

Ausgabe 2-2003

Der Kita-Doktor

Themen:

ADS, Hepatitis B, Enuresis,
Madenwürmer, Meningitis



ERZIEHER/INNEN **FRAGEN**
DAS GESUNDHEITSAMT **ANTWORTET**

Info-Hotline

NORDKREIS: 02302/92 22 20

FAX: 02302/92 22 27

SÜDKREIS: 02332/66 40 16

FAX: 02332/66 40 19

ADS ??

Das Problem mit zappeligen und unaufmerksamen Kindern ist nicht neu. Bereits vor 150 Jahren hat der Kinderarzt Heinrich Hoffmann in seinem "Struwwelpeter" die wohlbekannte Geschichte des Zappelphilipps veröffentlicht.

Als modernes Beispiel soll hier die Geschichte des neunjährigen Peter erzählt werden, der in einer kinderpsychiatrischen Ambulanz wegen seiner motorischen Unruhe, seiner Umtriebigkeit, Unkonzentriertheit und leichten Ablenkbarkeit vorgestellt wird. Dem Unterricht hört er oft nicht zu; entweder er träumt einfach vor sich hin oder er beobachtet andere Kinder und schaut zum Fenster hinaus. Ständig ist er in Bewegung. In den ersten beiden Klassen hat er es kaum mehr als 15 Minuten auf seinem Platz aushalten können und ist dann einfach in der Klasse herumgelaufen. Inzwischen bleibt er während des Unterrichts sitzen, zappelt aber ständig mit den Beinen und rutscht auf seinem Stuhl hin und her.



Seine Hefte sind völlig verschmiert. Nach Angaben der Klassenlehrerin ist er in Mathematik ein durchschnittlicher bis guter Schüler, im Lesen und Schreiben hat er jedoch große Probleme. Zuhause hat die Mutter ähnliche Schwierigkeiten mit ihm, vor allem bei den Hausaufgaben. Arbeiten, die in 15 Minuten zu verrichten sind, dauern bis zu einer Stunde, wenn die Mutter dabei sitzt, ansonsten wird er gar nicht fertig. Am schlimmsten ist das Schreiben, wohingegen er gerne malt und dabei auch recht ausdauernd sein kann. Die Mutter berichtet, dass beide nach den Hausaufgaben völlig genervt seien, häufig gebe es Auseinandersetzungen, weil Peter so herumtrödele oder, vor

allem wenn er schreiben müsse, immer wieder sage, er könne das doch nicht. Mit anderen Kindern in der Klasse oder auf dem Spielplatz gerät er leicht in Schwierigkeiten. Immer will er das Spiel dominieren, wechselt dabei aber ständig mit den Spielvorschlägen und tobt schließlich nur noch herum. Die zwei Jahre jüngere Schwester, die genau das Gegenteil von ihm ist, traktiert er häufig. Anweisungen und Grenzsetzungen, vor allem der Mutter, ignoriert er fast immer. Täglich kommt es deshalb zu Auseinandersetzungen, die meist so enden, dass die Mutter ihm genervt seinen Willen lässt. Noch nie hat Peter einen richtigen Freund gehabt, da die meisten Kinder sich nach kurzer Bekanntschaft schnell wieder von ihm zurückziehen. Bereits im Kindergarten ist er durch unruhiges und aggressives Verhalten aufgefallen, doch die Erzieherin ist irgendwie mit ihm zurechtgekommen. In den ersten beiden Schulklassen war er vor allem wegen seiner Unruhe sehr schwierig, was aber ein wenig nachgelassen hat. Jetzt in der dritten Klasse, wo er auch anfängt, den Unterricht zu stören, indem er andere Kinder ärgert oder einfach dazwischen redet, ist die Lehrerin völlig genervt: "Wenn sich sein Verhalten nicht bald ändert, ist eine Beschulung in der jetzigen Form nicht mehr möglich". In einem Intelligenztestverfahren erzielte Peter einen durchschnittlichen Intelligenzquotienten. Sein Verhalten war dabei zuerst sehr ruhig, wurde dann aber von Minute zu Minute unruhiger. Er kontrollierte Lösungen nicht mehr, fragte zwischendurch nach allem möglichen, fasste alles an, versuchte schließlich den Test auseinander zu montieren, war kaum zu halten und grimassierte dabei. In einem Lese-Rechtschreibtest erzielte er deutlich unterdurchschnittliche Leistungen: die moderne Version des Zappelphilipps. Diese Störung hat in der internationalen Literatur verschiedene Bezeichnungen: hyperkinetische Störung (HKS, was soviel wie "auf übermäßiger Bewegung beruhend" bedeutet) oder ADS (Aufmerksamkeits-

Defizit Syndrom), ADHS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität). Eine ältere Bezeichnung ist die MCD (minimale cerebrale Dysfunktion = geringfügige Hirnfunktionsstörung). Dieses Störungsbild gibt aus vier Gründen Anlass zur Sorge:

- Es ist relativ häufig. Typischerweise werden in Einrichtungen, wie kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, Beratungsstellen oder bei niedergelassenen Kinderpsychiatern 30% bis 40% aller Kinder wegen Störungen in diesem Bereich vorgestellt.
- Es ist eine sehr stabile Störung. Sie wächst sich nicht so aus, wie man sich das vor ca. 15 Jahren noch vorgestellt hat, sondern viele Teilsymptome dauern bis in das Erwachsenenalter an.
- Es stellt den vielleicht ernsthaftesten Risikofaktor für die Entwicklung weiterer Probleme wie z.B. aggressiver Verhaltensstörungen dar.
- Es ist ein Störungsbild, das im Vergleich zu anderen psychischen Störungen relativ schwer zu behandeln ist.

2



Ursachen:

Durch verschiedene Untersuchungen weiß man mittlerweile, dass es eine hohe genetische Veranlagung für diese Störung gibt. Vererbt wird hierbei eine unterschiedliche Anfälligkeit an einem ADS zu erkranken. Häufiger hat ein betroffenes Kind auch einen hyperkinetischen Vater, manchmal auch eine solche Mutter. Verwandtschaftsuntersuchungen ergaben, dass in Familien mit einem auffälligen Kind Geschwister das Syndrom fünf bis sieben mal häufiger entwickeln als in anderen Familien. Vermutlich durch genetische Faktoren beeinflusst, ist

bei hyperkinetischen Kindern der Neurotransmitterstoffwechsel (das sind Botenstoffe im Gehirn) vor allem der Dopaminstoffwechsel beeinträchtigt. Nach neueren Untersuchungen kommt es dadurch zu einer Unterstimulation im Gehirn, wodurch eingehende Informationen nur unzureichend gefiltert und motorische Reaktionen nur eingeschränkt kontrolliert werden können. Dadurch entsteht eine Reizüberflutung, es kommt zu ADS-Symptomen, was wiederum negative Interaktionen mit den Bezugspersonen nach sich zieht. Ungünstige problematische familiäre und schulische Bedingungen, alle Umgebungsbedingungen, die unüberschaubar, unstrukturiert, chaotisch und/oder unzuverlässig sind, können bei entsprechend anfälligen Kindern auslösend bzw. verstärkend bezogen auf ADS wirken.



In wissenschaftlichen Studien ließ sich nicht bestätigen, dass Nahrungsbestandteile, wie z.B. Phosphate, Zucker oder Farbstoffe eine hyperkinetische Störung verursachen können. Das bedeutet jedoch nicht, dass dies im Einzelfall evtl. nicht doch möglich sein kann.

Häufigkeit und Entwicklung einer hyperkinetischen Störung

ADS gehört zu den häufigsten Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. Die Angaben zur Häufigkeit dieser Störung schwanken naturgemäß in Abhängigkeit von den zugrundegelegten Diagnosekriterien und von der ausgewählten Stichprobe. Etwa 5% aller Kinder sind betroffen, was bedeutet, dass statistisch gesehen in jeder Schulklasse ein Kind mit einer hyperkine-

tischen Störung sitzt. Jungen sind ca. dreifach häufiger betroffen als Mädchen. Die Jungen lärmen eher, die Mädchen haben eher Aufmerksamkeitsprobleme.

Häufig haben hyperkinetische Kinder auch noch oppositionell aggressive Verhaltensauffälligkeiten, d.h. sie machen (teilweise) Dinge kaputt, ärgern andere Kinder und lehnen sich gegenüber Erwachsenen (oppositionell) auf.

Im Säuglingsalter zeigen ca. 60 % der ADS-Kinder extreme Unruhe. Diese zeigt sich in häufig ausdauerndem und schrillum Schreien, in einem ununterbrochenen Bewegungsdrang, einem ständig wechselnden Wach- und Schlafrhythmus und auch einer häufiger verzögerten Sauberkeits- und Sprachentwicklung. Im Kleinkindalter finden sich vermehrt Aggressionen und unkontrollierbare Wutausbrüche und chaotisches und destruktives, wenig zielgerichtetes Spielverhalten. Im Kindergartenalter werden die Kinder häufiger durch ihre Gruppenunfähigkeit und ihr Störverhalten zu Außenseitern. Im Stuhlkreis zappeln sie ständig herum und reden dazwischen.



Ihr starker Bewegungsdrang gefährdet sie selbst und auch Unbeteiligte. Sie haben häufig wenig Gefahrenbewußtsein und lernen auch durch negative Erfahrungen fast nichts Neues dazu. In der Schulzeit treten dann die Symptome eines ADS voll zu Tage. Die Kinder haben große Probleme sich im Klassenverband einzufügen. Sie schlagen häufiger bzw. werden geschlagen und die Kinder haben auch deutlich öfter Schulwegunfälle. Die Hausaufgabenzeit ist für die ganze Familie eine schwierige Situation, weil die Kinder oft "stundenlang" dafür brauchen.

Im Jugendalter gehen die motorischen Symptome der Hyperaktivität zurück. Die Impulsivität und die verminderte Aufmerksamkeitsspanne bleiben erhalten. Häufig orientieren sich betroffene Jugendliche an sozialen Randgruppen. Das Risiko, eine Sucht zu entwickeln ist erhöht. Ebenfalls besteht oft eine vermehrte Bereitschaft für ein sehr risikofreudiges Verhalten und es gibt häufiger Unfälle.

Merkmale der hyperkinetischen Störung

Zu den Hauptsymptomen gehören

- die Aufmerksamkeitsstörung: Dies ist ein Kernproblem, nämlich die Unfähigkeit über längere Zeit die Konzentration aufrecht zu erhalten. Die betroffenen Kinder verlieren schnell ihr Interesse an einer Aufgabe und wechseln zu einer anderen Tätigkeit. Sie sind leicht ablenkbar, angefangene Arbeiten werden nicht beendet. Die Kinder weisen insgesamt wenig Ausdauer auf. Häufig verlieren sie Gegenstände (Lineal, Füller etc.) oder sind vergesslich in Alltagssituationen.
- die Impulsivität: Auf der kognitiven Ebene äußert sich dies darin, dass die Kinder sofort ihren ersten Einfällen und Handlungsimpulsen folgen, d.h. sie handeln fast schneller als sie denken. ADS-Kinder haben oft große Schwierigkeiten Bedürfnisse aufzuschieben, und auf der emotionalen Ebene sind sie schnell sehr begeisterungsfähig, aber auch schnell frustriert, insgesamt stimmungslabil ("Himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt").
- Hyperaktivität: Dies bezieht sich auf die motorischen Störungen, die durch unkontrollierte, desorganisierte und überschießende Aktivität deutlich werden. Die Kinder sind immer in Bewegung und sind z. B. auch beim Spielen häufig übermäßig laut. Dieses Symptom hat der Störung ihren Namen gegeben.

Die Symptome treten üblicherweise schon im Kindergartenalter auf. Die Probleme müssen deutlich stärker ausgeprägt sein als bei anderen Kindern gleichen Alters und gleicher Intelligenz. Außerdem müssen die Pro-

bleme situationsübergreifend auftreten, d.h. sie müssen in mehreren Lebensbereichen (z.B. Schule, Kindergarten, Familie, Sportverein) vorhanden sein.

Begleiterkrankungen

Kinder mit ADS entwickeln nicht selten Begleiterkrankungen. Sie können, müssen jedoch nicht zwangsweise auftreten. Zu diesen Störungen gehören

- Störungen des Sozialverhaltens und aggressive Störungen:
Die Kinder sind häufig aggressiv, weil sie ihr Verhalten nur schwer steuern können. Sie sind nicht mit Absicht aggressiv, vielmehr fahren ihre Gefühle Achterbahn. Es ist in einem bestimmten Moment nicht möglich, die "innere Bremse zu treten".
- Depressionen:
Sie gehören zu den häufigsten sekundären Störungen bei ADS. Sie beruhen auf einem sich ständig verschlechternden Selbstwertgefühl, das oft mit dem wiederholten Scheitern einher geht.
- Angststörungen:
Von einer Angststörung spricht man, wenn die Intensität und die Dauer der Ängste nicht mehr im Verhältnis zur eigentlichen Ursache der Angst stehen.
- Teilleistungsstörungen und Lernstörungen:
Leseschwäche und Rechenschwäche zeigen sich häufiger bei Kindern mit ADS, genau wie eine Koordinationsstörung.

Diagnostik

Ein ADS ist nicht nach einem kurzen Gespräch mit den Eltern oder nach einem einzelnen Test festzustellen. Um heraus zu finden, ob das Kind an dieser Störung leidet, muss mit den Eltern gründlich über die Vorgeschichte sowie die jetzigen Störungen und Auffälligkeiten gesprochen werden. Das Kind oder der Jugendliche sollte ebenfalls dazu befragt werden. Genauso wichtig sind

Informationen von Erziehern und Lehrern. Daneben gehört die testpsychologische Untersuchung der Intelligenz, des Entwicklungsstandes, der schulischen Leistungsfähigkeit und der Aufmerksamkeitsleistung dazu. Eine kinderärztliche und neurologische Basisuntersuchung runden das Bild ab.

Differentialdiagnose

Um die Diagnose ADS stellen zu können, ist auszuschließen, dass das Kind an einer anderen ähnlichen Störung erkrankt ist, zum Beispiel an einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer ausschließlichen Depression oder einer anderen schweren Störung.

Behandlung

Die angemessene Behandlung von Kindern mit AD(H)S besteht heute aus einem Programm mit drei Säulen.

1. Die Erste betrifft die Aufklärung und Beratung der Eltern, evtl. mit einem speziellen Elterntaining und einem Eltern-Kind-Training. Wichtige Inhalte sind hier Möglichkeiten, das Selbstwertgefühl der Kinder zu stabilisieren, und die Strukturierung des Alltags und des Umgangs mit dem Kind. Auch die Einbeziehung und Beratung von Erziehern und Lehrern ist wichtig.
2. Die Kinder sollen nach Möglichkeit eine spezielle Förderung erhalten, vor allem übende Verfahren, die sie lehren, wie man genau hinhört, wie man genau wiedergibt, wie sie ihre Reaktionen verzögern können, wie sie sich selbst beobachten können und wie sie neue Arbeitsstrategien und Lerntechniken lernen können.
3. Die dritte Säule der Behandlungen von ADS besteht in einer Medikamentengabe. Das Mittel der Wahl ist Methylphenidat (z.B. Ritalin® oder Medikinet®). Dies ist ein im Gehirn wirkendes, stimulierendes Mittel. Man erkannte Ende der 50er Jahre seine positive Wirkung bei aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Methylphenidat ist kein Beruhigungsmittel - wie noch vielfach angenommen wird - sondern ein stimulierendes Medi-

4

ADS

kament, das im Gehirn bewirkt, dass ein bestimmter Botenstoff (Dopamin) länger wirkt als sonst. Es bewirkt, dass die Kinder sich besser konzentrieren, organisieren und strukturieren können und somit nicht mehr so unruhig wirken. Vor allem bei impulsiven und hyperaktiven Verhaltensweisen zeigt dieses Medikament eine gute Wirkung und sollte frühzeitig eingesetzt werden.

Zwar ist Methylphenidat ein potentiell suchterzeugendes Medikament, jedoch wird die Menge, die für eine Suchterzeugung notwendig ist, in einer ADS-Therapie niemals erreicht.

Unerwünschte Wirkungen von Methylphenidat können vorübergehend Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, leichte Übelkeit

oder eine leicht depressive Verstimmung sein. Andere Nebenwirkungen sind äußerst selten. In der Regel ist eine solche Therapie über mehrere Jahre sinnvoll und sollte entsprechend auch über diese Zeit durchgeführt werden.

Entgegen früherer Annahmen wächst sich ADS in den allermeisten Fällen nicht von alleine aus, sondern bleibt bis ins Erwachsenenalter vorhanden. Erwachsene mit ADS haben häufig eine schlechtere Schulausbildung und damit eine schlechtere berufliche Position und neigen vermehrt zu Unfällen. Sie sind statistisch gesehen häufiger straffällig, haben vermehrt Angstsymptome, Drogenprobleme und Störungen im Sozialverhalten.

ERZIEHER/INNEN FRAGEN DAS GESUNDHEITSSAMT ANTWORTET

5

Ein Kind im Kindergarten ist an **Hepatitis B** erkrankt. Um welche Erkrankung handelt es sich hierbei? Was muß ich als ErzieherIn beachten? Wie kann ich mich vor einer Ansteckung schützen?

Die Hepatitis B (es gibt auch andere Formen) ist eine entzündliche Viruserkrankung der Leber. Bei Infektionen der Leber kann es zu einer Funktionsstörung des Organs kommen, die dazu führt, dass der Gallenfarbstoff nicht mehr auf dem normalen Weg (nämlich mit dem Stuhl) ausgeschieden werden kann und sich deshalb in der Haut und den Schleimhäuten ablagert. Dort führen diese Stoffe zu einer Gelbfärbung der Haut, der sogenannten Gelbsucht. Diese ist bei Säuglingen und Kleinkindern am deutlichsten am Körperstamm, bei Erwachsenen meist in den Augen zu erkennen. Eine Gelbsucht muss nicht auftreten, eine Hepatitis kann auch vollkommen unbemerkt verlaufen, oder sie beschränkt sich auf grippeähnliche



Gelbsucht der Schleimhäute
Erscheinungen, Kreislaufbeschwerden, Übelkeit, Durchfälle, allgemeine Schwäche oder psychische Reaktionen. Eine Hepatitis B (also die infektiöse Hepatitis vom Virustyp B) kann in der Akutphase in bis zu 1% der Fälle tödlich verlaufen, da in diesen Fällen entzündungsbedingt die lebenswichtige Entgiftungsfunktion der Leber ausfällt. Dieser

6

mögliche dramatische Verlauf und die Tatsache, dass die Erkrankung bei Erwachsenen in bis zu 10 % der Fälle, bei Kleinkindern sogar in bis zu 90% der Fälle (!) in eine chronische, das heisst dauerhaft vorhandene Leberentzündung mündet, unterscheidet die Hepatitis B in ihrer Gefährlichkeit deutlich von der Hepatitis A, mit der man sich zwar wesentlich einfacher anstecken kann (z.B. beim Verzehr von kontaminiertem Salat), die aber in der Regel einen milden Verlauf nimmt und folgenlos ausheilt. Im Fall einer chronischen Hepatitis B kommt es zu Veränderungen des Lebergewebes, die eine normale Funktion der Leber unmöglich machen oder sogar die Ausbildung eines bösartigen Leberkrebses verursachen kann. Daher geht möglicherweise auch mit der chronischen Erkrankung eine erhebliche Einschränkung der Lebenserwartung einher! Die Hepatitis B kann also akut wie auch chronisch verlaufend zum Tode führen! Auch aus diesen Gründen zählt die Hepatitis B zu den meldepflichtigen Erkrankungen.

Da die Medizin zum heutigen Zeitpunkt bei Kindern keine spezifische Therapie der Hepatitis B kennt, wird seit einigen Jahren empfohlen, alle Kinder in Deutschland gegen diese Viruserkrankung B impfen zu lassen. Der mit Abstand häufigste Übertragungsweg für eine Hepatitis B ist ein direkter Blutkontakt, wie er bei Blutübertragungen, blutenden Verletzungen (Vorsicht!), Benutzen gleicher Spritzen oder Kanülen, unter der Geburt oder auch beim ungeschützten Geschlechtsverkehr möglich ist. Zwar sind auch Ansteckungen bei intensivem sozialen Kontakt (über Jahre) wie z.B. einer Mutter-Kind-Beziehung (Infektion über den Speichel) beschrieben worden, der normale soziale Umgang mit einem Hepatitis B-Virussträger ist hingegen nicht gefährlich! Auf den Kindergartenalltag übertragen

bedeutet dies, dass es in aller Regel unproblematisch ist, wenn ein Hepatitis-B-positives Kind eine Gemeinschaftseinrichtung wie Kindergarten oder Schule besucht!

Abgesehen von den üblichen hygienischen Verhaltensregeln sollte ein Impfschutz für die Kontaktpersonen (Familie / ErzieherInnen / Spielkameraden) durch drei Impfungen aufgebaut werden (s. Ausgabe 1/2003 des Kita-Doktors). Vor dem oben erwähnten Hintergrund, dass die Erkrankung auch völlig ohne Krankheitszeichen ablaufen kann, ist es denkbar, dass man auch in anderen alltäglichen Situationen Kontakt mit Hepatitis B-positiven Mitmenschen hat, ohne dies zu wissen, so dass eine Impfung auch aus diesem Grund sinnvoll ist.

Leider ist es in der Vergangenheit schon dazu gekommen, dass Hepatitis-B-positive Kinder in einer Gemeinschaftseinrichtung wie Aussätzige behandelt wurden. Diese unnötige Stigmatisierung des betroffenen Kindes sollte unbedingt vermieden werden. Falls Ihrerseits ein weiterer Bedarf an Aufklärung oder Informationen besteht, oder Sie z.B. im Rahmen eines Elternabends zum Thema Hepatitis Unterstützung benötigen, bitten wir Sie sich an den Kinderärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes zu wenden.



Gelbsucht

Bettnässen im Kindesalter.... (Enuresis)

Einnässen ist eines der häufigsten Probleme im Kindesalter. Etwa 10 % der Siebenjährigen und immerhin noch 1-2 % der Jugendlichen sind betroffen, Jungen etwas häufiger als Mädchen.

In der Regel werden Kleinkinder tagsüber bis zum Ende des 2. und nachts bis zum Ende des 4. Lebensjahr trocken. Vom Störungsbild des Einnässens (fachsprachlich: Enuresis) spricht man erst, wenn ein Kind älter als

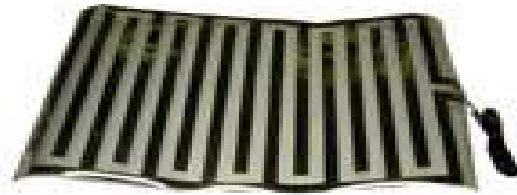
5 Jahre ist und über 3 Monate regelmäßig und unfreiwillig mindestens 2x (Kinder unter 7 Jahren) oder 1x pro Monat (ältere Kinder) einnässt und keine körperlichen Grunderkrankungen, wie Entzündungen oder Fehlbildungen von Harnblase und ableitenden Harnwegen vorliegen. Selten sind eine Zuckerkrankheit, Anfallsleiden, Erkrankungen mit Beteiligung des Rückenmarks (z. B. Spaltbildungen der Wirbelsäule) u. a. Ursachen eines Einnässens.

Die häufigste Form mit etwa 75 % ist das unkomplizierte nächtliche Einnässen (Enuresis nocturna). Als Ursachen spielen Vererbung (viele Eltern haben als Kind ebenfalls unter Bettnässen gelitten), eine ausgespro-



chen schwere Erweckbarkeit des Kindes (das Kind wird auch durch das Einnässen nicht wach) sowie eine verminderte Urinkonzentrationsfähigkeit der Nieren mit vermehrter Blasenfüllung eine Rolle.

Die Therapie besteht zunächst in der Aufklärung von Eltern und Kind. Insbesondere ist zu betonen, dass das Kind nicht absichtlich einnässt und dass Strafen und Drohungen keinen Erfolg bringen. Sinnvoll ist der Einsatz eines Belohnungssystems, z. B. eines Sonne-und-Regen-Kalenders, in dem trockene Nächte mit einer Sonne markiert werden. Auch hilft manchmal eine Umverteilung der Trinkmenge am Tage, ohne jedoch abends die Flüssigkeitsaufnahme völlig zu verbieten. Ein Sechstel der Kinder werden allein durch diese Maßnahmen trocken. Einen Versuch wert ist sonst die apparative Verhaltenstherapie mittels Klingelgerät zur Nacht. Das Klingelgerät (Matratze oder Hose) gibt beim Einnässen ein Signal ab, wodurch das Kind geweckt wird. Es lernt dabei über mehrere Wochen entweder trocken durchzuschlafen oder wach zu werden, wenn die Blase gefüllt ist. Die Erfolgsquote liegt bei 70 %. Hilft das alles nicht, oder ist ein kurzfristiger Effekt notwendig



Klingel-Matratze

(z. B. Übernachtung außer Haus), so kann (unterstützend) ein die Blasenfüllung reduzierendes Medikament Erfolg bringen. Dies wird in der Regel gut vertragen, hat zu Beginn eine gute Ansprechrate und wird meist als Nasenspray zugeführt.

Man unterscheidet eine primäre (das Kind war noch nie trocken) von einer sekundären (das Kind nässt wieder ein, nachdem es 6 Monate trocken war) Enuresis-Form. Die sekundäre Enuresis wird häufiger durch besondere Lebensumstände des Kindes ausgelöst. Hierzu gehören z.B. die Geburt eines Geschwisterkindes, Ehescheidung der Eltern, Leistungsdruck in Schule oder Freizeit, Vernachlässigung, Misshandlung u. a.. Dabei sind oft auch weitere Rückentwicklungszeichen des Kindes, wie Rückfall in die "Baby-Sprache" usw. zu beobachten. Ziel der Behandlung ist hier die Bewältigung der besonderen Lebensumstände, ggf. mit psychologischer oder kinderpsychiatrischer Unterstützung.

Von der eigentlichen Enuresis trennt man Störungen der Harnentleerung, die sich durch häufiges oder "stotterndes" Wasserlassen, kleine Urinportionen, schmerzhaftem, oder plötzlich auftretendem, starkem Harndrang zeigen und ebenfalls oft zum Einnässen führen. Die Ursachen hierfür sind häufig körperliche Erkrankungen (z. B. Harnwegsinfektionen). Hier sollte eine ärztliche Untersuchung zur weiteren Klärung erfolgen.

Manche Kinder halten aber auch willkürlich den Harndrang zurück, um z. B. ein Spiel nicht zu unterbrechen. Dies hat an sich keinen Krankheitswert, führt aber letztlich auch zum Einnässen, sobald die Blase überfull ist. Ziel ist es hier, das Kind an regelmäßige Toilettengänge (am Tage alle 3 bis 4 Stunden) zu gewöhnen.

Typisch für die zuletzt genannten Störungen ist das auch oder gerade am Tage auftretende Einnässen.

Zur Einteilung der Einnäss-Formen ist das Führen eines Kalenders über mehrere Tage hilfreich. Hier werden über je 24 Stunden, Menge, Uhrzeit und Besonderheiten (schmerzhaft, eingenässt usw.) der Urinausscheidung eingetragen und der Kalender

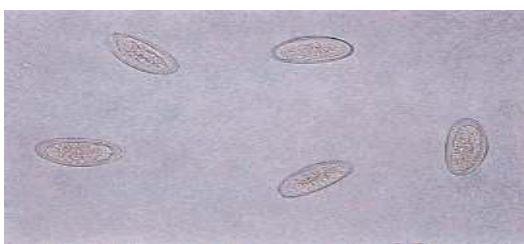
zum Arztbesuch mitgebracht. Die gesammelten Informationen können für die Diagnose und Therapiewahl entscheidend sein.

Ein akuter Anlass, einen Arzt aufzusuchen, ist das Auftreten von Fieber über 38,5°C bei bestehendem oder neu aufgetretenem Einnässen. Hier könnte eine Harnwegsinfektion vorliegen, die rasch behandelt werden sollte, um eine Nierenschädigung zu vermeiden.

Aus einem Kindergarten im nördlichen Ennepe-Ruhr-Kreis erreichte uns der Bericht, dass bei einem Kind beim Stuhlgang kleine weiße Würmer aufgefallen sind. Der von den Eltern hinzugezogene Kinderarzt habe **Madenwürmer** diagnostiziert. Es stellte sich die Frage, welche Maßnahmen im Kindergarten zu ergreifen sind.

8

Madenwurmbefall, der Fachausdruck lautet Enteruriasis oder Oxyuriasis, ist eine häufige Erkrankung. Viele Menschen haben im Laufe ihres Lebens irgendwann einmal vorübergehend Madenwürmer im Darm. Sie werden dann beim Stuhlgang ausgeschieden und sind dabei als weiße, dünne, bis zu 12 mm lange Würmer, die sich oft lebhaft bewegen, sichtbar. Der Madenwurmbefall ist die häufigste Erkrankung mit Parasiten in unseren Breitengraden und kommt weltweit vor. Am häufigsten sind Kindergarten- und Schulkinder befallen. Familienangehörige sind oft mitbetroffen und für wiederkehrende, oft hartnäckige Neuinfektionen verantwortlich. Man infiziert sich, indem man Eier (Foto) mit ansteckungsfähigen Larven über den Mund in den Körper aufnimmt. Und



so kann dies passieren: Der Wurmbefall führt zu einem ausgeprägten Juckreiz im Bereich des Anus, besonders nachts, weshalb erkrankte Kinder am After kratzen und dabei Wurmeier auf die Finger und unter die Fingernägel übertragen. Von dort gelangen sie entweder direkt wieder in den Mund oder auf Gegenstände wie Spielzeug, Türgriffe, Nahrungsmittel, Armaturen und anderes. Man kann sich aber auch durch ansteckungsfähige Wurmeier, die sich zum Beispiel im aufgewirbelten Staub befinden, infizieren. Ein Befall mit Madenwürmern wird vom Hausarzt durch den mikroskopischen Nachweis der Wurmeier festgestellt. Diese werden in klassischer Weise diagnostiziert, indem mittels eines Klebestreifens von der Haut der Analregion eine Probe entnommen wird. Madenwürmer sind schnell, zuverlässig und schonend mit einem modernen Wurmmittel, welches der Hausarzt verordnet, zu vernichten. Diese Behandlung sollte nach ein bis zwei Wochen wiederholt werden. Da in einer Familie häufig nicht nur einer von Madenwürmern befallen ist, sollten alle Mitglieder der Wohngemeinschaft eine solche

Behandlung vorsorglich mitmachen, um einer Wiederansteckung vorzubeugen. Schwangere in den ersten 6 Monaten der Schwangerschaft sollten jedoch nicht vorsorglich behandelt werden. Zur Vorbeugung sind weitere Maßnahmen sinnvoll, um Wurmeier optimal zu beseitigen. Hierzu gehört z. B., die Fingernägel kurz zu halten, ein häufiges, gründliches Waschen der Analregion, ein konsequenter, morgendlicher Wäschewechsel, da in der nachts getragenen Wäsche oft besonders viele Wurmeier sind. Diese werden durch Auskochen der Wäsche und das anschließende heiße Bügeln sicher vernichtet. Zur Vermeidung einer Staubinfektion sollte die möglicherweise befallene

Wäsche nicht geschüttelt werden, da sonst die Gefahr besteht, dass die Wurmeier eingeatmet werden. Die Fußböden sollten gründlich gereinigt werden, um ausgestreute Eier zu beseitigen. Lebensmittel sollten vor Fliegen geschützt werden, da diese Wurmeier auf Nahrungsmittel übertragen.

Ein Madenwurmbefall zählt nicht zu den Erkrankungen, mit denen man nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes eine Gemeinschaftseinrichtung nicht betreten darf, so dass weder medizinisch noch juristisch der Besuch des Kindergartens zu verwehren ist.

Madenwürmer

Im Umfeld eines Kindergartens ist ein Kind an einer Meningitis erkrankt! Was muß ich als ErzieherIn wissen? Was kann ich tun?

Die Meningitis (Entzündung der Hirn- und/oder Rückenmarkshäute) ist eine Infektionskrankheit, die sowohl durch Viren, als auch durch Bakterien verursacht werden kann und bei schweren Verläufen (meist bei bakterieller Ursache), bzw. unbehandelt zu bleibenden Schäden oder zum Tod führen kann.

Zudem sind bestimmte Formen der Meningitis (in Abhängigkeit des Erregers) hoch ansteckend und können sich so schnell und zunächst unbemerkt verbreiten.

Aus diesem Grund ist schon der Verdacht auf eine bestehende Infektion meldepflichtig.

Bei den meisten der durch Viren bedingten Hirnhautentzündungen handelt es sich um komplizierte Verläufe von Kinderkrankheiten (auch aus diesem Grund werden seit Jahren alle Kinder in Deutschland gegen Mumps und Masern geimpft) oder die sogenannte Frühsommermeningoenzephalitis (FSME), die durch einen Zeckenbiß verursacht wird, in unserer Gegend aber nicht vorkommt. Sollten Sie in bestimmte Regionen reisen (z.B. Oberbayern), sogenannte Endemiegebiete - hier ist die Wahrscheinlichkeit besonders groß, von einer mit dem Virus infizierten

Zecke gebissen zu werden - so übernimmt die Krankenkasse in der Regel die Kosten für die entsprechende Impfung.

Die häufigsten bakteriellen Verursacher einer Meningitis sind bei Erwachsenen die ebenfalls von Zecken übertragenen Borrelien, sowie Pneumokokken, Staphylokokken und Meningokokken. Auch Tuberkulosebakterien können zu einer Hirnhautentzündung führen.

Bis zur Einführung der Schutzimpfung gegen *Haemophilus influenzae* B (Hib), war dieser der Haupterreger bei Kindern, gefolgt von den Meningokokken und den bereits bei den Erwachsenen genannten Erregern.

Meningitis

9



Elektronenmikroskopische Aufnahme von Meningokokken

10

Meningitis

Die größte Gefahr geht in der heutigen Zeit von der Meningokokkenmeningitis aus.

Deren Erreger (Meningokokken, s. Abbildung auf S. 9) kommt fast ausschließlich auf den Schleimhäuten des Menschen vor und kann so über Tröpfcheninfektion (Niesen, Husten, Sprechen, Küssen) von Mensch zu Mensch übertragen werden. Hat sich der Krankheitsverdacht erst einmal bestätigt, muß deshalb die Isolation des Erkrankten unbedingt eingehalten werden. Enge Kontaktpersonen (Pflegerpersonen, der Sitznachbar in der Schule, Arbeitskollegen, Geschwister) müssen vorsorglich antibiotisch behandelt werden, da man wegen der Latenzzeit (Zeit von der Ansteckung bis zum Ausbruch der Krankheit, meist 2 bis 4 (bis 10) Tage) nicht sicher sagen kann, ob diese sich angesteckt haben und so möglicherweise selbst ansteckend sind. Besonders sorgfältig muss man diesbezüglich auf die Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergärten, Heime, etc.) achten, da sich hier ansteckende Erkrankungen erfahrungsgemäß leichter verbreiten können.

Aber wie kann sich die Erkrankung nun genau bemerkbar machen?

Meistens beginnt die Meningitis wie eine Grippe, die dann jedoch einen ungewohnten Verlauf nimmt. Zu Husten, Schnupfen, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen gesellen sich dann z.B. Übelkeit, Erbrechen, Nackensteifigkeit, Verwirrtheit, Krampfbewegung, Benommenheit oder eine Bewußtlosigkeit, die in ein tiefes Koma oder auch den Tod münden kann. Auch kann es zu punktförmigen Hauteinblutungen kommen.

Was ist bei einem solchen der Verlauf zu tun?

Es ist umgehend der Haus- oder Kinderarzt zu informieren. Dieser leitet dann bei ärztli-

cher Bestätigung des Verdachts die Krankenhauseinweisung in die Wege.

Im Krankenhaus werden dann zunächst das Hirn-Nervenwasser und das Blut auf den Infekt hin untersucht und dann umgehend die entsprechende Therapie (bei Anhalt für eine bakterielle Ursache sofortige Antibiotikagabe) eingeleitet. Der behandelnde Arzt macht nach dem Infektionsschutzgesetz eine Meldung unter dem Verdacht auf eine vorliegende Meningitis an das Gesundheitsamt. Diese Meldung soll dazu führen, vorbeugende Maßnahmen sowie Früherkennungs- und Vermeidungsstrategien entwickeln zu können.

Hört sich kompliziert an?...

Es ist aber notwendig, um den Ausbruch einer so schweren Erkrankung wie der Meningitis im Notfall eindämmen zu können. Die Mitarbeiter der Gesundheitsaufsicht können dann die engen Kontaktpersonen ermitteln und ggf. deren vorsorgliche Behandlung in die Wege leiten. Selbstverständlich erhalten Sie bei Bedarf dort die nötigen Informationen und Materialien (Telefon: 02336 / 93-2449 oder 02302 / 922-233).

Kann man denn vorsorglich etwas tun?

Gegen einzelne Untergruppen der Meningokokken gibt es eine Impfung. Diese Untergruppen sind in Deutschland jedoch selten. Für den Untergruppentyp B, der bei uns verbreitet ist, steht (noch) kein Impfstoff zur Verfügung. Möchte man aber in andere Risikogebiete (südl. Sahara, Saudi-Arabien, Indien, Nepal, Golfstaaten, Südamerika, u.a.) reisen, kann man sich gegen die dort verbreiteten Untergruppen der Meningokokken impfen lassen.

In der Badewanne fängt es an

Das Schwimmen im Säuglings- und Kleinkindalter gehört wie das Mutter-Kind-Turnen zur motorischen Frühförderung. In diesem Lebensabschnitt sollen keine komplizierten Bewegungsabläufe erlernt werden, sondern die Ausbildung von motorischen Grundfertigkeiten wie z. B. Koordination, Gleichgewicht, Kraftdosierung und Ausdauer stehen im Vordergrund. Außerdem sollte das Kind allmählich die einzelnen Wahrnehmungsbereiche in Einklang bringen können.

Bei der Wassergewöhnung kommt es darauf an, mit den Kindern im Wasser zu spielen, um sie in ihrer Entwicklung zu fördern, die Freude am Wasser zu erhalten und nur solche Übungen durchzuführen, die kind- und altersgerecht sind.

Jedes Kind hat dann die Grundlage, sich vor Schulbeginn freizuschwimmen. Dieses Ziel sollten nicht nur die Eltern, sondern auch der Kindergarten versuchen zu erreichen. Für das frühe Schwimmen lernen spricht eine Reihe von Gründen:

- Ein schwimmersicheres Kind kann sich nicht nur vor Unfällen und vor dem Ertrinken schützen, es gewinnt auch Zugang zu zahlreichen anderen Wassersportarten wie Tauchen und Springen.
- Das Kind lernt selbstständig Gefahren auszuweichen.



- Durch Spiele im Wasser mit möglichst verschiedenartigen Spielgeräten werden die Kinder frühzeitig wasserwendig, geschickt im Drehen, Purzeln, Rollen, im ziel sichereren Tauchen und im Spielen unter Wasser.

Babyschwimmen, häufig fälschlich als "Schwimmen lernen" bezeichnet, dient nahezu ausschließlich einer besseren motorischen und physiologischen Entwicklung des Kindes und hat mit Schwimmen lernen



zunächst wenig zu tun. Durch die Förderung der instinktiven Reflexschwimmbewegungen (IRS) wird eine motorische Kettenreaktion ausgelöst, die die gesamte Bewegungskentwicklung des Kindes begünstigt. Die Ausformung des Hüftgelenkes wird durch die IRS außergewöhnlich positiv beeinflusst. Die Koordination im Halte- und Bewegungsapparat erfährt positive und anders nicht nachvollziehbare Anreize, so dass das Baby- und Kleinkinderschwimmen aus orthopädischer Sicht einen wichtigen Beitrag im Wechselspiel von Form und Funktion des wachsenden Körpers darstellt und unbedingt empfohlen werden muss. Im Unterschied zu anderen Sportarten werden alle Muskelgruppen des Rumpfes und der Gliedmaßen gleichmäßig trainiert. Das Schwimmen regt außerdem den Stoffwechsel und den Kreislauf an und ist Massage für unsere Haut.

Somit ist Schwimmen besonders gesund.

Namhafte Kinderärzte und Orthopäden warnen vor zunehmenden Haltungsschäden und anderen Krankheitsbildern, die durch frühes Schwimmen vermieden werden könnten. Außerdem finden laut Statistik in Deutschland jährlich etwa 50 Kinder überwiegend im Alter von zwei bis fünf Jahren den Tod

durch Ertrinken besonders in offenen Gewässern und Gartenteichen. Bis zum Alter von zwei Jahren verunglücken Kinder am häufigsten in der Badewanne, Kinder über sechs Jahren in Schwimmbädern.



"Kinder ertrinken leise"

Man hört nur einmal ein Platschen, durch Zappelbewegungen können Kinder nicht mehr an die Oberfläche kommen, da kleine Kinder eine andere Verteilung des Körpergewichtes haben als Erwachsene. Kinder kommen also auch nicht mehr für einen Augenblick nach oben, sie sinken vielmehr wie ein Stein zu Boden. Deshalb merken Eltern auch gar nicht, dass das Kind ertrinkt. Bei der Rettung ist oft das zeitliche Fenster zu eng. Innerhalb weniger Minuten kommt es im Gehirn wegen des Sauerstoffmangels zu irreparablen Schäden. Ertrinken ist keine Frage der Wassertiefe. Kleinkinder können in ganz flachen Gewässern (Gartenteich!) ertrinken, wenn sie mit dem Gesicht hinein fallen. Deshalb sollten Kinder, die nicht sicher schwimmen können, nie allein und unbeobachtet in der Nähe von Gewässern sein.

Dazu ein paar Tipps der Deutschen Lebensrettungs-Gesellschaft (DLRG):

- Vor dem Sprung ins kühle Nass heißt es Abkühlen. Das Wasser sollte sofort verlassen werden, wenn der Schwimmer friert.
- Nur springen, wenn das Wasser tief genug und frei ist.
- Sumpfige und von Pflanzen durchwachsene Gewässer sind zu meiden.
- Bei Gewitter ist Baden lebensgefährlich!

- Niemals mit zu vollem oder ganz leerem Magen baden.
- Nie Kraft und Können im freien Gewässer überschätzen.
- Nur um Hilfe rufen, wenn tatsächlich Gefahr besteht.

Baby-, Klein- und Vorschulkinderschwimmen hat aber nicht nur eine gesundheits- und sicherheitsfördernde Aufgabe. Jede sportliche Betätigung gerade im Kindesalter trägt zur Formung einer allseitig entwickelten Persönlichkeit bei. Auch das Schwimmen ist deshalb ein wichtiger Beitrag zur Begabungs- und Persönlichkeitsentwicklung.

Zusammenfassend die wichtigsten Vorteile eines frühen Schwimmenlernens:

- Eine bessere und frühere Fähigkeit zur Bewegungskoordination.
- Schwimmen dient der Sicherheit (Schutz vor Badeunfällen), Gesundheit und Kräftigung des Körpers und macht Spaß.
- Wissen und Selbstvertrauen - sowohl physisch als auch psychisch - werden etwa auf die gleiche Weise gefördert wie durch das Spielen mit Wippschaukel, Dreirad und Sandhaufen zusammen.
- Die durch Zivilisationseinflüsse immer häufiger bereits im Vorschulalter auftretenden Haltungs- und Kreislaufschäden sind alarmierend. Ihnen könnte u.a. durch frühzeitiges Schwimmenlernen vorgebeugt werden.

Schwimmen wirkt sich positiv auf die geistige Aufnahmefähigkeit und auf ein konzentriertes Spiel- und Beschäftigungsverhalten aus. Es gibt sogar wissenschaftliche Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen Gehirnentwicklung und Schwimmunterricht im Vorschulalter.





Anzeige

Fit mit Felix!

Lieber **Felix Fit** als **Larry Lasch!**

Rund 80 % der Erwachsenen leiden in Deutschland an Rückenbeschwerden oder waren wegen Rückenproblemen schon einmal in ärztlicher Behandlung. Meist werden die Weichen dafür schon im Kindes- oder Jugendalter gestellt.

Immer häufiger ergeben Schuluntersuchungen, dass bis zu 20 % der Kinder an Übergewicht leiden und dass oft schon massive motorische Beeinträchtigungen und Haltungsschäden vorliegen. Um diesen Problemen und möglichen Spätschäden vorzubeugen, ist eine frühzeitig einsetzende Bewegungsförderung und Haltungsschulung notwendig.

Daher hat die AOK Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit der Weserberglandklinik in Höxter die Kinderrückenschule "Mach mit bei **Felix Fit**" entwickelt.

Dieses ganzheitlich orientierte Konzept basiert auf der Comic-Figur **Felix Fit**, die den Kindern in allen Lebenslagen mit rückschonenden Bewegungen und Haltungen ein Vorbild sein soll. Auf kindgerechte Weise wird den Kindern so ein rückenfreundliches Bewegungsverhalten beigebracht.

Da Eltern eine sehr wichtige Vorbildfunktion für ihre Kinder haben, sollte ergänzend zu **Felix Fit** ein Elternabend zum Thema "Rückengesundheit" durchgeführt werden.

Das Kursprogramm richtet sich als Anregung für ein rückenfreundliches Bewegungsverhalten an Kindergärten, Grundschulen und Sportvereine. Ergänzungen und/oder Modifikationen der Programmbausteine sind möglich und im Sinne der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Programms auch sinnvoll.



13

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung:

Jörg Szepanski, Diplom-Sportlehrer,
AOK Schwelm, ☎ 02336/42-180



Impressum:

Gesundheitsamt des Ennepe-Ruhr-Kreises
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Gesundheitshaus Gevelsberg
Hagener Str. 26 a
58285 Gevelsberg

V.i.S.d.P.: Martin Brand

Auflage: 850 Stück