

Der Kopf dieses Kindes sieht gerade fern, oder vielleicht liest er auch ein tolles Buch. Die Blase ist gut gefüllt und meldet sich: „Hey, ich muss mal“ sagt sie.

Der Kopf hört die Blase rufen und sagt: „Ooch, es passt mir jetzt gerade nicht, meld’ dich später noch mal.“ „Na gut“ sagt die Blase „aber lange kann ich nicht warten.“

Etwas später fragt sie erneut: „Na, wie sieht’s aus, kannst du jetzt gerade zur Toilette gehen?“ „Neiin“ sagt der Kopf „ich kann und ehrlich gesagt will ich auch nicht. Lass mich doch einfach mal in Ruhe!“

So streiten die beiden eine ganze Weile. Es geht hin und her!

„Ich muss,“ „Ich gehe aber nicht,“ „Ich muss,“ „Ich gehe aber nicht“

Das Blasentor muss kräftig anhalten und anspannen, die Beine unterstützen es und kneifen zu, die Hände helfen auch mit dabei die Blase zu zuhalten ... Irgendwann schreit die Blase:

„Jetzt reicht’s!!!“

Auf dem Weg zur Toilette wird die Hose nass.

Du siehst, der Kopf und die Blase können eine Menge Ärger haben. Sie fangen an, nicht mehr miteinander, sondern gegeneinander zu arbeiten.

Das gefällt aber eigentlich weder der Blase noch dem Kopf.



Deine Blase und dein Kopf sollten aufeinander achten, etwas füreinander tun und wieder zusammen arbeiten.

Manchmal müssen sie das üben und du kannst dadurch lernen, wie du trocken sein kannst.

Vertraue vor allem auf deinen schlaun Kopf, denn er kann dabei sehr gut mithelfen.

Viel Spaß und Erfolg!

Erläuterungen zu den Geschichten von Kopf und Blase

Der Begriff KOPF kann den Begriff GEHIRN ersetzen

Der Einsatz des Begriffes CHEF/CHEFIN wertet die Funktion des Gehirns positiv auf und motiviert die Kinder dazu, Kontrolle zu übernehmen.

„Kopf und Blase sprechen miteinander“

Je nach Alter der Kinder kann diese Körperfunktion beliebig weit ausgeführt werden: das heißt: „Fühlen“ bzw. die Funktion der Nerven wird erklärt am Beispiel gefühlter Berührungen, wenn die Augen geschlossen sind und mit Hilfe von bildlichen Darstellungen (z.B. eine Illustration / Buch).

„Die Haut nimmt mit einer Alarmanlage – den Nerven – alle Berührungen auf und leitet sie an die Alarmzentrale - das Gehirn - weiter. Die Antworten gehen von dort an die Muskeln und Organe.

oder:

Welchen Weg nehmen die Nerven, warum können manche Menschen nicht laufen und fahren im Rollstuhl?

Die eigene Fähigkeit zur Blasenkontrolle wird hier festgestellt! Das bedeutet, die Kinder reflektieren, dass sie als gesunde Kinder viele ihrer Muskeln kontrollieren können, wie z.B. ihren Blasenmuskel und ihre Beckenbodenmuskulatur.





Modul III für Kinder: Kompetenzen und Motivation für das symptomarme Intervall

Inspektor Uri weiß, wie es geht, Inspektor Uri ganz entspannt und Inspektor Uri löst seinen ersten Fall

Autoren:	KgKS
Thema der U-Einheit:	Miktionsverhalten im Alltag und Monitoring
Form:	Schulung in verschiedenen Settings (Sitzkreis, Physiotherapieraum, Zugang zur Toilette mit Uroflowmetriegerät) ohne Eltern, anschauliches Erklären mit Hilfe der Leitfigur Inspektor Uri
Dauer:	5-7 UE
Zielgruppe:	2-4 Kinder, 6-12 Jahre alt, Lesefähigkeit der Kinder ist erwünscht, aber keine zwingende Voraussetzung
Leitung:	1 Kontinenztrainer nach KgKS, je nach Zahl der Kinder zusätzlich 1 weiteres Mitglied einer Schulungsgruppe (Arzt; Psychologe/ Pädagoge; medizinische Assistenzberufe; in dieser Einheit Physiotherapeut wünschenswert, bei der Bearbeitung von inkontinenzbezogenen Gefühlen ist die Anwesenheit eines erfahrenen Kinder- und Jugendtherapeuten wünschenswert)
Material:	<ul style="list-style-type: none">• Inspektor Uri (Handpuppe),• Schatzkiste (mit Arbeitsblättern und Gefühlskarten aus dem Kinderarbeitsbuch/ Spurenbuch der KgKS und Bildern mit Gefühlen, Fesselballon mit Korb),• Diverse Materialien zum Basteln, Malen und Zeichnen, Wecker, Gymnastik- oder Isomatten, kleine Kissen, Pezziball, Kirschkerneisen, Igelbälle, Trampolin, Glasmurmeln,• Abspielgerät für Musik• Uroflowmetriegerät• Beckenboden-EMG, Biofeedbackgeräte (nur bei bestimmten Patienten mit dyskoordinierter Miktion)



Allgemeine Ziele der Einheit

In diesem Modul wird gemeinsam erarbeitet, dass durch die adäquate Wahrnehmung des Harn-drangs, Trinktraining und optimales Miktionsverhalten die Harninkontinenz gebessert werden kann. Störfaktoren wie Stress und ggf. Komorbiditäten (Harnwegsinfektionen, Obstipation) werden identifiziert, bearbeitet und Möglichkeiten des Umgangs damit entwickelt.

Besonderheiten/Hinweise

Alle Kinder leiden unter dem Problem „Harninkontinenz tagsüber“, manche auch in Kombination mit nächtlichem Einnässen. Die Art der Blasendysfunktion kann unterschiedlich sein (z.B. überaktive Harnblase, dyskoordinierte Miktion, Miktionsaufschub). Manche Kinder haben Harnwegsinfektionen oder Obstipation als Komorbidität. Diese Aspekte sind bei der Schulung zu berücksichtigen. Bei Kindern mit Teilleistungs- oder Wahrnehmungsstörungen oder ADHS werden diese Komorbiditäten nur in der Elternschulung thematisiert.

Genderaspekte

Jungen und Mädchen werden getrennt geschult. Geschlechtshomogene Gruppen sind notwendig, um Schamgrenzen der Kinder besser gewährleisten zu können. Die Inhalte zum Thema „Krankheits-spezifische Lebensführung - Genitalhygiene“ betreffen fast ausschließlich Mädchen. Anatomisches Bildmaterial wird in weiblicher und männlicher Darstellung bereitgehalten, Selbstbeobachtungsprotokolle gibt es in Versionen für Jungen und Mädchen.



Inspektor Uri



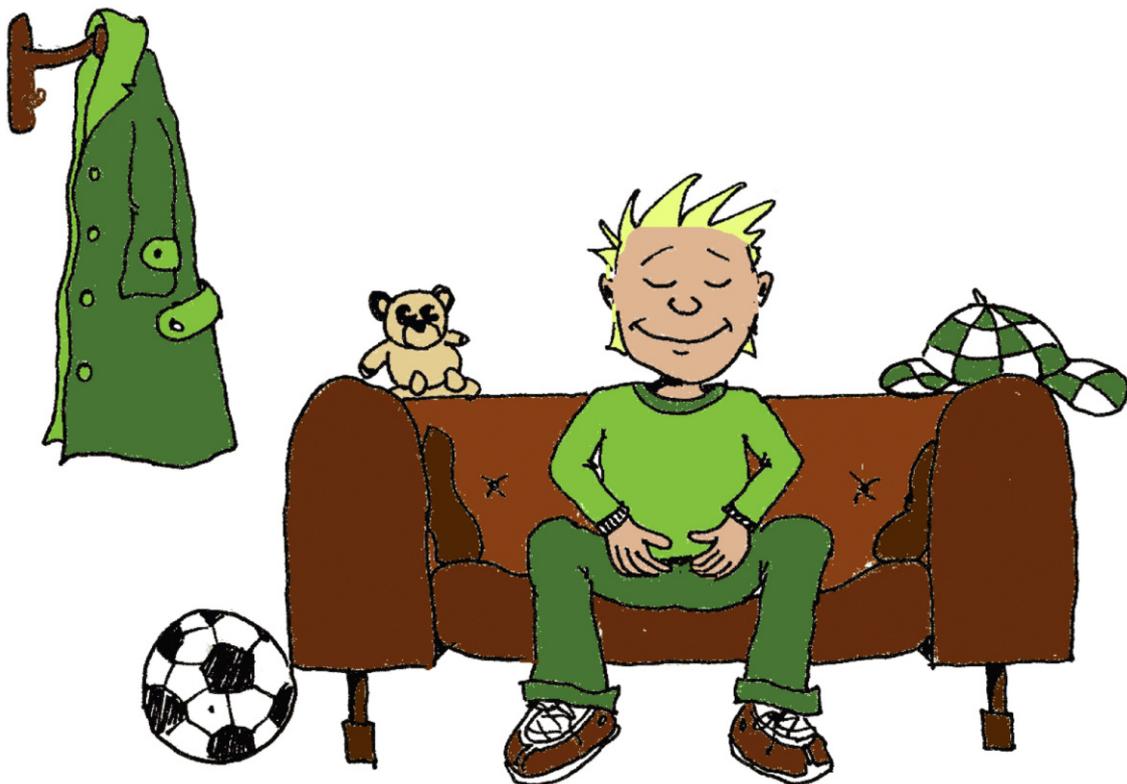
Übersicht über die indikationsspezifischen Therapieprinzipien

3.1	Miktionsverhalten im Alltag	
3.1.1	Medikamentöse Therapie	Nur in Ausnahmen oder bei Komorbiditäten (Harnwegsinfektionen und Obstipation)
3.1.2	Trinken und Essen	Trinktraining Ernährungsaspekte (bei Komorbidität Obstipation)
3.1.4	Physiotherapie	Entspannungsübungen & Wahrnehmungsübungen
3.1.5	Hilfsmittel	Windelhosen, Einlagen, Inkontinenzhosen
3.1.6	Krankheitsspezifische Lebensführung und Stressmanagement	Miktionsverhalten Stressübungen Genitalhygiene
3.2	Monitoring	
3.2.1	Eigenmonitoring	
3.2.1.1	Auslöserkontrolle	Auslöser für Einnässereignisse (z.B. Stress, Harnwegsinfektionen)
3.2.1.2	Protokollführung und -auswertung in der Familie	Selbstbeobachtungsprotokolle Fremdbeobachtung durch die Eltern
3.2.2	Fremdmonitoring	Miktionsbeobachtung
3.2.3	Medizinische Routine-Verlaufsuntersuchungen	Uroflowmetrie Restharnbestimmung
3.2.4	Gemeinsame Auswertung der Protokolle	Auswertung der Beobachtungsprotokolle und „Hausaufgaben“ gemeinsam mit dem Kontinenztrainer
Fakultativ: Zusätzliche krankheitsspezifische Module		
3.3	Sport und Bewegung	Entfällt. Spielt bei Inkontinenz keine besondere Rolle.
3.4	Komorbiditäten	Harnwegsinfektionen, Obstipation



Übersicht über die Lernziele

- 3.1 Die Kinder können Regeln für ein optimales Trinkverhalten nennen
- 3.2 Die Kinder können ein optimales Miktionsverhalten beschreiben
- 3.3 Die Kinder können positive wie negative Effekte ihres Handelns und anderer Einflussfaktoren auf ihre Einnässsymptomatik nennen (Selbstbeobachtung)
- 3.4 Die Kinder können stress- und starke Emotionen auslösende Situationen nennen, die bei ihnen mit der Einnässproblematik in Zusammenhang stehen (Stressregulierung und Entspannung)
- 3.5 Die Kinder kennen Methoden zur Entspannung und Stressreduktion
- 3.6 Die Kinder können Symptome für Harndrang besser wahrnehmen (Wahrnehmung)
- 3.7 Die Kinder können den für sie relevanten Zusammenhang zwischen Harnwegsinfektionen oder Obstipation mit der Einnässproblematik und die Behandlung dieser Komorbiditäten in Grundzügen beschreiben (Komorbiditäten)





Lernziel

3.1 Die Kinder können Regeln für ein optimales Trinkverhalten nennen

Begründung

Viele Kinder haben aufgrund der Harninkontinenz ihre Flüssigkeitszufuhr reduziert. Gelegentlich liegt daneben eine Fehlverteilung der Flüssigkeitszufuhr mit großen abendlichen Trinkmengen vor, die nächtliches Einnässen begünstigen kann. Eine ausreichende, besser noch großzügige Flüssigkeitszufuhr ist nicht nur aus allgemeinphysiologischen Gründen essentiell, sondern auch aus urotherapeutischer Sicht sinnvoll, um regelmäßige Blasenfüllungen und damit häufigere Harndrangsituationen herbei zu führen, anhand derer wiederum entsprechend häufiger ein adäquates Miktionsverhalten geübt werden kann. Daneben kann postuliert werden, dass eine regelmäßige und reichliche Blasenfüllung die Funktion und Kontrolle der Blase verbessern kann. Die Reduktion großer abendlicher Trinkmengen kann dazu beitragen, nächtliches Einnässen zu vermindern.

Inhalte

- Altersgemäße Trinkmenge auf 7 bis 8 Becher am Tag gleichmäßig verteilen
- die letzte Zufuhr im optimalen Fall 2 Stunden vor dem Zubettgehen
- wünschenswerte Getränke sind Wasser, Tee und Saftschorlen
- Integration des Trinkens in den Alltag

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Aus der Schatzkiste werden folgende Materialien für die Unterrichtseinheit gemeinsam herausgesucht: Trinkbecher, Bastelmaterial, Arbeitsblätter aus dem Spurenbuch zum Trinktraining (KgKS). Der „7-Becher-Trainingsplan“ wird gemeinsam erarbeitet und seine Einbindung in den Alltag der Kinder besprochen, z.B. indem bildliche Darstellungen gemeinsam entwickelt werden. Zur Erinnerung an das regelmäßige Trinken können selbst gestaltete Trinkgläser, Armbänder, Wecker oder Armbanduhrn mit Weckfunktion eingesetzt werden. Günstige und ungünstige Getränke werden thematisiert.

Anmerkung:

Zu Beginn jeder Schulungseinheit der Kontinenzschulung wird gemeinsames Trinken als Ritual eingesetzt.

Die neuen Inhalte werden mit den Aspekten von Physiologie und Pathophysiologie der Blasenfunktion (Modul 2) verknüpft, Übungen und Material zum Trinktraining („7-Becher-Trainingsplan“) und auch zu den nachfolgenden Lernzielen sind im Spurenbuch der KgKS wiedergegeben.



Lernziel

3.2 Die Kinder können ein optimales Miktionsverhalten beschreiben

Begründung

Viele Kinder haben sich ein ungünstiges Miktionsverhalten angewöhnt, typische Muster sind Miktionsaufschub und unterbrochene Miktionen durch Beckenbodenanspannung. Häufig hat sich infolgedessen die Harninkontinenz entwickelt oder verstärkt. In der Regel ist ein solches ungünstiges Miktionsverhalten verfestigt und den Kindern nicht bewusst. Auch Restharnbildung und damit Harnwegsinfektionen können durch solche Miktionsmuster gefördert werden. Immer wiederkehrende Beckenbodenanspannungen können auch eine Analsphincter-Dyssynergie und damit die Entstehung einer Obstipation begünstigen.

Das Bewusstmachen und Verändern unphysiologischer Miktionsmuster trägt zur Besserung der Harninkontinenz und zur Vermeidung von Komorbiditäten bei.

Inhalte des Lernziels:

- Die 3 W's:
 - Wann? Morgens nach dem Aufstehen, vor jeder Mahlzeit, abends vor dem Zubettgehen, vor längeren Ausgängen ohne erreichbares WC, immer bei Harndrang
 - Wie oft? Mindestens 4 – 5 Mal am Tag
 - Wie? Mit ausreichend Ruhe und Zeit, in entspannter Haltung
- Gestörte Miktionsabläufe (z.B. unterbrochene Miktion, Bauchpresse, Restharn)
 - Visualisierung durch Uroflowmetrie und Sonographie

Hinweise zu Durchführung und Methoden

Aus der Schatzkiste werden Arbeitsblätter aus dem Spurenbuch der KgKS zu den 3 Ws gemeinsam herausgesucht.

Die „3 Ws“ werden im Verlauf der Schulung immer wieder thematisiert.

Ein Poster mit drei Kindern, die die jeweiligen Aspekte der Ws darstellen, hängt im Schulungsraum, so dass jederzeit anlassbezogen auf das Miktionsverhalten eingegangen werden kann, z.B. bei Harndrang und Toilettengang eines Schulungsteilnehmers.

Mit Hilfe von Beispielen lernen die Kinder normale von gestörten Miktionsabläufen zu unterscheiden.

Mit Hilfe des Uroflowgeräts können Uroflowkurven ausgedruckt und damit individuelle Miktionsverläufe visualisiert werden, die im Sinne von Feedback in der Schulungseinheit eingesetzt werden. Die Kinder können ihre Miktionsmengen und ihre Uroflowmetriekurven schätzen.

Anmerkungen

Die Durchführung von Uroflowmetriemessungen im Gruppensetting setzt eine gute Gruppenkohäsion voraus.



Lernziel

3.3 Die Kinder können positive wie negative Effekte ihres Handelns und anderer Einflussfaktoren auf ihre Einnässsymptomatik nennen (Selbstbeobachtung)

Begründung

Die Symptome der Blasendysfunktion sind in einem hohen Maße subjektiv (z.B. imperativer Harndrang) und daher einer Beobachtung von außen nur eingeschränkt zugänglich, so dass das Eigenmonitoring für Diagnose und Verlauf von wesentlicher Bedeutung ist.

Mittels Selbstbeobachtung können alle wesentlichen Variablen des Miktions- und Trinkverhaltens sowie des Einnässens erhoben werden. Zusammenhänge von Symptomverlauf und möglichen auslösenden Ereignissen oder Situationen können so bewusst gemacht, erfasst und vermieden werden. Die Kinder können Zusammenhänge ihres Handelns mit der Einnässsymptomatik erkennen und auf diese Weise Selbstwirksamkeitserfahrungen sammeln („Ich kann das und es bringt etwas“). Daneben können emotionale Zustände in Verbindung mit der Einnässsymptomatik protokolliert und Veränderungen deutlich werden.

Inhalte

Mögliche Einflussfaktoren sind Trinkmenge, Trinkfrequenz, Trinkzeiten, Miktionszeiten, Miktionsmengen, Miktionsfrequenz, Einnässereignisse, Harndrang, Defäkationsfrequenz, Stuhlinkontinenz, starke emotionale Zustände und Stresssituationen etc.

Hinweise zu Durchführung und Methoden

Den Kindern wird der Selbstbeobachtungsbogen (Spurenbuch der KgKS) erklärt und sie werden gebeten, ihn bis zu nächsten Mal zu führen. Gemeinsam wird dann Detektiv gespielt und nach Zusammenhängen und Auslösern gesucht.

Anmerkungen

Selbstbeobachtung sollte stets befristet sein und sich an der individuellen Symptomatik und kognitiven Leistungsfähigkeit der Kinder orientieren.

Im Schulungsprogramm der KgKS sind elf verschiedene Beispiele für Beobachtungsprotokolle wiedergegeben, die sich in Komplexität, dokumentierbaren Items, Gestaltung und Geschlechtsbezug unterscheiden.

Selbstbeobachtungsprotokolle werden zwischen den einzelnen Terminen der Schulung angefertigt. Sie müssen vom Trainer angesehen, gemeinsam mit dem Kind beurteilt und ihre Anfertigung positiv verstärkt werden. In größeren Abständen – auch nach Ende der Schulung – geben sie Aufschluss über eine Veränderung der Symptomatik.



Lernziel

3.4 Die Kinder können stress- und starke Emotionen auslösende Situationen nennen, die bei ihnen mit der Einnässproblematik in Zusammenhang stehen (Stressregulierung und Entspannung)

Begründung

Stresssituationen in Verbindung mit der Einnässproblematik können die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen. Neben Schuld- und Schamgefühlen sind Konflikte innerhalb und außerhalb der Familie potentielle Stressoren. Ein Erkennen und ggf. Vermeiden dieser Stressoren und eine bessere Stressverarbeitung können zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Inhalte

- Emotionen in Verbindung mit Harninkontinenz (Scham, Angst, Schuld, Wut etc.)
- Stressoren in Verbindung mit Harninkontinenz (Zeitdruck, Konflikte mit Eltern, Geschwistern, peers oder Lehrern, Leistungsdruck in der Schule etc.)

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Aus der Schatzkiste werden folgende Materialien gemeinsam herausgesucht: Iso- oder Gymnastikmatten, Arbeitsblätter aus dem Spurenbuch der KgKS (Inspektor Uri ganz entspannt, Gute Gedanken etc.), Modell des Beckenbodens, Gefühlskarten.

Mit Hilfe von Übungen (z.B. „Gefühle und Stressbewältigung“) überlegen die Kinder, welche Situationen für sie belastend sind.

Die Beckenboden- und Entspannungsübungen werden im Schulungsablauf immer wieder eingestreut, zum Teil gemeinsam mit den Eltern absolviert und ihre Anwendung zuhause angeboten.

Anmerkungen

Das Thematisieren von inkontinenzbezogenen Emotionen und Stresssituationen setzt eine gute Gruppenkohäsion voraus. Die Begleitung der Kinder durch einen erfahrenen Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten ist notwendig, um mit den intensiven Gefühlen der Kinder adäquat umgehen zu können.



Lernziel

3.5 Die Kinder kennen Methoden zur Entspannung und Stressreduktion

Begründung

s. vorheriges LZ.

Neben anderen Methoden zur Stressreduktion wie Stressorenvermeidung und Einstellungsänderung werden vor allem Entspannungsübungen vermittelt. Neben einer psychischen haben sie auch eine somatische Wirkung, indem die bei vielen Kindern bestehende Anspannung des Beckenbodens reduziert wird.

Inhalte

- Stressoren (Zeitdruck, Konflikte mit Eltern, Geschwistern, peers oder Lehrern, Leistungsdruck in der Schule etc) erkennen, vermeiden oder reduzieren
- Sich selbst nicht so sehr unter Druck setzen oder setzen lassen
- Entspannungsübung in Anlehnung an die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Traum- und Phantasiereise

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Gemeinsames Erarbeiten mit den Kindern

Durchführung angeleiteter Entspannungsübungen über die Schulung verteilt (Psychologe in Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten)

Anmerkungen und Ergänzungen

Die Kinder sollen mehrere Methoden der Stressbewältigung und Entspannung kennen lernen, damit sie die für sie geeigneten auswählen können.



Lernziel

3.6 Die Kinder können Symptome für Harndrang besser wahrnehmen (Wahrnehmung)

Begründung

Bei vielen Kindern mit Harninkontinenz ist die Wahrnehmung für den Harndrang herabgesetzt oder anderen Sinneseindrücken oder Tätigkeiten untergeordnet. So kommt es entweder zum unbemerkten Harnverlust oder zum imperativen Harndrang mit fehlender Möglichkeit, die Blase noch rechtzeitig auf der Toilette zu entleeren. Durch die frühzeitige Wahrnehmung der Blasenfüllung und des Harndrangs können die Kinder rechtzeitig andere, funktionale Strategien entwickeln, indem sie beispielsweise die Toilette rechtzeitig aufsuchen und ihre Beschäftigung geordnet unterbrechen.

Inhalte

- Wahrnehmungsübungen für die Blasenfüllung und den Beckenboden
- allgemeine Körperwahrnehmungsübungen
- Feedback mit dem Uroflow

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Aus der Schatzkiste werden folgende Materialien gemeinsam herausgesucht: Iso- oder Gymnastikmatten, Modell des Beckenbodens, Igelball, Pezziball, Trampolin, Bierdeckel, Arbeitsblätter aus dem Spurenbuch der KgKS.

Durchführung der Übungen (z.B. „Die Blase spüren“, Spurenbuch der KgKS) zum Abschätzen der aktuellen Blasenfüllung. Diese wird dann mittels Uroflowmetrie verifiziert.

Anmerkungen

Die Verbesserung der Wahrnehmung für die Signale der Harnblase ist ein zentraler Bestandteil der Kontinenzschulung.



Lernziel

3.7 Die Kinder können den für sie relevanten Zusammenhang zwischen Harnwegsinfektionen oder Obstipation mit der Einnässproblematik und die Behandlung dieser Komorbiditäten in Grundzügen beschreiben (Komorbiditäten)

Begründung

Harnwegsinfektionen oder Obstipation kommen bei Kindern mit Harninkontinenz überdurchschnittlich häufig vor und können die Einnässsymptomatik aufrechterhalten oder verschlechtern. Eine adäquate Therapie der Komorbiditäten und ein funktionaler Umgang können die Harninkontinenz verbessern und die Lebensqualität steigern.

Inhalte

- Harnwegsinfektionen
 - Entstehung (Keimaszension, Risikofaktoren Restharn, Stuhlschmierer)
 - Symptomatik, (Dysurie, Pollakisurie, Bauschmerzen)
 - Zusammenhang zur Harninkontinenz (Aufschub, Restharnbildung, gegenseitige Verstärkung i.S. eines Teufelskreises)
 - Vorbeugung (Genitalhygiene, ausreichende Flüssigkeitszufuhr)
 - Antibakterielle Prophylaxe
- Obstipation
 - Entstehung (schmerzhafte Darmentleerung, „Teufelskreis“ der funktionellen Obstipation)
 - Symptomatik (z.B. Stuhlschmierer)
 - Therapie (Rolle von stuhlaufweichenden Substanzen, Ernährung, Bewegung; ggf. Stuhltraining)
 - Vorbeugung (z.B. Ernährung)

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Aus der Schatzkiste werden folgende Materialien gemeinsam herausgesucht: Arbeitsblätter aus dem Spurenbuch der KgKS, Bastelmaterial, Bilder zur Anatomie.

Der Zusammenhang der Komorbiditäten mit der Harninkontinenz wird unter Bezug auf die Anatomie und (Patho-)physiologie der Harnwege (Modul 2) hergestellt und ggf. durch spielerische Bastelarbeiten veranschaulicht. Erfordernisse für den Lebensstil werden anhand konkreter Situationen thematisiert (z.B. Schwimmbadbesuch).

Anmerkungen und Ergänzungen

Die Intensität, mit der das Lernziel bearbeitet wird, wird an die individuelle Problematik der Kinder angepasst. Hat kein Kind eine der o.g. Komorbiditäten, werden zumindest die Aspekte der Genitalhygiene bei Mädchen thematisiert.



Modul IV: Kompetenzen für die Regulation von Krankheitsverschlechterung bis hin zur akuten Krise (Kinder)

Umgang mit Notfällen und Verschlechterung der Einnässproblematik „Inspektor Uri löst seinen ersten Fall“

Autoren:	KgKS
Thema der U-Einheit:	Stärken der Wahrnehmung für Symptome einer akuten Verschlechterung und daraus abgeleitete Handlungsstrategien
Form:	Gesprächsrunde mit Rollenspielen, Besprechen von Strategien für fehlenden Erfolg erfolgt individualisiert im Familien-Nachgespräch, das Bestandteil der Schulung ist.
Dauer:	1-3 UE
Zielgruppe:	2-4 Kinder, 6-12 Jahre alt, Lesefähigkeit der Kinder ist erwünscht, aber keine zwingende Voraussetzung.
Leitung:	1 Kontinenztrainer nach KgKS, je nach Zahl der Kinder zusätzlich 1 weiteres Mitglied einer Schulungsgruppe (Arzt; Psychologe, Pädagoge; medizinische Assistenzberufe). Im Familien-Nachgespräch ist die Anwesenheit eines Arztes wünschenswert.
Material:	Inspektor Uri (Handpuppe)

Allgemeine Ziele der Einheit

Es wird gemeinsam erarbeitet, wie Verschlechterungen der Einnässsymptomatik identifiziert, einem Auslöser zugeordnet und wie ihnen begegnet werden kann. Krisenhafte psychosoziale Situationen werden antizipiert und in Rollenspielen bearbeitet.

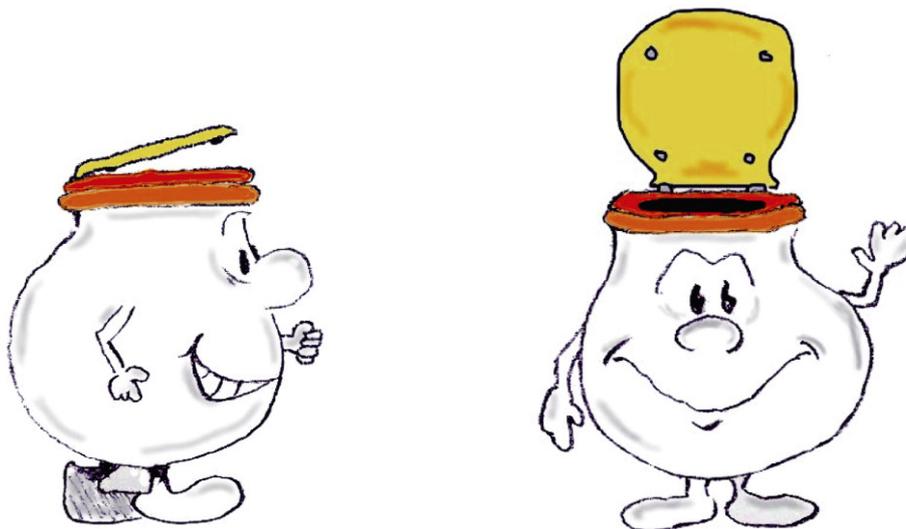


Besonderheiten/Hinweise

Anders als z.B. Asthma verläuft das Störungsbild der Harninkontinenz zwar mit unterschiedlicher Intensität, im Wesentlichen aber kontinuierlich und ist somit nicht so klar in symptomarme und krisenhafte Phasen zu unterteilen. Damit ist auch eine an diesen Phasen orientierte Differenzierung von Bewältigungskompetenzen nicht ohne weiteres möglich. Die Harninkontinenz kann zwar phasenhafte Verläufe im Sinne einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Symptomatik aufweisen, es kommen jedoch im Prinzip stets die unter Modul 3 geschulten Aspekte zum Tragen, die reaktiviert und intensiviert werden. Krisenhafte Zuspitzungen beim Störungsbild der Harninkontinenz entstehen weniger aus der Symptomatik selbst, als vielmehr aus psychosozialen Situationen, in denen z.B. das Einnässen in der Schule für jedermann sichtbar geschieht und die Reaktionen von peergroup und anderen Außenstehenden verarbeitet werden müssen. Somit nimmt die Thematik dieses Moduls störungsbildbedingt nur einen kleinen Raum ein.

Genderaspekte

Jungen und Mädchen werden getrennt geschult. Geschlechtshomogene Gruppen sind notwendig, um Schamgrenzen der Kinder besser gewährleisten zu können.





Übersicht über die Lernziele

- 4.1 Die Kinder haben Strategien für psychosoziale „Notfallsituationen“ (psychosoziale „Notfallsituationen“)
- 4.2 Die Kinder wissen, dass der Verlauf der Einnässproblematik häufig phasenhaft ist
- 4.3 Die Kinder können das Vorgehen bei Verschlechterungen beschreiben (Umgang mit verstärkter Symptomatik)





Lernziel

4.1 Die Kinder haben Strategien für psychosoziale „Notfallsituationen“

Begründung

Die Lebensqualität kann für Kinder mit Harninkontinenz sowohl durch negativ erlebte Reaktionen aus dem sozialen Umfeld als auch durch die Symptomatik selber (z.B. imperativer Harndrang, fehlende Erreichbarkeit einer Toilette, nasse Hose, nasses Bett) erheblich beeinträchtigt sein. Strategien für den Umgang mit solchen Situationen können helfen, die Lebensqualität zu verbessern.

Inhalte

- Strategien für typische Notfallsituationen wie
 - Suche nach einer Toilette bei dringendem Harndrang
 - Hygienemaßnahmen nach unkontrolliertem Harnabgang
 - Was mache ich mit meiner nassen Hose/mit der nassen Bettwäsche?
 - Wie gehe ich mit Hänseleien um?
 - Was sage ich meinen Eltern?

Hinweise zur Durchführung/Methoden

In der Gruppe werden „Notfallsituationen“ zusammengetragen und in Rollenspielen bearbeitet (z.B. Ich werde auf das Einnässen angesprochen/Ich werde von Mitschülern gehänselt). Gemeinsam werden Strategien zusammengetragen, wie die Kinder Notfallsituationen vorhersehen und vermeiden können.

Anmerkungen

Wichtig ist die Stärkung des Selbstbewusstseins. Die Kinder sollen ermutigt werden, peinlichen Situationen mit „Stärke“ zu begegnen.



Lernziel

4.2 Die Kinder wissen, dass der Verlauf der Einnässproblematik häufig phasenhaft ist

Begründung

Der Verlauf der Harninkontinenz ist häufig phasenhaft, so dass in Phasen geringer Ausprägung die geschulten Verhaltensmodifikationen im Alltagsablauf in den Hintergrund treten. Die bisherigen Evaluationen urotherapeutischer Interventionen haben gezeigt, dass eine Symptomreduktion langsam und in vollem Umfang oft erst nach vielen Monaten eintritt, so dass es sinnvoll ist, Einnässsituationen auch nach Abschluss der Schulung zu antizipieren und somit falsche und potentiell dysfunktionale Erwartungen zu minimieren.

Inhalte des Lernziels

- Inkontinenz tritt häufig phasenweise auf.
- Ursachen für eine Verschlechterung der Einnässproblematik sind z.B.
 - Körperliche Ursachen (Harnwegsinfektionen, Obstipation)
 - Psychische Belastungen (Belastung durch die Schule, Konflikte mit Freunden, Konflikte mit Geschwistern und Eltern)

Hinweise zu Durchführung und Methoden

Austausch der Kinder, Anregungen und Ergänzungen durch den Trainer.
Die Kinder werden einerseits durch diese Informationen entlastet und andererseits sensibilisiert für das Suchen nach Auslösern.

Anmerkungen

Der Reifungsprozess bei Kindern bis zur Erlangung einer stabilen Harnkontinenz ist ein störanfälliger Prozess. Dies sollte immer wieder betont werden.



Lernziel

4.3 Die Kinder können das Vorgehen bei Verschlechterungen beschreiben (Umgang mit verstärkter Symptomatik)

Begründung

Phasen der Verschlechterung oder Rückfälle werden häufig durch Auslöser getriggert. Wenn die Kinder (gemeinsam mit den Eltern) diese auslösenden Faktoren identifizieren können, erhöht dies die Chancen für einen konstruktiven Umgang mit diesen Auslösern.

Durch Reaktivierung des optimalen Trink- und Miktionsverhaltens kann die Symptomatik verbessert werden.

Inhalte des Lernziels

Was tun wir (gemeinsam mit den Eltern), wenn das Einnässen wieder verstärkt auftritt?

- Suche nach Auslösern
- Strategien gegen Auslöser erarbeiten
- Wieder verstärkt auf optimales Trink- und Miktionsverhalten achten
- Erneut Beobachtungsprotokolle führen

Hinweise zu Durchführung und Methoden

Erarbeiten in der Gruppe mit Ergänzungen durch den Trainer.

In den beiden letzten Einheiten der Schulung werden die Kinder in den Gesprächsrunden darauf hingewiesen, dass es noch eine Zeit dauern kann, bis die Blase gut und stabil kontrolliert werden kann. Die Kinder werden gefragt, wie sie auf eine Krise reagieren wollen. Der Trainer erinnert die Kinder an das bisher Gelernte und an das Führen der Beobachtungsprotokolle.

Anmerkungen

Die Thematik wird auch im Familiennachgespräch besprochen, das im optimalen Fall etwa vier Wochen nach Abschluss der Gruppenphase der Schulung stattfindet. Das Angebot einer weiteren urotherapeutischen Begleitung und ärztlichen Wiedervorstellung bei Bedarf gehört mit dazu.



Tabelle: Zeitumfang und Bestandteile der Kontinenzschulung

Schulungsbestandteil	Alter		
	Kinder im Vorschulalter	Kinder ab Schulalter bis ca. 12 Jahren	Jugendliche ab ca. 12 Jahren
Patientenschulung	fakultativ	18 UE	18 UE
Elternschulung	10 UE	10 UE	fakultativ
Individuelles Familien-Vor/Nachgespräch	2 UE	2 UE	2 UE
Gesamter Zeitumfang der Kontinenzschulung	12 UE	30 UE	20 UE
Zusätzlicher Zeitumfang der Teambesprechungen	3 UE	3 UE	3 UE





Indikationsspezifisches Qualitätsmanagement für Harninkontinenz	
<p>Es gibt Kinder (vor allem im jungen Schulalter), die nach Beratung, Kurzinstruktion und medizinischer sowie psychosozialer Begleitung (z.B. Telefonkontakte, ambulante Wiedervorstellungen) weiterhin tagsüber einnässen. Die Lebensqualität dieser Kinder und ihrer Familien ist oft erheblich eingeschränkt, die Belastung im Alltag sehr hoch.</p>	
Schulung	
Zielgruppe & Einschlusskriterien für Schulungsteilnahme	<p>Kinder ab dem 7. Lebensjahr mit therapieresistenter Harninkontinenz tagsüber, über mindestens 6 Monate nach Erstdiagnostik und Beratung bestehend</p> <p>ICD 10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • R 32: nicht näher bezeichnete Harninkontinenz, synonym Enuresis ohne nähere Angabe • F98.0 nicht organische Enuresis • N39.42: Dranginkontinenz
Schulungsumfang in UE à 45 min	<p>Indiv. Vor- und Nachgespräch mit der Familie: 1 UE Kinderschulung: 18 UE Elternschulung: 10 UE</p>
Zusammensetzung des Schulungsteams	<ul style="list-style-type: none"> • Arzt • Psychologe/Pädagoge • medizinische Assistenzberufe (z.B. Gesundheits-/Kinderkrankenpfleger, Physiotherapeut, Ergotherapeut) <p>Mindestens ein Mitglied des Teams muss Kontinenztrainer nach KgKS sein</p>
Trainerausbildung	
Formale Qualifikationsvoraussetzungen für den Trainerschein	<p>s.o. zusätzlich mind. 1 Jahr Berufserfahrung in der Betreuung von Kindern/Jugendlichen mit Harninkontinenz bzw. in der Betreuung von chronisch kranken Kindern/Jugendlichen</p>
Trainerausbildung (Anforderungen und Umfang von Hospitation, Supervision und Theorieblock)	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitation: 14 UE an einer zertifizierten Schulungseinrichtung (Kinder- und Elternschulung) • Theorie-seminar: <ol style="list-style-type: none"> a) Basistrainerausbildung: 20 UE b) Kontinenztrainer (krankheitsspezifische Ausbildung): 22 UE • Live-Supervision bei 2 unterschiedlichen Schulungseinheiten oder • Mediengestützte Supervision: Gesamtdauer mindestens 3 Zeitstunden innerhalb von 2 unterschiedlichen Schulungsgruppen
Anforderungen an die Hospitationszentren	Zertifizierung durch die KgKS



QM bei der Schulungsdurchführung	
Besonderheiten bei der Strukturqualität (z.B. Räumlichkeiten, Material, Zielgruppe)	Grundlagenmanual "Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter"
Besonderheiten bei der Prozessqualität (z.B. Ablauf, Überprüfung, Dokumentation)	Schulungen können ambulant, teilstationär oder stationär stattfinden. Für die Qualitätssicherung liegen vor: <ul style="list-style-type: none"> • Meldebogen Teammitglieder der Schulung • Teilnehmerliste Eltern • Teilnehmerliste Kinder • Erhebungsbogen für Kontinenz- und Blasenfunktion (Ausgangs- und Verlaufsdaten) • QM-Fragebogen zum Einnässen • Beurteilung der Schulung durch den Trainer • Beurteilung der Schulung durch den Patienten • Beurteilung der Schulung durch die Eltern
Besonderheiten bei der Ergebnisqualität (z.B. Art und Häufigkeit der Messungen, verwendete Verfahren)	T0: Familieneingangsgespräch T1: Familienabschlussgespräch T2: 6 Monate nach T1 (fakultativ 12 und 24 Monate nach T1) <ul style="list-style-type: none"> • 14 Tage-Protokoll über Harninkontinenz, (ggf. auch Einkoten und Stuhlschmierern) • fakultativ Blasentagebuch mit Miktionsfrequenz und Miktionsvolumen • Lebensqualitätsfragebogen PinQ-D für Eltern und Kind
Weitere Besonderheiten und Maßnahmen zur Qualitätssicherung	Wahl eines Schulungsverantwortlichen (mit Trainerzertifikat), der für das Qualitätsmanagement der Schulung verantwortlich ist
Qualitätsmatrix	<ul style="list-style-type: none"> • Schulungsverantwortlicher für jedes Schulungsteam • Qualitätsbeauftragter für jedes Schulungsteam • Regionalzirkel mit Moderator und Landesqualitätsbeauftragte (in Planung, abhängig von der Entwicklung von Schulungszentren) • Jährliche wissenschaftliche Jahrestagungen (bereits 2 x durchgeführt), an der die Schulungsverantwortlichen und Moderatoren teilnehmen sollen
Liste der derzeit durchführenden Schulungszentren	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Essen • Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Münster • Christliches Kinderhospital Osnabrück • Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Links der Weser, Bremen • Klinik für Kinder- und Jugendmedizin ‚Altonaer Kinderkrankenhaus‘, • Weitere Zentren sind im Aufbau begriffen
Autorisierung der Arbeitsgruppe	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie