

jung+gesund

Allergien:

**Hilfe, wenn
die Pollen
fliegen**

Baby:

**Abschied
von der
Mutter-
brust**

Ernährung:

**Nur Gutes
für Zwischen-
durch**

Vorbeugen:

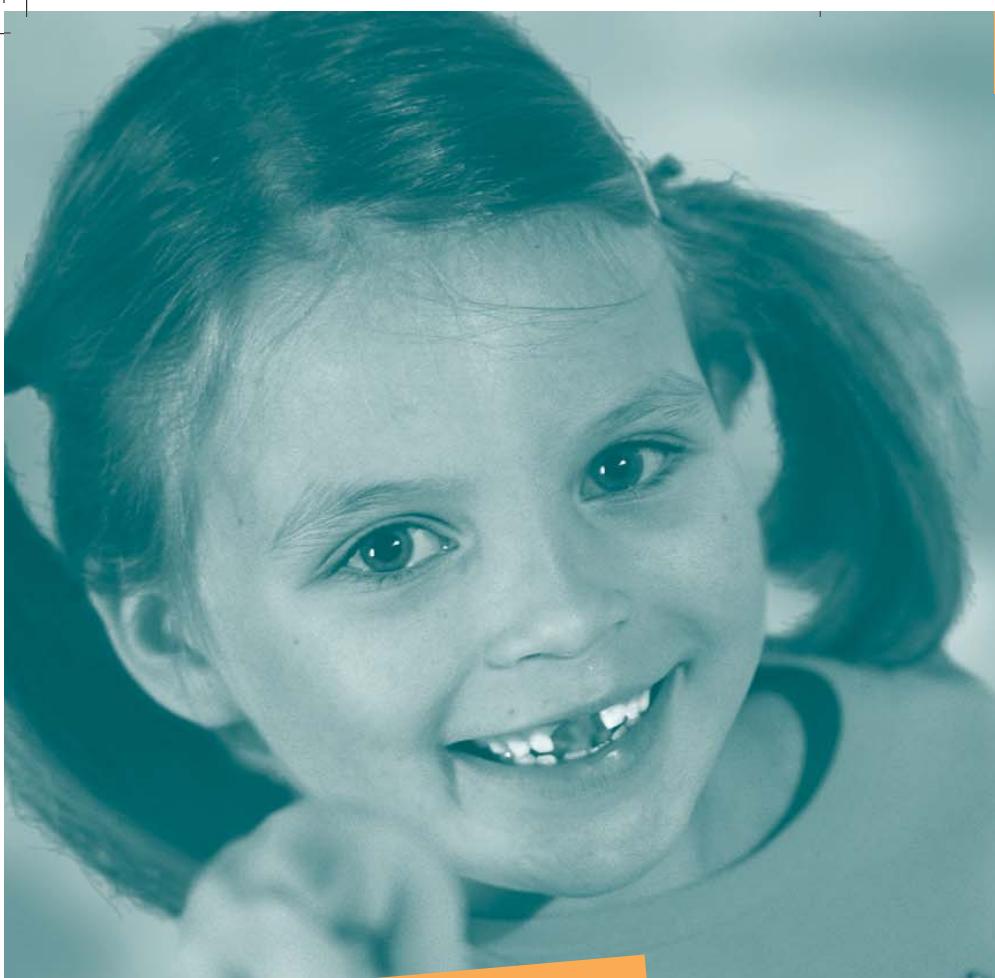
**Windpocken
sind lästig
und teuer**

Verkehrserziehung

**Erst auf
den Roller,
dann aufs
Rad**



**Warum Ihre Kinder
ihre eigenen Ärzte
brauchen**



ADHS betrifft
alle Lebensbereiche –
den ganzen Tag

ADHS im Internet:
www.mehr-vom-tag.de

Unter ADHS leiden die Betroffenen den ganzen Tag Eine Behandlung braucht daher eine Ganztagestherapie

Janssen-Cilag ist ein Unternehmen mit Kompetenz und Tradition, insbesondere auf dem Gebiet der Therapie von Erkrankungen des Zentralen Nervensystems. Nach langjähriger Forschungsarbeit hat Janssen-Cilag eine Therapiemöglichkeit entwickelt, die Kindern mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) während ihres ganzen aktiven Tages die Chance auf ein normales und altersgerechtes Verhalten eröffnet.

Sprechen Sie mit dem Arzt Ihres Kindes über die Möglichkeiten einer Ganztagestherapie!

www.janssen-cilag.de

 **JANSSEN-CILAG**
[Zukunftsarbeit]

jung+gesund

Liebe Eltern,

nun haben Sie ein Jahr Erfahrungen mit dem Gesundheits-System-Modernisierungsgesetz (GMG), die sicherlich sehr unterschiedlich ausgefallen sind. Kinder und Jugendliche sind zwar von Zuzahlungen befreit, Jugendliche ab dem vollendeten 12. Lebensjahr müssen aber nicht-verschreibungspflichtige Medikamente weiterhin aus eigener Tasche bezahlen, auch wenn sie notwendig sind und zum Therapiestandard bei chronischen Erkrankungen gehören.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) hat beim Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, bei den politischen Parteien im Bundestag, beim gemeinsamen Bundesausschuss mit Nachdruck darauf gedrängt, dass diese Regelung wieder zurückgenommen wird. Wir sind vielfach auf Verständnis gestoßen und haben Versprechungen gehört, dass man sich für die Rücknahme dieser Regelung einsetzen will, allein – geschehen ist noch nichts.

Mich interessiert, wie Sie persönlich diese Regelung und andere Auswirkungen des Gesetzes getroffen haben. Vielleicht helfen uns Berichte Betroffener bei unserem Eintreten für die Rechte von Kindern und Jugendlichen. Schreiben Sie mir Ihre persönlichen Erfahrungen (BVKJ, Geschäftsstelle, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Fax: 0221-683204, e-mail: bvkj.buero@uminfo.de).

Können Sie sich vorstellen, dass vor Eintritt in eine Kindertagesstätte und vor der Einschulung wie in einigen anderen Ländern nachgewiesen werden muss, dass das Kind alle öffentlich empfohlenen Impfungen erhalten hat und somit gegen alle wichtigen impfpräventiblen Erkrankungen geschützt ist? Die USA erwägen eine solche Nachweispflicht als Bedingung für eine Einreise in ihr Land.

Wieso gibt es eine Helm-pflicht, eine Anschallpflicht zum Schutz vor Verletzungen – aber keine Impfpflicht zum Schutz vor vermeidbaren Erkrankungen?

In der Kinderrechtskonvention der UN (Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 - BGBI. II S. 121) ist festgelegt:

Artikel 24 [Gesundheitsvorsorge]

(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an...

Dies schließt das Recht eines Kindes auf Impfschutz entsprechend dem Stand der Wissenschaft ein. Impfungen sind nach internationalem Standard die beste Primärprävention. Der Nutzen der Impfungen ist wissenschaftlich bewiesen. Deshalb hat die Bundesregierung im Infektionsschutzgesetz (IfSG) auch festgelegt:

§ 20 Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

(3) Die obersten Landesgesundheitsbehörden sollen öffentliche Empfehlungen für Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe auf der Grundlage der jeweiligen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission aussprechen...

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzurufen, dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilzunehmen haben, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist. Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit



(Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz) kann insoweit eingeschränkt werden...

Können Eltern es heute noch verantworten, dass ihr Kind Dauerschäden durch eine Erkrankung bekommt, die man durch eine Impfung verhindern kann, oder dass es an einer solchen Erkrankung verstirbt? Die immer wieder angeführten Nebenwirkungen der Impfungen sind wesentlich seltener als von den

Impfgegnern behauptet, sie stehen in keinem Verhältnis zu den schweren Komplikationen, die bei einer Erkrankung statistisch zu erwarten sind (z.B. Hirnbeteiligung mit messbaren Folgeschäden bei jeder 500sten Masernerkrankung).

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre des vorliegenden Heftes. Nutzen Sie auch unsere aktuellen Informationen in www.kinderaerzte-im-netz.de und diskutieren Sie dort mit uns.

Herzlichst

Ihr W. Hartmann,
Präsident des Berufsverbands

jung+gesund

Zeitschrift für Kinder- und Jugendgesundheit
Ratgeber der Kinder- und Jugendärzte
3. Jahrgang, Heft 1, März 2005

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Präsident: Dr. med. Wolfgang Hartmann,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln,
Telefon: 0221/68909-0, Telefax: 0221/683204.

Chefredakteurin: Dr. med. Gunhild Kilian-Kornell, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Redaktion: Regine Hauch, Christel Schierbaum, Lajos Schöne, Monika Traute.

Anschrift der Redaktion: jung+gesund, Redaktion, Mengstr. 16, 23552 Lübeck,
Telefon: 0451/7031-206, Telefax: 0451/7031-284,
E-mail: jung+gesund@schmidt-roehmild.de.

Verlag: Schmidt-Römhild, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Telefon: 0451/7031-01, Telefax: 0451/7031-253.

Bezugspreis Einzelheft 1,50 €, Jahresabo, 4 Hefte, 5,00 € inkl. MWSt. und Versand, für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte – soweit verfügbar – zur Abgabe in der eigenen Praxis kostenfrei.

Fotos: CMA (2), DAK/Wigger (1), Deutsche Verkehrswacht (1), Nestlé (2), Pucky, www.pucki.de (Titel), Schöne (1), Heidi Velten (9), Wyeth (3), www.zeckeninfo.de (2)

Layout: Atelier Schmidt-Römhild, Lübeck, Werner Knopp
Druck: CW Niemeyer Druck GmbH, Hameln

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

© 2005. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind 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 Bearbeitung in elektronischen Systemen.

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

ISSN: 1612-6084

**SCHMIDT
RÖMHILD**

INHALT

Ernährung: Zwischenmahlzeiten – Wertvolles für Zwischendurch.....	4
Vorbeugen: Windpocken – eine lästige und teure Krankheit.....	5
Nase voll vom Frühling: Die Heuschnupfensaison beginnt	6
Nachgefragt: Kleine Patienten brauchen große Experten	7
Abstillen: Abschied von der Mutterbrust.....	8
Zecken: Die Minimonster aus dem Unterholz	9
Leitartikel: Medikamente für Kinder – ein schlechtes Geschäft	10
Kinderkrankheiten: Keine Bagatelle – Durchfall bei Kindern	12
ADHS: Wen Zappelphilipp in die Jahre kommt	14
Gleichgewicht: Rollen für die Sinne	15
Pneumokokken: Brauchen alle Babys Schutz vor diesen Keimen?	16
Gut zu wissen: Schnarchende Kinder sind schlechtere Schüler	18
Sonnenschutz im Frühling	18
Alkohol: Jugendliche „glasklar“ aufklären.....	18



Foto: CMA

Zwischenmahlzeiten:

Wertvolles für Zwischendurch

Rennen, tobend, spielen, lernen und dabei noch wachsen: dafür brauchen Kinder eine Menge Energie und Nährstoffe. Drei Mahlzeiten reichen nicht aus, um alles aufzunehmen, was ein junger Körper braucht. Auch pausenloses „essen nach Bedarf“ ist nicht ratsam. Kinder- und Jugendärzte empfehlen das „3+2“-Konzept.

Zwischenmahlzeiten liefern wertvolle Nährstoffe

Pausenbrot und Nachmittagssnack müssen nicht aufwändig zubereitete Mahlzeiten sein, so Dr. med. Wolfgang Wahlen. Sie können aus Obst und rohem Gemüse, Müsli und/oder einem Vollkornbrot mit Schinken, Wurst oder Käse bestehen und durch Milchprodukte ergänzt werden. Milchprodukte liefern große Mengen an Calcium. Calcium ist wichtig für den Aufbau und die Stabilität unserer Knochen. 1 Glas Milch (200 ml) liefert bereits 240 mg Calcium etwa 35



Foto: CMA

Prozent des Tagesbedarfs eines Kindes im Alter von vier bis sieben Jahren.

Vollkornbrote und auch Getreideflocken enthalten neben verschiedenen Mikronährstoffen auch wertvolle Ballaststoffe, die nicht nur den Darm in Schwung halten, sondern auch besonders gut sättigen. Obst und rohes Gemüse wie Möhren oder Kohlrabi liefern wertvolle Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente und sekundäre Pflanzenstoffe.

Essen ist jedoch mehr als nur Ernährung. Es soll auch Spaß machen und die Sinne ansprechen. Eltern sollten ihre Kinder daher nach ihren Geschmacksvorlieben fragen und ihnen nicht gewaltige Portionen mitgeben, die kein Kindermagen fassen kann.

Kleine Häppchen für kleine Naschkatzen

Fast jedes Kind mag gerne Süßigkeiten. In Maßen ist dies auch in Ordnung. Zuckerhaltige Produkte sollten jedoch erst nach den Mahlzeiten verzehrt werden. Anschließend sollte das Kind die Zähne putzen, um der Kariesentstehung vorzubeugen. Es sollten nur solche Brotsorten ausgewählt werden, von denen bekannt ist, dass sie den Kindern auch wirklich schmecken. Den Kindern sollte auch nur so viel mitgegeben werden, wie sie auch wirklich essen möchten. Nicht vergessen: Auch das Auge isst mit. Einfallslose Brote landen schnell im Papierkorb. Salatblätter, Gurken- oder Tomatenscheiben machen aus einem ansonsten farblosen Brot einen wirklichen Augen- und natürlich auch Gaumenschmaus.

Trinken vor dem großen Durst

Die meisten Kinder und Jugendliche trinken zu wenig. Manche Kinder bemerken auch nicht, dass sie Durst haben. So kann es zu Einschränkungen der Aufmerksamkeit und der geistigen Konzentrationsfähigkeit kommen. Eltern sollten daher darauf achten, dass die Kinder genug trinken, sie sollten ihnen Getränke in die Schule mitgeben und zu Hause gut sichtbar aufstellen. Obstsafte sollten sie verdünnen, damit sie den Durst besser löschen und die Kinder nicht zu viele Kalorien aufnehmen.

Besonders gut eignen sich Mineralwasser, Früchte- und Kräutertees (ungezüßt) sowie Fruchtsaftschorlen.

Regine Hauch

Amerikaner lassen ihre Kinder schon seit fast zehn Jahren auch gegen Windpocken impfen. Mit großem Erfolg: Bereits innerhalb von fünf Jahren sank die Ansteckungsrate bei kleinen Kindern unter vier Jahren um rund 90 Prozent. Seit dem letzten Sommer empfiehlt die Ständige Impfkommission STIKO auch für Deutschland, alle Kinder im Alter von 11 bis 14 Monaten zu impfen, am besten zusammen mit der Impfung gegen Mumps, Masern und Röteln (jung&gesund berichtete darüber in der Ausgabe 2/2004). Hier die wichtigsten Argumente, die für die neue Impfung sprechen:

1. Hoch ansteckend

Windpocken sind in Deutschland die häufigste Infektionskrankheit, die durch eine Schutzimpfung vermeidbar wäre. Jährlich erkranken derzeit etwa 750.000 Kinder. Der Erreger, das „Varicella-Zoster-Virus“ VZV verbreitet sich tatsächlich in „Windeseile“: Geschwister und Spielkameraden eines infizierten Kindes können der Ansteckung kaum entgehen.

2. Stark belastend

Der Bläschenausschlag auf der äußeren Haut tut dem Kind meist nicht eigentlich weh, juckt jedoch stark. Normalerweise verheilen die Bläschen ohne sichtbare Folgen. Werden sie jedoch vom Kind aufgekratzt, können sie sich zusätzlich entzünden. Dann bleiben oft kreisrunde oder ovale weiße Narben zurück. Richtig schmerhaft werden Windpocken dann, wenn die Bläschen auf die Schleimhaut in Mund und Rachen übergreifen und dort zur schmerhaften, geschwürgigen Stellen führen. Bei kleinen Mädchen ist auch ein juckender Befall der Scheide möglich. Manche Kinder haben Bauchschmerzen, weil die Viren auf der Darmschleimhaut Bläschen gebildet haben. Einige Kinder fühlen sich trotz des Ausschlags überhaupt nicht krank, andere leiden unter tagelang anhaltendem Fieber. Bei Kindern mit Neurodermitis verläuft die Krankheit meistens schwer.

3. Nicht immer harmlos

Ohne Impfung erleiden jährlich knapp 40.000 windpockenkranke Kinder weitere Komplikationen. Die häufigsten Komplikationen betreffen das Nervensystem mit Fieberkrämpfen, Entzündungen des Kleinhirns und der Hirnhäute. Auch

Hautinfektionen und Lungenentzündungen sind nicht selten. Laut Statistik kommt es jede Woche zu 744 Windpockenfällen mit Komplikationen, jeden Monat zu 460 Krankenhauseinweisungen und jedes Jahr zu 21 Todesfällen durch Windpocken in Deutschland.



Foto: Heidi Velten

Windpocken: Eine lästige und teure Krankheit

Das große Jucken ist nicht das einzige Problem: Viele Eltern müssen sich krank melden und sind über eine Woche lang ans Haus gebunden.

4. Die ganze Familie leidet

Windpocken sind ansteckend zwei Tage vor Auftreten der ersten Blasen bis fünf Tage, nachdem die letzten neuen Bläschen aufgetreten sind. Laut Infektionsschutzgesetz darf ein Kind solange nicht in eine Gemeinschaftseinrichtung, wie es ansteckend ist. Das bedeutet bei Windpocken also zwei Wochen. Schulkinder wird das freuen, Kindergartenkinder eher weniger, Leidtragende sind aber auch die berufstätigen Eltern. Ihre

ganze Planung gerät durcheinander. Durch die Windpocken des Kindes ist zumindest ein Elternteil ebenfalls ans Haus gefesselt, da man das kranke Kind nicht einfach seinem Schicksal überlassen kann. Die plötzliche Umorganisation des Alltags, die Betreuung des quengeligen Kindes oder das etwaige Nachholen liegen gebliebener Arbeit bedeuten eine zusätzliche Belastung für die Familie.

5. Beträchtliche Kosten

Die wichtigste Begründung für eine Impfung ist und bleibt die Verhinderung einer Krankheit und seiner Komplikationen für das Kind. Aber auch der ökonomische Aspekt darf nicht vernachlässigt werden. Zur Betreuung ihres Kindes muss sich ein Elternteil in 22,4 Prozent aller Windpockenfälle krankschreiben lassen. Dabei fallen durchschnittlich 6,6 Arbeitstage an. Für Deutschland hochgerechnet sind das über eine Million AU-Tage mit volkswirtschaftlichen Kosten in Höhe von 150 Millionen Euro, davon 480.000 AU-Tage mit Krankengeldanspruch an die Krankenkassen sowie 50 Millionen Euro Krankengeldausgaben der Krankenkasse als direkte Kosten. Bei einer generellen Impfung der Kleinkinder sparen die Krankenkassen langfristig für jeden in die Impfung investierten Euro Kosten von 1,8 Euro ein. Trotz dieser Argumente ist die bundesweite Übernahme der Kosten für die Windpockenimpfung durch die Kassen bei Redaktionsschluss dieses Heftes noch nicht einheitlich geregelt.

Lajos Schöne

Warum möglichst viele Kinder geimpft werden sollten

Windpocken könnten langfristig eliminiert werden, wenn Impfquoten von mindestens 75 Prozent erreicht werden. Werden allerdings zu wenige Kinder geimpft, muss mit neuen Risiken gerechnet werden. Der Grund: Eine unvollständige Impfrate reduziert zwar die Ansteckungsmöglichkeiten. Die Viren bleiben jedoch weiterhin in Umlauf, befallen ihre Opfer aber oft erst später, im Teenager- bzw. im Erwachsenenalter. Und das kann unerfreuliche Folgen haben: Ältere Personen, die an Windpocken erkranken, müssen häufiger mit Komplikationen rechnen.

Nase voll vom Frühling: Die Heuschnupfen- aison beginnt

Mehr als jedes dritte Kind in Deutschland trägt die Anlage zu allergischen Erkrankungen in sich. Tendenz: steigend. Die angeborene Neigung zu Allergien muss jedoch nicht zum Ausbruch von Symptomen führen. Neuere Studien zeigen, dass Neurodermitis, Heuschnupfen und Asthma durch richtiges Vorbeugen verhindert oder zumindest abgemildert werden können.

Luises Augen sind rot wie bei einem Gespenst, ihre Nase juckt und läuft, landauernd muss sie niesen und in ihrem Abfallkorb türmen sich zerknüllte Taschentücher.

„Heuschnupfen,“ vermutet Luises Mutter. Die Kinder- und Jugendärztin, die Luise untersucht und testet, bestätigt den Verdacht. „Aber es gibt doch noch gar kein Heu,“ sagt Luise ungläubig. „Heuschnupfen hat auch eigentlich nichts mit Heu zu tun. Und auch nicht mit Schnupfen. Heuschnupfen ist eine Allergie gegen herumfliegende Pollen,“ erklärt sie Luise.

Bei empfindlichen Menschen hält der Körper die Pollen für gefährliche Eindringlinge. Er bildet natürliche Abwehrstoffe, so genannte Antikörper, die sich an die kleinen Fieslinge heften. Bestimmte Immunzellen des Körpers schütten Histamin aus, durch diesen Botenstoff beginnen die Augen zu trünen, die Nase zu laufen und zu jucken und

Vielflieger Pollen

Pollen sind einzelne Zellen mit dem männlichen Erbgut der Pflanze. Eine einzige Kornähre „pustet“ mehr als vier Millionen Pollen in die Luft. Mit dem bloßen Auge sind die winzigen Übeltäter nicht zu erkennen. Dennoch sind sie überall, sobald der Wind weht. Bei günstigem Wind und Wetter können sie leicht 400 Kilometer zurücklegen. Deshalb sind auch Stadtbewohner vor allergischen Niesattacken nicht sicher.

Hilfe aus dem Netz

Unter www.allum.de finden Eltern und Kinder ein speziell auf die Probleme von Kindern und Jugendlichen zugeschnittenes Internetportal zu allen Themen rund um Allergien, Umwelt und Gesundheit und mit zahlreichen Tipps aus kinder- und jugendärztlicher Sicht.

du musst niesen und husten. Von nun an stuft dein Körper Pollen als gefährlich ein. Und je mehr Pollenkontakte du im Laufe der Jahre hast, desto mehr Antikörper bildet dein Körper und desto stärker wird dein „Heuschnupfen“. Dann kann es sogar zu einem „Etagenwechsel“ kommen. Viele Heuschnupfenkinder entwickeln mit der Zeit ein chronisches Asthma.“

Da es für eine grundlegende vorbeugende Behandlung bereits zu spät ist, verschreibt die Kinder- und Jugendärztin Luise Medikamente, die gegen den Juckreiz und die geschwollenen Schleimhäute helfen. Im nächsten Winter, verabredet sie mit Luise und ihrer Mutter, soll mit einer Hyposensibilisierungstherapie begonnen werden, die den Heuschnupfen an der Wurzel bekämpft.

So helfen Sie Ihrem Kind bei Heuschnupfen

- ▶ Waschen Sie Ihrem Kind vor dem Schlafengehen die Haare
- ▶ Wechseln Sie möglichst oft die Bettwäsche
- ▶ Geben Sie im Freien getragene Kleidung gleich in die Wäsche
- ▶ Wischen Sie die Flächen in Ihrer Wohnung, insbesondere im Kinderzimmer, häufig mit einem feuchten Tuch ab
- ▶ Lassen Sie Ihr Kind möglichst wenig Sport im Freien treiben
- ▶ Vermeiden Sie Urlaube in der Pollenhochsaison in „blühenden Landschaften“
- ▶ Stellen Sie Ihr Kind unbedingt bei den ersten Heuschnupfenanzeichen dem Kinder- und Jugendarzt vor und besprechen Sie die langfristige Therapie

Regine Hauch



Foto: Heidi Veiten



Kleine Patienten brauchen große Experten

Warum Kinder- und Jugendliche zu ihrem eigenen Facharzt gehören

Foto: Heidi Velten

Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzte haben mit den Eltern eines ganz sicher gemeinsam: Sie mögen Kinder. Deshalb haben sie ja ihre lange Spezialweiterbildung auf sich genommen und einen Teil der Medizin gewählt, der keine spektakulären Karrieren und erst recht keine überragenden Einkünfte verspricht. Doch die Liebe zu Kindern macht allein noch keinen Experten aus – wer Kinder behandelt, muss es auch können. jung & gesund sprach darüber mit Dr. Wolfram Hartmann, dem Präsidenten des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte.

Jeder Arzt darf hier zu Lande Kinder behandeln und die meisten tun das auch. Was kann ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin besser als andere Ärzte?

Während ihrer fünfjährigen Weiterbildung befassen sich Kinder- und Jugendärzte mit wichtigen Schwerpunkten der Kindergesundheit: Mit Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, mit Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung einschließlich pränataler Erkrankungen, Neonatologie, Sozialpädiatrie und der Schutzimpfungen. Eine solche, speziell auf die Altersgruppe der 0 bis 18-Jährigen bezogene Ausbildung hat keine andere Arztgruppe.

Lernen alle Ärzte die Untersuchung und Behandlung von Kindern? Wie viel weiß ein frischgebackener Mediziner nach Abschluss seines Studiums über kindliche Entwicklungsstörungen oder Impfungen, über Säuglingsernährung oder Vorsorgeuntersuchungen?

Während des heutigen Medizinstudiums lernt man leider viel zu wenig über Kinder. Höchstens 15 Prozent aller Medizinstudenten besuchen Vorlesungen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin bzw. werden im Staatsexamen mit Fragen aus diesem Fachgebiet geprüft. Praktische Kenntnisse über die Besonderheiten der Erkrankungen von Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen bzw. die Besonderheiten der Entwicklung, die Früherkennung und die Vorbeugung durch Impfungen haben weniger als 10 Prozent der jungen Mediziner. Aber alle – auch die, die während des Studiums um Kinder einen großen Bogen gemacht haben – dürfen sich niederlassen und auch Kinder behandeln!

Gibt es in Deutschland genug Kinder- und Jugendärzte? Und ist eine ausreichende Versorgung der Kinder mit diesen Spezialisten auch in Zukunft gesichert?

Zur Zeit gibt es in Deutschland genügend Kinder- und Jugendärzte – noch! Es gibt allerdings schon heute dünn besiedelte Gegenden in Deutschland, in denen Eltern bis zu 30 km zurücklegen müssen, um einen Kinder- und Jugendarzt zu erreichen. Bei Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen kann es sogar sein, dass Anfahrtswege von 50 bis 60 km nötig werden. Auch Kinder- und Jugendärzte mit speziellen Kenntnissen, z.B. in Allergologie/Pneumologie, Neuropädiatrie, Gastroenterologie, Nephrologie, Kinderkardiologie, Rheumatologie, Hämatologie/Oncologie oder Sozialpädiatrie sind nur in bestimmten Zentren bzw. größeren Städten zu erreichen. Für die Zukunft sehen wir allerdings erhebliche Probleme: Es gibt nicht genug Stellen für die Weiterbildung. Außerdem liegt das Durchschnittsalter der jetzt aktiven Kinder- und Jugendärzte relativ hoch, so dass schon bald viele von ihnen aufhören werden. Deshalb verlangen wir die politische Unterstützung für eine ausreichende Zahl an Weiterbildungsplätzen in Kliniken und Praxen.

Ihr Berufsverband kümmert sich nicht nur um die Gesundheit, sondern versteht sich auch als Anwalt für die sozialen und politischen Belange von Kindern und Jugendlichen. Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Die Kinder- und Jugendmedizin war immer schon mehr als nur kurative Medizin: Wir möchten nach Möglichkeit von vornherein verhindern, dass unsere kleinen Patienten krank werden. Zur Vorbeugung gehören aber nicht nur Impfungen, sondern auch die Lebensumstände, unter denen Kinder und Jugendliche heranwachsen. Armut und soziale Ausgrenzung verschlechtern die Chancen, führen mittelfristig zu Erkrankungen und verkürzen die Lebenserwartung. Die wenigen Kinder, die bei uns noch geboren werden, benötigen die Ausschöpfung aller Chancen und Möglichkeiten, eine optimale Förderung, damit sie möglichst gesund erwachsen werden. Dafür setzt sich der Berufsverband intensiv auf allen Ebenen ein.

Interview: Lajos Schöne

Die Erfolge der Kinderheilkunde

Die junge Wissenschaft der Pädiatrie ist erst gut 120 Jahre alt. Die Ärzteschaft weigerte sich lange, ihr Eigenständigkeit zuzuerkennen. Nach damaliger Auffassung gehörten Kinder zur Inneren Medizin, Später sprachen sogar von der „Wissenschaft von den gelben und grünen Windeln“. Dabei starb damals jedes zweite Kind noch vor Vollendung seines zehnten Lebensjahres!

Seit 1894, als der erste Lehrstuhl für Kinderheilkunde in Berlin – und zwar gegen den Widerstand der medizinischen Fakultät – eingerichtet wurde, sind beeindruckende Fortschritte erzielt worden. Dank Impfungen, Ernährungsberatung, medizinischer und sozialer Betreuung und Vorsorge wurde die Kindersterblichkeit auf früher unvorstellbar niedrige Werte gedrückt. Seuchen, wie Kinderlähmung oder Diphtherie, sind so gut wie besiegt, früher lebensgefährliche Krankheiten sind beherrschbar geworden. Es wachsen heute mehr Kinder als jemals zuvor zu gesunden Erwachsenen heran – dank der Bemühungen ihrer eigenen Ärzte.

Abschied von der Mutterbrust

Für die Entwicklung von Säuglingen ist es unbestritten optimal, das erste Lebenshalbjahr voll zu stillen, ohne die Zugabe anderer Nahrung. Die Muttermilch versorgt die Kleinen in dieser Zeit mit allen wichtigen Nährstoffen. Aufgrund des rasanten Wachstums steigt nach dem 6. Lebensmonat der Kalorien- und Nährstoff-Bedarf des Kindes jedoch an, so dass allmählich Still- bzw. Milchmahlzeiten durch Beikost ersetzt werden sollten. Frühere Beikostfütterung bringt kaum einen ernährungsphysiologischen Vorteil, erhöht aber eindeutig das Allergierisiko.



Foto: Nestlé



Foto: Nestlé

Horizontweiterung: Die erste Breimahlzeit

Führen Sie Ihr Kind langsam an die Brei(mahl)zeit heran. Das (Zu)Füttern beschränkt sich zunächst auf wenige Löffel, zusätzlich zur Milch und kann innerhalb weniger Wochen oder auch über Monate auf mehrere Mahlzeiten ausgedehnt werden. Die Geschwindigkeit bestimmt das Kind in der Regel selbst. In diesem Alter sind die neugierigen Babys meistens sehr interessiert an Beikost, und das Essen mit dem Löffel bereitet selten Probleme. Anfangs brauchen Sie aber etwas Geduld, Ihr Kind muss erst das Ablutschen des Löffels lernen und sich daran gewöhnen, dass nicht mehr zu jeder Mahlzeit an Mamas Brust gekuschelt wird. Beim Füttern kann das Baby einen Löffel in der Hand halten oder darf auch mal mit den Händen zupacken, um die neue Erfahrung

„Essen“ auch zu befühlen. Die optimale Temperatur des Essens sollten Sie einfach auf Ihrem Handrücken testen. Mami oder Papi sollten Babys Löffel nicht abschlecken, um z.B. keine Karieserreger oder andere Keime, wie Pilze, zu übertragen.

Wie sieht der Speiseplan aus?

Beginnen Sie am besten mit einer Sorte Brei, beispielsweise mit dem Klassiker Frühkarotte. Geben Sie Ihrem Kind pro Woche nur maximal eine neue Zutat, z.B. als Nächstes Möhren mit Kartoffeln, um mögliche Unverträglichkeiten zu erkennen. Keine Angst, Babys finden jeden Tag Karotten auf dem Speiseplan nicht langweilig, sie brauchen noch keine Abwechslung, Hauptsache es schmeckt. Isst es mit dem Löffel gut, kann es dann den ersten, eisenreichen Gemü-

se-Kartoffel-Fleisch-Brei genießen. Später kommt Getreide-Brei dazu. Meiden Sie im ersten Lebensjahr potenzielle Allergieauslöser wie frische Kuhmilch, Nüsse, Eier, Sojaprodukte oder Schokolade.

Nach und nach sollten die Milchmahlzeiten – egal ob Brust oder Flasche – durch B(r)eikost ersetzt werden. Angefangen wird meist mit dem Mittagessen, gefolgt von der Nachmittags-Mahlzeit und dem Abendbrot. Sind erste Zähnchen da, darf die Beikost im 8. Lebensmonat grober püriert sein, große Stückchen sollten aber wegen der Gefahr des Verschlucks vorerst vermieden werden. Spätestens ab einem Jahr kann das Kind dann am Familientisch richtig mitessen. Es sollten möglichst feste Essenszeiten eingehalten werden, denn kleine Kinder mögen einen geregelten Tagesrhythmus.

Selber kochen oder Gläschen-Kost?

Viele Eltern halten Selbstgekochtes für ihre kleinen Sprösslinge am gesündesten. Verwenden Sie möglichst schadstoffarmes Bio-Gemüse und machen Sie beispielsweise den warmen, pürierten, ungewürzten Karotten-Mus mit ein wenig Öl an, damit Ihr Kind vor allem das fettlösliche Vitamine A gut aufnehmen kann. Die heutige Gläschen-Kost steht dem Selbstgekochten jedoch in nichts nach, eigentlich im Gegenteil: Denn strenge Richtlinien für die Herstellung garantieren konstant gute Qualität. Die fix und fertigen Gläser müssen nur noch im Fläschchenwärmer oder im Kochtopf erhitzt werden – eine stressfreie und unbedenkliche Variante für Eltern, die nicht so viel Zeit in der Küche verbringen möchten. Möglich ist auch ein praktischer Mix: Selbstbereiteter Gemüse-Brei, ergänzt mit magerem Fleisch aus dem Gläschen. Denn gerade die kleinen, schwer zubereitbaren Mengen Fleisch sind so ideal der Mahlzeit hinzuzufügen.

Monika Traute

Wer im grünen Herzen Deutschlands seine Ferien verbringt, muss sich besser als bisher vorsehen. Das Robert-Koch-Institut Berlin hat mittlerweile 83 Landkreise zum Risikogebiet für die gefährliche Frühsommer-Meningoenzephalitis FSME erklärt. Dazu gehören 30 Kreise in Baden-Württemberg, 45 Kreise in Bayern, vier in Hessen, drei in Thüringen und ein Kreis in Rheinland-Pfalz.

Das FSME-Risiko ist allerdings nicht auf diese Bundesländer begrenzt. Einzelerkrankungen sind auch aus acht anderen Bundesländern gemeldet worden. Im europäischen Ausland gibt es die meisten Infektionen in Russland und Lettland, gefolgt von Tschechien, Slowenien, Westun-

zu leichtem Fieber, Kopfschmerzen und Magendrücken. Dieses erste Stadium dauert drei bis sieben Tage. Nach einem meist symptomfreien Zwischenspiel von rund acht Tagen flammt die Krankheit jedoch in jedem zehnten Fall wieder auf und es entsteht eine hochfieberhafte Erkrankung des zentralen Nervensystems, die von Anfällen, Gleichgewichtsstörungen und Lähmungen begleitet wird. Der Basler Infektiologe und Kinder- und Jugendarzt Professor Dr. Ulrich Heininger schätzt: „Irreversible neurologische Schäden gibt es bei etwa fünf Prozent der betroffenen Kinder und bei bis zu 20 Prozent der Erwachsenen. Es kann aber auch nach langen Verläufen zu völliger Heilung kommen. Insgesamt beträgt das

nicht etwa beim Bäume fällen, sondern beim Wandern, Zelten, Joggen, Beeren pflücken oder bei der Gartenarbeit. Die STIKO sagt deshalb: „Bürger, die sich in ihrer Freizeit in Risikogebieten aufhalten und dort verhaltensbedingt das Risiko eines Zeckenstiches tragen, müssen als gefährdet gelten und sollten sich deshalb gegen FSME impfen lassen. Auch Urlauber aus anderen Bundesländern können ein entsprechendes Infektionsrisiko tragen.“

Man sollte sich dabei nicht ausschließlich an den Grenzen der als FSME-Risikogebiet ausgewiesenen Landkreise orientieren. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg empfiehlt die Impfung ohne geographische Einschränkung, also auch für Gebiete, die nicht offiziell als Risikogebiet gelten.

Zecken: Die Minimonster aus dem Unterholz



Foto: www.zecken.info

Das Leben am Busen der Natur wird immer häufiger vom Gemeinen Holzbock vermiest. Mittlerweile gelten bundesweit 83 Landkreise als FSME-Risikogebiet

garn, Litauen, Polen, Estland, Österreich, Südostschweden, Kroatien, der Schweiz und Albanien. Nur wenige Italienreisende wissen, dass auch in der idyllischen Landschaft der Toskana viele Zecken mit dem gefährlichen Virus infiziert sind.

Die ersten Symptome sind harmlos

Sind nach dem Zeckenstich FSME-Viren in den Körper gelangt, kommt es dennoch nur in zehn bis 30 Prozent der Fälle zu deutlichen Symptomen der Infektion, die Mehrzahl verläuft stumm. Auch die ersten Anzeichen lassen noch nichts Schlimmes ahnen und ähneln eher einer Sommergrippe. Sieben bis 14 Tage nach dem Zeckenstich kommt es

Risiko, nach einem Zeckenbiss bleibende neurologische Schäden zu erleiden, etwa eins zu 30.000 bis eins zu 130.000“.

Gefahr droht auch im eigenen Garten

Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut STIKO empfiehlt die Schutzimpfung gegen FSME

- ▶ für alle Personen, die in Risikogebieten wohnen oder arbeiten und dabei ein Zeckenstichrisiko haben und
- ▶ für Personen, die sich aus anderen Gründen in Risikogebieten aufhalten und dabei gegenüber Zecken exponiert sind.

Dazu sollte man wissen: Die weitaus meisten FSME-Infektionen passieren

Der Blutsauger lauert im Gras und Gebüsch



Die weit verbreitete Vorstellung, Zecken ließen sich von Bäumen fallen, ist falsch. Der Gemeine Holzbock lebt in Bodennähe, auf Gräsern, Farnen, Sträuchern und Büschen, meist in Kniehöhe, manchmal bis zu 1,5 Meter hoch. Der Minivampir mag es feucht, warm und dunkel. An Waldrändern, Seen, Flussniederungen und im Unterholz ist deshalb besondere Vorsicht nötig. Auch die Bezeichnung Frühsommer-Meningoenzephalitis kann zu Irrtümern führen: Die gefährlichen Blutsauger werden bereits aktiv, sobald die Temperaturen über acht Grad Celsius steigen. Mit dem Zeckenbefall muss deshalb von März bis November gerechnet werden.

Lajos Schöne

Kennen Sie die zweite Zeckenkrankheit?

Der Gedanke „gegen Zecken sind wir ja geimpft!“ wiegt viele Eltern in falscher Sicherheit, warnen Kinder- und Jugendärzte. Denn die Impfung schützt sie und ihr Kind lediglich vor den FSME-Viren, nicht jedoch vor den Zeckenstichen selbst und auch nicht vor den ebenfalls von Zecken übertragenen Borrelia-Bakterien, den Erregern der so genannten Wanderröte, auch „Borreliose“, „Lyme-Krankheit“ oder „Erythema migrans“ genannt. Diese Erreger sind nicht auf die FSME-Gebiete beschränkt, sondern finden sich überall in Deutschland und mit Ausnahme von Afrika und Australien in den Zecken aller Länder. Auch die Zahl der Infektionen liegt wesentlich höher. Im Gegensatz zur FSME kann die Borreliose mit Antibiotika behandelt werden. Die frühzeitige Behandlung verhindert das Fortschreiten der Infektion.

Weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter www.zecken.info



Medikamente für Kinder – ein schlechtes Geschäft

Die „Kinderapotheke“ hat bedenkliche Lücken:
Viele Präparate sind nur bei Erwachsenen geprüft
und zugelassen

Kinder- und Jugendärzte kämpfen seit Jahren für mehr Sicherheit bei der Arzneitherapie ihrer kleinen Patienten – leider nur mit magerem Erfolg. Nach wie vor müssen viele Kinder mit Medikamenten behandelt werden, die arzneimittelrechtlich gar nicht für sie zugelassen sind. Der Grund: Kinder sind für die Pharmaindustrie ein schlechtes Geschäft. Sie sind – zum Glück – nur selten krank und benötigen nur geringe Mengen eines Wirkstoffs. Der Markt für Kinderarzneimittel ist klein und zeigt bei der anhaltend niedrigen Geburtenrate sogar eine eher rückläufige Tendenz. Studien mit Kindern sind außerdem aufwändig, risikoreich und teuer und so bleiben Kinder und Jugendliche weiterhin „Waisenkinder der Therapie“.

„Für die großen Arzneimittelunternehmen ist die Entwicklung von Medikamenten für Kinder und Jugendliche finanziell uninteressant“, stellt Professor Dr. Hansjörg Seyberth, Vorsitzender der Kommission für Arzneimittelsicherheit im Kindesalter der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin DGKJ fest: „Ihr wesentliches Ziel ist die Entwicklung von so genannten Blockbuster, Arzneimittel mit hohen Umsatzzahlen, wie z.B. Lipidsenker und Lifestyle-Medikamente von Typ Viagra, die den Forschungsaufwand rasch wieder amortisieren“.

Kinder – Patienten „zweiter Klasse“?

Die Hersteller von Arzneimitteln sind hier zu Lande, anders als in den USA, auch nicht verpflichtet, ihre Produkte an Kindern zu testen. So müssen Kinder weiterhin Zweite-Klasse-Patienten in einem kranken Gesundheitswesen sein, beklagt Professor Seyberth: „Nur etwa 20 Prozent der auf dem Markt befindlichen

Arzneimittel sind hinreichend für Kinder und Jugendliche geprüft und für pädiatrische Indikationen zugelassen. Das Fehlen verlässlicher Daten führt häufig dazu, dass Kindern potentiell wirksame Arzneimittel vorenthalten oder nicht wirksame Arzneimittel verordnet werden“.

Die Industrie gibt ihre ökonomischen Interessen freimütig zu. Der Verband Forschenden Arzneimittelhersteller VFA in einer Stellungnahme: „Ist eine Krankheit bei Kindern selten, bedeutet das außerdem, dass ein entsprechendes Medikament nur wenig Absatz finden wird. Die Kosten der Arzneimittelforschung sind dann also durch die anschließenden Einnahmen nicht zu decken. Das Mißverhältnis von weit überdurchschnittlichem Entwicklungsaufwand und weit unterdurchschnittlichen Einnahmемöglichkeiten erschwert den Weg zu mehr zugelassenen Arzneimittel für Kinder“.

Studien mit Kindern sind in der Tat aufwändig und teuer. Kinder sind nicht nur keine kleinen Erwachsenen (siehe Kasten rechts), sondern auch untereinander nicht immer vergleichbar. Eine internationale Richtlinie teilt die jungen Patienten in fünf Entwicklungsstufen ein: „Frühgeborene“, „Neugeborene“ (bis 27 Tage), „Säuglinge und Kleinkinder“ (28 Tage bis 23 Monate), „Kinder“ (im engeren Sinne) und „Jugendliche“ (12 bis 18 Jahre). Oft müssen deshalb mehrere Studien durchgeführt werden, damit die unterschiedlichen Entwicklungsphasen berücksichtigt werden können.

Mittel für Frühchen – nur an Erwachsenen geprüft!

Auch aus diesem Grund besteht für über 90 Prozent aller Medikamente, mit denen heute auf Neugeborenenintensivstationen die besonders gefährdeten „Frühchen“ behandelt werden, keine

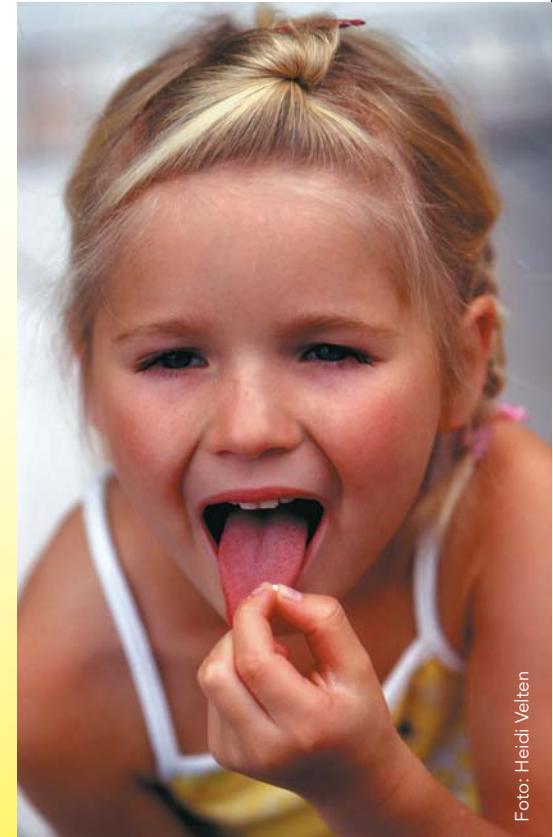


Foto: Heidi Velten

Zulassung für Kinder. 50 Prozent der Medikamente, die in der allgemeinen Kinder- und Jugendklinik und mehr als 13 Prozent der Medikamente, die in kinder- und jugendärztlichen Praxen verordnet werden, sind nicht an Kindern geprüft worden. Es fehlen wissenschaftliche Daten zu Wirkmechanismus, Wirksamkeit oder Unbedenklichkeit bei den kleinen Patienten.

Das „Deutsche Ärzteblatt“ beklagte kürzlich: „Lediglich 15 von 110 Präparaten, die im Jahr 2000 von der Europäischen Behörde zur Beurteilung von Arzneimitteln EMEA zentral zugelassen wurden, wiesen gesondert auf den Gebrauch bei Kindern hin – obwohl 49 bei Kinderkrankheiten eingesetzt werden“.

Arzt und Eltern in der Grauzone

Die Anwendung eines Medikaments außerhalb seines genau definierten Zulassungsbereiches – Fachausdruck: „off label use“ – ist bei Erwachsenen nur in begründeten Ausnahmefällen möglich. Bei Kindern dagegen ist es der seit Jahrzehnten akzeptierte Normalzustand. Solche Arzneimittel sind aber nur an Erwachsenen getestet worden und sind in ihren Wirkstoffen und möglichen Nebenwirkungen ausschließlich auf erwachsene Patienten ausgerichtet. Wird ein Kind damit behandelt, begeben sich der Arzt, aber auch die Eltern, die der Behandlung zustimmen, in eine rechtliche Grauzone:

- ▶ Es besteht keine Dosisempfehlung für den Arzt;
- ▶ Es gibt keine Warnungen vor möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen beim noch unreifen kindlichen Organismus;
- ▶ Es gibt keine Angaben über mögliche Wechselwirkungen mit anderen Arzneien.

Unter diesen Umständen ist es nicht weiter verwunderlich, dass unerwünschte Arzneimittelreaktionen bei der Off-label-Verordnung bei Kindern sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich doppelt so häufig vorkommen wie bei zugelassener Arzneimittelanwendung.

Hersteller haftet nicht, Kasse zahlt oft nicht

Die Hersteller sind dabei allerdings „aus dem Schneider“, berichtet das „Deutsche Ärzteblatt“: „Verordnen Ärzte Arzneimittel ohne Indikation für Krankheit oder Patienten, entfällt für das Unternehmen die Haftungspflicht, sollte der Patient Schaden nehmen. Das Risiko tragen die Eltern – oder der Arzt, sollte er die Sorgeberechtigten nicht ausreichend aufgeklärt haben.“

Der Kinder- und Jugendarzt muss noch mit einem weiteren Problem rechnen, auch wenn mit einzelnen Präparaten bereits jahrelange Praxiserfahrung besteht: Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2002 ist zwar die „Off label“-Verordnung rechtlich nicht zu beanstanden, für die Krankenkasse besteht jedoch keine Leistungspflicht. Der Arzt ist auf das Wohlwollen der Kassen angewiesen und könnte im Zweifelsfall sogar regresspflichtig gemacht werden!

Studien: Kinder sind keine „Versuchskaninchen“

Erschwert werden Untersuchungen an Kindern aber auch dadurch, dass im Vergleich zu den USA in Deutschland viel weniger Eltern bereit sind, ihre Kinder an Studien teilnehmen zu lassen. Viele haben Angst, dass ihre Kinder als „Versuchskaninchen“ für Experimente der Ärzte herhalten müssen. Dazu Professor Seyberth: „Es besteht noch große Aufklärungsarbeit für uns alle. Es ist unethischer, ständig nicht geprüfte Medikamente bei Kindern einzusetzen, als einige wenige Kinder, die an einer Studie teilnehmen, etwas

mehr zu belasten.“ Der Marburger Kinder- und Jugendarzt fügt hinzu: „Wir dürfen nicht aufgrund egoistischer Züge in unserer Gesellschaft die kranken Kinder vergessen. Es gab auch schon die Forderung ‚Lasst doch die Studien an amerikanischen oder französischen Kindern machen, wir übernehmen dann die Daten‘. Das finde ich verwerflich und undiskutabel!“.

Im August letzten Jahres wurden nun durch Änderung des Deutschen Arzneimittelgesetzes wichtige Hürden aus dem Weg geräumt, die bisher Studien

mit Kindern im Wege standen. Eine Expertengruppe soll jetzt Empfehlungen für Arzneimittel erarbeiten, die bisher „off label“ angewendet werden. Weitere Verbesserungen verspricht eine europäische Verordnung zu Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche, die sich stark an die Verfahrensweise in den USA anlehnt. Wie schnell das Europäische Parlament über diesen Entwurf entscheidet und welche Lösung für die noch offenen Detailfragen gefunden wird, ist jedoch noch nicht absehbar.

Lajos Schöne



Beim Kind ist vieles anders

Zu den wichtigsten Verdiensten der Kinderheilkunde und Jugendmedizin gehört es, den Ärzten beigebracht zu haben, dass man Kinder nicht als verkleinerte Erwachsene betrachten darf. Dieser Leitsatz lässt sich am Beispiel der medikamentösen Behandlung besonders einleuchtend illustrieren. Viele Jahre wurden Medikamente nach dem Motto verschrieben: „Bei Kindern nehme man die Hälfte ...“. Das hat sich mittlerweile als falsch und mitunter auch als gefährlich erwiesen: Stoffwechsel und Wasserhaushalt funktionieren nämlich beim Kind oft nach anderen Regeln. Frühgeborene und junge Babys scheiden die Arzneistoffe langsamer aus, weil Leber und Nieren bei der Geburt noch nicht ausgereift sind. Der Säuregrad des Magens ist deutlich reduziert, aufgenommene Substanzen passieren langsamer den Darmtrakt.

Der kindliche Organismus verteilt und verarbeitet viele Arzneistoffe anders als der des Erwachsenen. So müssen zum Beispiel Herzmittel, die Digitalis enthalten, bei Kindern nicht etwa niedriger, sondern pro Kilogramm Körpergewicht sogar zwei- bis dreifach höher dosiert werden als bei Erwachsenen. Das gilt auch für Fiebermittel: Gängige Zäpfchen zu Fiebersenkung und Schmerzlinderung bei Babys enthalten 125 Milligramm Paracetamol. Würde sich ein Erwachsener – bezogen auf sein Körpergewicht – die entsprechende Dosis verabreichen, also rund 2,5 Gramm, würde er rund zweieinhalbmal überdosieren. Oder: Ein bestimmtes Antibiotikum wird bei einem älteren Säugling nach etwa sechs Stunden ausgeschieden. Bei einem Frühgeborenen aber erst nach etwa 24 Stunden. Ein weiteres Beispiel: Manche Medikamente zeigen bei Kindern eine „paradoxe“, also umgekehrte Wirkung als bei Erwachsenen. So wird die Substanz Methylphenidat, die bei Erwachsenen als Wachmacher und Aufputschmittel gilt, im Kindesalter zur Bekämpfung einer übertriebenen Unruhe und Zappeligkeit beim ADH-Syndrom eingesetzt.



Foto: Heidi Velten

Keine Bagatelle: Durchfall bei Kindern

Was kann ich vorbeugend gegen Durchfall tun?

Im Sommer und bei Reisen in warme Länder sollten Sie besonders sorgfältig mit Lebensmitteln umgehen

- Getränke (auch Tee!) nicht stundenlang im Warmen aufbewahren. Besondere Vorsicht bei Milch! Sie verdorbt noch schneller als Säfte und Tee.
- Fliegen können Krankheiten übertragen. Daher keine Lebensmittel ohne Schutz außerhalb des Kühlschranks stehen lassen, Nuckis gut reinigen und fliegensicher aufbewahren.

Hygiene im Bad

- Hände gründlich waschen nach dem Windelwechseln, nach dem Besuch der Toilette und nach dem Kontakt mit schmutziger Wäsche (z. B. beim Beladen der Waschmaschine). Hat bereits ein Geschwisterkind Durchfall: nach jedem Windelwechseln oder Poabputzen Hände desinfizieren.

Sie gehören zu den häufigsten Krankheiten im Kindesalter. Schon Neugeborene leiden oft unter Durchfällen. Kleinkinder erkranken sogar mehrmals im Jahr daran. Grund dafür sind die noch mangelnden Abwehrkräfte des kindlichen Organismus. „Durchfall entsteht, wenn der empfindliche Darm durch eine Entzündung im Körper (z.B. durch Viren oder Bakterien), durch verdorbene Nahrung oder auch einfach durch die Aufnahme von zuviel Obst oder Fruchtsäften gereizt wird,“ sagt dazu der Experte für Ma-

gen-Darm-Erkrankungen bei Kindern, Prof. Dr. med. Stefan Wirth. „Dann führt er die Nahrung beschleunigt aus dem Körper ab. Dabei verliert der Körper nicht nur Wasser, sondern auch wichtige Mineralsalze. Dies kann zu schwerem Flüssigkeits- und Elektrolytmangel führen. Länger andauernder Durchfall kann daher sogar lebensbedrohlich sein. In diesem Fall sollten Eltern ihr Kind unbedingt dem Kinder- und Jugendarzt vorstellen.“

Einige typische Gründe für Durchfälle

- Darmentzündungen durch Bakterien oder Viren
- Infektion im Körper, z.B. Grippe
- Verdorbene Nahrung
- mangelnde Hygiene (z.B. auf Reisen)
- Nahrungsmittelunverträglichkeit (z. B. Zöliakie)
- Darmschleimhautreizung durch Medikamente, z.B. Antibiotika

Wann ist Durchfall gefährlich für mein Kind?

Je jünger Ihr Kind ist, desto größer ist die Gefahr, dass es durch den Durchfall austrocknet. Prof. Dr. med. Stefan Wirth: „Sie können den Flüssigkeitsverlust des kleinen Kindes am einfachsten durch den Gewichtsverlust bestimmen. Wenn es mehr als 5% des normalen Gewichts verloren hat, muss auf jeden Fall ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden. In schweren Fällen wird die Haut dünn und

trocken und wirft am Bauch beim Anheben und Loslassen kleine Falten. Dann leidet Ihr Kind bereits unter erheblichem Wassermangel und muss umgehend dem Kinder- und Jugendarzt vorgestellt werden. Hat Ihr Kind zusätzlich noch Fieber, erbricht es, wirkt apathisch, sollten Sie ebenfalls den Kinder- und Jugendarzt aufsuchen oder in eine Kinder- und Jugendklinik fahren.“



Foto: Monika Traute

jung+gesund 01/05

Wie kann ich meinem Kind helfen?

Bei akutem Durchfall sollten Sie darauf achten, den Verlust an Flüssigkeit und wichtigen Salzen (Elektrolyte) wieder auszugleichen. In der Apotheke finden Sie entsprechende Elektrolytlösungen. Der Rat, nur Tee oder eine Cola-Salzstangen-Diät zu geben, ist nicht empfehlenswert. Teegetränken fehlen die nötigen Mineralien, Cola enthält zu viel Zucker, ist außerdem eine Säure und Salzstangen sind zu dunkel gebacken.

Gut hilft bei Durchfall dagegen das alte Hausmittel 1 Liter schwarzer Tee, 300 ml Orangensaft, 3 Esslöffel (oder mehr) Traubenzucker und 1 gestrichenen TL Salz. Man kann auch 1/4 Orangensaft mit 3/4 Wasser und einer Prise Salz mischen.

Ergänzend dazu kann der Kinder- und Jugendarzt bei schwereren Durchfällen ein Mittel verschreiben, das die Ausscheidung von Wasser und Salzen schnell und zuverlässig senkt. Der Wirkstoff Racecadotril legt anders als herkömmliche Mittel den Darm nicht lahm und behindert somit auch nicht den natürlichen Selbstreinigungsprozess. Schon im Alter von über drei Monaten kann das Kind das aus einem Granulat hergestellte Getränk tragen.

Ebenso wirken sich sogenannte Probiotika wie *Saccharomyces bulardii* oder Lactobacillen positiv auf die Darmflora aus.

So wird der Durchfall schnell gestoppt und Symptome wie Bauchschmerzen, Blähungen und Übelkeit werden gebessert.

Arzneimittel, die zwar schnell vom lästigen Durchfall befreien, dabei aber die Darmtätigkeit lähmen, sollten Sie Ihrem Kind auf gar keinen Fall verabreichen!

Mit der richtigen Behandlung erholt sich Ihr Kind meist schon nach einem Tag von seinem Durchfall.

„Nach Therapie des akuten Durchfalls mit der Zufuhr von Flüssigkeit soll innerhalb von 12 Stunden mit der Gabe von kalorienhaltigen Lebensmitteln begonnen werden. Dazu gehören bei Kindern ab dem 6. Monat bindende Lebensmittel wie Karotten, geriebener Apfel, Banane, Reis, Kartoffel und Zwieback,“ rät Prof. Dr. med. Stefan Wirth. „Dabei darauf achten, dass es reichlich trinkt: Wasser, Kamille-, Pfefferminze- oder Fencheltee. Muttermilch kann weiter gefüttert werden. Säuglingsmilchnahrungen werden anfangs verdünnt und bei Besserung des Durchfalls langsam wieder in der normalen Konzentration gegeben.“

Regine Hauch

Wenn Zappelphilipp in die Jahre kommt



Foto: DAK/Wiggger

Eltern von ADHS-Kindern blicken oft mit Sorgen in die Zukunft. „Was wird aus meinem Kind, wenn es erst in die Pubertät kommt?“ fragen sie sich. Zunächst die gute Nachricht: bei einem Drittel aller ADHS-Kinder verlieren sich die Symptome der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung in der Pubertät ganz von selbst. Etwa zwei Drittel der betroffenen Kinder leiden jedoch auch noch im Jugendalter an ADHS. Bei Jungen nimmt zwar das extrem hyperaktive Verhalten mit dem Erwachsenwerden ab, bei vielen bleibt aber eine innere Unruhe oder Getriebenheit bestehen. Bei Mädchen wird die Störung häufig erst während der Pubertät entdeckt.

Die Pubertät bei ADHS-Kindern

Der Übergang ins Erwachsenentalter ist für alle Menschen schwierig, für ADHS-Betroffene in besonderem Maße. „Bei einigen ADHS-Kindern tritt die Pubertät später auf als bei ihren Altersgenossen. In ihrem Verhalten bleiben sie lange Zeit kindlich, sie vermischen Realität und Fantasie, geben Widerworte und „rasten aus“ bei dem allerkleinsten Anlass. Die Ablösung von den Eltern, der Umgang mit Lehrern und anderen Autoritätspersonen - was anderen Jugendlichen während der Pubertät schon schwer genug fällt, ist für viele Teenies

mit ADHS fast ein Ding der Unmöglichkeit. Für alle Beteiligten ist dies eine schwierige Zeit, aber mit Geduld, gutem Willen und Humor kann man sie meistern,“ sagt dazu der Kinder- und Jugendarzt Dr Klaus Skrodzki von der Arbeitsgemeinschaft ADHS.

Ausbildung und Beruf

Wie schon zu Kindergarten- und Schulzeit sind Teenies mit ADHS häufig nicht sehr ausdauernd, sie sind oft antriebsarm und desinteressiert, rebellisch oder vorlaut. Nicht gerade Eigenschaften, die künftige Arbeitgeber begeistern. Skrodzki: „Häufig sind Jugendli-

che mit ADHS äußerst kreativ, haben ein gutes Gespür für Farben und Formen, sind sprachgewandt und schlagfertig. Oft sind sie selbstlose Helfer mit hoher sozialer Begabung und sie haben Geschick im Umgang mit der Natur und Tieren. Daher gilt es frühzeitig Hobbies zu fördern, um Neigungen und Interessen heraus zu finden.“

Auffallen um jeden Preis

Jugendliche mit ADHS wirken oft sehr selbstbewusst. Mit auffälligerem und riskantem Verhalten oder mit besonders exotischem Äußeren, etwa Tattoos oder Piercings versuchen sie, ihre innere Unsicherheit und ihren Kummer darüber, anders zu sein, zu verstecken. Ihre Offenheit, ihre leichte Beeinflussbarkeit und ihr fehlender Sinn für Gefahr macht sie besonders anfällig für „falsche Freunde“ und für Drogen. „Die Eingliederung in Jugendgruppen von Feuerwehr, Rotem Kreuz, der Wasserwacht, dem Angelverein oder Sportgruppen hilft Aufgaben zu finden, die fordern und Erfüllung vermitteln und dabei auch noch die Sicherheit einer anerkannten Gruppe bieten“, rät Skrodzki.

Liebeskummer

Jugendliche mit ADHS sind häufig stimmungslabil. Besonders Mädchen können Essstörungen und Depressionen entwickeln. Wie Gleichaltrige verlieben sie sich oft heftig. ADHS-Teenies mangelt es aber häufig an der Fähigkeit, sich in den Freund oder in die Freundin einzufühlen und auf deren Bedürfnisse einzugehen. Eine harmonische Beziehung fällt ihnen daher schwer. Häufig klammern sie sich an den anderen. Eine Trennung erleben sie als Katastrophe. Skrodzki: „Psychosozial verzögert, brauchen ADHS-Jugendliche viel mehr Zeit, um all diese Erfahrungen durchzumachen. So schnell wie sie zutiefst deprimiert sind, sind sie andererseits Stehaufmännchen, die sich von Neuem wieder begeistern lassen - und verkraften damit auch Enttäuschungen erstaunlich gut!“

Regine Hauch

Rollen für die Sinne



Foto: Deutsche Verkehrswacht

Gleichgewichtssinn

Der vestibuläre Sinn, auch Gleichgewichtssinn genannt, reguliert das Gleichgewicht. Hinter dem Ohr befindet sich ein kleines, bogenförmiges Gebilde, das mit einer Flüssigkeit gefüllt ist. Darin befinden sich mehrere tausend Sinneszellen mit feinen Härchen. Bewegt sich der Kopf, so bewegt sich auch die Flüssigkeit in den Bogengängen. Die feinen Härchen schwingen mit und geben ihre Informationen an die Sinneszellen weiter. Aufgabe des Gleichgewichtssinns ist es, Drehbewegungen von Kopf und Körper zu erfassen und zu verarbeiten.

Tastsinn

In der Haut, dem größten Sinnesorgan, befindet sich der Tastsinn. Die Haut erlebt schon im Mutterleib eine konstante, warme Berührung. Durch verschiedene Sensoren in der Haut nimmt das Kind auch später die Umwelt wahr, fühlt und ertastet z. B. Dinge und deren Beschaffenheit wie Temperatur oder Härte. Aus diesen Informationen zieht das Gehirn Schlüsse für die Bewegung.

Tiefenwahrnehmung

Über die Tiefenwahrnehmung erhält das Gehirn Informationen über Anspannung und Entspannung unseres Körpers, wo und in welcher Lage sich bestimmte Körperteile gerade befinden. Ohne die Tiefenwahrnehmung könnten wir nicht empfinden, ob unsere Hand zur Faust geballt ist oder ob sie locker und entspannt ist. Mit der Zeit lernt das Gehirn, die Riesenmengen an Informationen der Tiefenwahrnehmung gemäß den jeweiligen Handlungszielen zu filtern. So entwickelt sich die Konzentrationsfähigkeit.

Sehen

Über das Auge erhält das Gehirn Informationen über die äußere Gestalt unserer Umwelt, über Formen, Farben und Distanzen etwa. Das Gehirn lernt mit der Zeit, diese Informationen in sinnvolle Zusammenhänge einzurichten.

Jetzt rollen sie wieder. Sobald der Winter vorbei ist, füllen sich Wege und Plätze mit Kindern auf Rollern und Fahrrädern. Einige sausen wie der Wind daher, bei anderen siehts noch etwas wackelig aus. Rollen und radeln ist eben gar nicht so einfach. Aber beides schult die Sinne und das Gehirn und macht Kinder fit fürs Leben. Denn für die Balance beim Radeln und Rollern ist das Zusammenspiel von gleich vier Sinnen notwendig: Gleichgewichtssinn, Tastsinn, Tiefenwahrnehmung und Sehen. Die Informationen, die diese vier Sinne ans Gehirn weitergeben, werden im Gedächtnis gespeichert. So findet ein Lernprozess statt, der zur Automatisierung von Bewegungsmustern führt. Je mehr Möglichkeiten Kinder haben, die Sinne anzuregen und zu entwickeln, desto besser lernen sie, eine gute Balance zu halten und ein gutes Bewegungsgefühl zu entwickeln. Auch für das Selbstbewusstsein ist Rollern und Radeln wichtig: kaum etwas gibt Kindern ein schöneres Gefühl, als der Moment, in dem sie zum ersten Mal über die Schwerkraft triumphieren und leicht und wie von selbst auf zwei Rädern dahin gleiten.

Regine Hauch

Erst rollern, dann radeln

Jahrelang gab es unter Eltern den Wettbewerb, welches Kind zuerst Fahrrad fahren kann. Doch Sicherheitsexperten wie der Mechernicher Kinder- und Jugendarzt Dr. med Jörg Schriever raten: „Roller sind das ideale „Einsteigerfahrzeug“. Rollerfahren schult nicht nur die Sinne, sondern auch Geschicklichkeit und Ausdauer und bereitet damit ideal aufs Fahrrad vor.

Das zumeist durch Stützräder kippsicher gemachte erste Fahrrad vermittelt den Jüngsten dagegen nicht diese Fähigkeiten, sondern überfordert sie. Es besteht die Gefahr, dass Kinder auf dem derart kippsicheren Fahrrad viel zu schnell fahren und stürzen. Mit Tretroller können Kinder zudem beim Bremsen schnell mit einem Fuß auf den Boden kommen. Außerdem sind sie wendiger als Fahrräder. Eine Alternative zum Tretroller sind kleine „Laufräder“ ohne Pedalen.

Erst mit fünf Jahren, wenn Kinder sicher Roller oder Laufräder beherrschen, sollten sie mit dem Fahrradfahren beginnen. Wichtig dabei: nie ohne Helm.

Pneumokokken: Brauchen alle Babys Schutz vor diesen Keimen?

Sie haben es bestimmt schon bemerkt, liebe Leserin und lieber Leser: Das Thema „Impfungen“ wird in dieser Ausgabe von „jung und gesund“ besonders häufig behandelt. Das hat seinen guten Grund. Denn bei allem Respekt vor den segensreichen Auswirkungen der Arzneimittelforschung: Die spektakulärsten Erfolge erzielt die Medizin nicht mit Medikamenten, die bereits entstandene Krankheiten bekämpfen, sondern mit Mitteln, die das Ausbrechen einer Krankheit von vornherein verhindern. Genau das geschieht bei einer Impfung.

Seit je betrachteten Kinder- und Jugendärzte die Vorbeugung gegen Krankheiten als ihre besondere Aufgabe und tragen durch den Einsatz von wirksamen Impfstoffen zur Gesundheit ganzer Generationen bei. Diesen Bemühungen ist zu verdanken, dass die Liste der Krankheiten, die mit Hilfe von Impfungen verhindert werden können, in den letzten Jahren immer länger geworden ist.

Noch ein Picks für alle Kinder?

Vor kurzem haben sich mehrere kinder- und jugendärztliche Fachgesellschaften in einer gemeinsamen Stellungnahme für die Einführung einer weiteren

Impfung im Säuglingsalter ausgesprochen. Die Experten sind überzeugt: Mit Hilfe der Impfung gegen Pneumokokken könnten Kinder vom dritten Lebensmonat an vor einer ganzen Reihe gefährlicher Erkrankungen geschützt werden.

Foto: Lajos Schöne

Pneumokokken? Nie gehört, werden jetzt viele Eltern sagen. Das ist keine Bildungslücke: Während alle Ärzte diese Krankheitserreger kennen und auch fürchten, sind die Risiken durch Pneumokokken für die Allgemeinbevölkerung stark erklärbungsbedürftig. Deshalb haben wir Sie die Antworten auf die wichtigsten Fragen zusammengestellt.

Was sind eigentlich Pneumokokken?

Diese Bakterien tragen auch den Namen *Streptococcus pneumoniae* (Pneumonie=Lungenentzündung). Mittlerweile unterscheidet man rund 90 verschiedene Pneumokokken-Typen, wobei nur wenige von ihnen schwere Infektionen hervorrufen. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation sind Pneumokokken die weltweit bedeutendsten bakteriellen Krankheitserreger beim Menschen. Rund 1,2 Millionen Kinder unter fünf Jahren sterben jährlich allein an den Folgen einer pneumokokkenbedingten Lungenentzündung, die meisten von ihnen in den Entwicklungsländern. Auch in Deutschland stellen Pneumokokken-Erkrankungen die häufigste, durch eine Impfung vermeidbare Todesursache dar:

Nach Schätzungen des Robert-Koch-Institutes Berlin sterben jährlich 4000 bis 8000 Menschen an den Folgen einer schweren Infektion durch Pneumokokken.

Warum sich die Kinder und Jugendärzte für eine Erweiterung des Impfkalenders engagieren



Foto: Wyeth

Warum gerade für Kinder so gefährlich?

Weil das Immunsystem von Babys und kleinen Kindern noch nicht in der Lage ist, gegen Pneumokokken wirksame Abwehrkräfte zu bilden, sind Kinder in den ersten Lebensjahren besonders stark bedroht: Der Gipfel der schweren Pneumokokken-Erkrankungen liegt in Deutschland im siebten Lebensmonat.

Anders als der Name vermuten lässt, führen Pneumokokken nicht nur zu Erkrankungen der Lunge und der Atemwege. Auch andere schwere Infektionen wie Hirnhautentzündung (Meningitis) und Blutvergiftung (Sepsis) können durch diese Bakterien hervorgerufen werden. Pneumokokken sind aber auch besonders häufig für Mittelohrentzündungen und Entzündungen der Nasennebenhöhlen verantwortlich.

Nach aktuellen Schätzungen sterben jährlich in Deutschland etwa 20 Kinder unter fünf Jahren an den Folgen einer schweren Pneumokokkeninfektion

Weitere 21 Kinder erleiden schwere bleibende Hörschäden und 24 Kinder schwere neurologische Schäden. Nach einer Meningitis durch Pneumokokken leidet jedes vierte Kind unter einer bleibenden Behinderung. In Deutschland



sterben zur Zeit 50 bis 80 Menschen im Jahr durch eine Pneumokokken-Meningitis und 30 bis 40 fallen einer Pneumokokken-Sepsis zum Opfer.

Schützt Hygiene vor Pneumokokken?

Die Bakterien werden meist durch Tröpfchen in der Atemluft übertragen. Das Tückische dabei: Die Keime kommen auch im Nasen-Rachen-Raum von völlig gesunden Menschen vor. 20 bis 30 Prozent der Erwachsenen, die mit Kleinkindern zusammenleben, sind unauffällige (asymptomatische) Keimträger, und bis zu 60 Prozent aller Kinder beherbergen ebenfalls Pneumokokken in ihrem Körper. Deshalb sind Kinder nicht nur die häufigsten Opfer, sondern auch die häufigsten Überträger von Pneumokokken. Es ist praktisch unmöglich, ein Kind vor dem Kontakt mit ihnen zu schützen. Einzige Ausnahme: die Impfung.

Welchen Schutz bietet die Impfung?

Wichtig zu wissen: Der seit vier Jahren verfügbare sogenannte „7-valente Pneumokokken-Konjugatimpfstoff“ schützt ein Baby *nicht* vor *allen* 90 Pneumokokkenarten. Er erfasst aber jene sieben für Kinder wichtigen Pneumokokkenstämme, die bei Säuglingen und Kleinkindern die gefährlichsten Infektionen hervorrufen können. Mit Hilfe dieser Impfung lassen sich etwa 90 Prozent der Hirnhautentzündungen durch Pneumokokken und insgesamt 80 bis 90 Prozent aller schweren Pneumokokkeninfektionen bei Kindern unter zwei Jahren verhindern.

Wann und wie wird geimpft?

Je jünger ein Kind ist, umso gefährlicher kann eine Infektion mit Pneumokokken verlaufen. Deshalb wird so früh wie möglich geimpft, am besten ab zwei Monaten, gemeinsam mit der üblichen Sechs-fachimpfung. Es sind insgesamt drei Impfungen im ersten und eine Auffrischimpfung im zweiten Lebensjahr notwendig. Nach den bisherigen Erfahrungen der Kinder- und Jugendärzte ist mit ernsthaften Nebenwirkungen nicht zu rechnen. Nur selten kommt es zu Begleiterscheinungen wie Unleidlichkeit, Appetitmangel, Schläfrigkeit und Fieber, das nur selten über 39 Grad ansteigt.

Gibt es Babys mit besonderen Risiken?

Die Ständige Impfkommission STIKO beim Robert-Koch-Institut empfiehlt die Pneumokokkenimpfung schon heute für eine große Gruppe von Kindern, die durch diese Keime besonders stark gefährdet sind. Dazu gehören alle Frühgeborenen (vor vollendeter 37. Schwangerschaftswoche), Babys mit Gedeihstörungen oder Entwicklungsschwierigkeiten, z. B. Anfallsleiden oder zerebralen Bewegungsstörungen, herzkranke Kinder, Kinder mit Krankheiten der Atmungsorgane inklusive Asthma und obstruktiver Bronchitis. Darüber hinaus ist die Impfung immer indiziert bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung in Folge einer Grundkrankheit, zum Beispiel bei angeborenen Immundefekten, Krankheiten der Blut bildenden Organe oder chronischen Nierenkrankheiten. Nach den Erfahrungen der Kinder- und Jugendärzte umfasst schon diese Indikationsempfehlung der STIKO rund 20 bis 25 Prozent aller Kinder, wegen ihrer schwierigen Umsetzung werden aber bisher weniger als fünf Prozent der Kinder geimpft. Ein besserer Schutz wäre deshalb nur durch eine allgemeine Impfempfehlung für alle Babys zu erreichen.

Was kostet die Impfung – und wer zahlt sie?

Der Impfstoff kostet pro Impfung etwa 85 Euro, dazu kommen die Kosten für die Impfung nach der Gebührenordnung für Ärzte. Die Kassen tragen die Kosten zur Zeit nur bei Kindern mit erhöhtem Risiko (siehe oben). Manche unserer Nachbarn sind schon weiter: In Frankreich gilt die allgemeine Impfempfehlung für alle Kinder in Kinderkrippen, somit werden bis zu 80 Prozent der Babys gegen Pneumokokken geimpft. In Portugal beträgt der Anteil der geimpften Kinder 60 Prozent, in Spanien 45 Prozent und in Italien 25 Prozent. In den USA werden alle Kinder unter zwei Jahren geimpft.

Ist die Wirksamkeit bewiesen?

Der 7-valente Impfstoff wird in den USA seit fünf Jahren breit eingesetzt und hat dort zu einem drastischen Rückgang der schweren Pneumokokken-Erkrankungen geführt. Mittlerweile wurden mehr als 30 Millionen Impfdosen



Foto: Wyeth

Antibiotika: Das Schwert wird stumpf

Seit Alexander Fleming vor 77 Jahren erkannt hat, dass Schimmelpilze Bakterien töten können, haben das Penicillin und seine antibiotischen Nachkommen Millionen von Menschen vor dem Tod durch gefährliche Keime bewahrt. Doch die einst so wirksame Waffe verliert mehr und mehr an Schärfe: Immer häufiger gelingt es den Krankheitserregern, sich der Zerstörung durch Antibiotika zu entziehen – sie werden resistent. Dieses Problem betrifft auch die Erkrankungen durch Pneumokokken. Diese Bakterien waren früher in aller Regel hochsensibel gegen Penicillin und dadurch der antibiotischen Behandlung gut zugänglich. Das hat sich jedoch geändert: Der Anteil Penicillin-resistenter Pneumokokkenstämme hat sich von 1,8 Prozent im Jahr 1992 auf 5,4 Prozent im Jahr 1999 erhöht. Das bei Kinder besonders häufig eingesetzte Erythromycin wirkt leider auch nicht mehr immer so gut wie früher: Der Anteil der gegen dieses Antibiotikum resistenten Pneumokokken stieg von 3,6 Prozent (1992) auf über 25 Prozent (2000)! Ein Grund mehr für die Kinder- und Jugendärzte, für die Einführung der Impfung für alle Babys zu plädieren.

verimpft. Der Erfolg: 2003 wurden bei Kindern unter einem Jahr 77 Prozent, über einem Jahr 83 Prozent weniger schwerwiegende Erkrankungen durch Pneumokokken beobachtet. Der Nutzen „strahlte“ sogar auf die Erwachsenen aus: Auch unter ihnen gab es bis zu 41 Prozent weniger invasive Pneumokokken-Erkrankungen.
Lajos Schöne



Foto: Heidi Velten

Schnarchende Kinder sind schlechtere Schüler

Laut Atemgeräusche sind häufig normale Folgen eines Schnupfens, manchmal aber auch das Symptom einer Krankheit. Schnarcheln ist besonders häufig bei Babys, die noch nicht gelernt haben, durch den Mund zu atmen. Mögliche Ursachen sind Schnupfen, Milch oder Fremdkörper in der Nase. Rasseln ist eine häufige Atemstörung bei einer schweren Erkältung. Auch Schnarchen kann ein Alarmzeichen sein. Die häufigste Ursache sind Wucherungen der Rachenmandeln („Polypen“).

Nach einer Erhebung an der Tübinger Universitätskinderklinik gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen schlafbezogenen Atmungsstörungen und Schulleistungsstörungen. Wie Dr. Michael S. Urschitz und seine Kollegen kürzlich auf dem 100. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Berlin berichteten, liegt der Anteil der Kinder mit schlechten Schulleistungen in Mathe in der Gruppe der Schnarcher mit 30,6 % fast doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe (16,3 %). Ähnlich eindeutig war der Unterschied im Sachunterricht (25,0 % gegenüber 12,6 %) und in der Rechtschreibung (33,3 Prozent gegenüber 20,2 %).

Kinder, die nachts „die Säge ansetzen“, sollten dem Kinder- und Jugendarzt vorgestellt werden. Er kann die Ursache klären und die richtige Therapie einleiten.

Lajos Schöne



Kaum wird es wieder heller und wärmer draußen, zieht es Eltern und Kinder ins Freie. Bewegung an frischer Luft macht gute Laune und stärkt das Immunsystem. Aber die Frühlingssonne hat auch ihre Tücken: sie ist intensiver als es den Anschein hat. Vor allem die dünne und empfindliche Kinderhaut muss nun gut geschützt werden, damit sie keinen Sonnenbrand bekommt. Kinderhautexperte, Prof. Hansjörg Cremer: „Insbesondere die „Sonnenterrassen“, also Ohrrüschen, Nase, Wangen und Unterarme sind gefährdet. Dabei ist auch der Hauttyp zu beachten: Je heller Haut und Haare sind, desto geringer ist der Eigenschutz der Haut. Für Kinder unter zwei Jahren ist direkte Sonne nicht empfehlenswert. Schatten, leichte Kleidung und ein Sonnenhut sind hier der beste Schutz. Sie sollten unbedingt auch eine Kopfbedeckung (möglichst mit Rand) tragen und ca. 20 Min. vor dem Spaziergang mit Kinder-Lichtschutzmitteln eingecremt werden. Sie enthalten physikalische Filter, z.B. Titandioxid und weniger Zusatzstoffe. Diese Vorsichtsmaßnahmen gelten vor allem solange die Haut noch winterweiß ist.“

Später, wenn die Haut etwas gebräunt ist, kann man den Sonnenschutz wieder



Foto: Heidi Velten

Sonnenschutz im Frühling

etwas zurücknehmen, vernachlässigen darf man ihn jedoch auf keinen Fall. Denn das Sonnenverhalten während der Kindheit ist ausschlaggebend für die Gesundheit der Haut des Erwachsenen. Da die Haut „nichts vergisst“, summieren sich die Lichtschäden im Laufe des Lebens. Mit jedem Sonnenbrand im Kindesalter steigt das Risiko für eine Hautkrebskrankung als Erwachsener. Eltern sollten daher auch darauf achten, dass Sonnenschutzmittel immer sowohl UVB- als auch UVA-Filter enthalten, denn selbst die als ungefährlicher eingestuften UVA-Strahlen lassen die Haut altern und können wie UVB-Strahlen Hautkrebs verursachen.“ Regine Hauch

Alkohol: Jugendliche „glasklar“ aufklären

„Bei Jugendlichen ist ein erschreckender Trend zum Rauschtrinken zu beobachten“, warnt Dr. Wolf-Rüdiger Horn, der Suchtbeauftragte des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). Bis zu einem Alter von 12 Jahren hat bereits die Hälfte der Kinder Erfahrungen mit Alkohol gemacht, mit 16 Jahren nahezu alle. Das Durchschnittsalter beim ersten Rausch liegt laut einer aktuellen Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bei 15,5 Jahren. Während bei den 12- bis 13-Jährigen bereits 8% mindestens einmal betrunken waren, sind es bei den 14- bis 15-Jährigen 24% und bei den 16- bis 17-Jährigen schon 66%. Knapp 40% hatten nach der BZgA-Befragung unter 3.000 jungen Leuten in den vergangenen zwölf Monaten ein- oder mehrmals einen Alkoholrausch. 5% praktizieren das „Trinken bis zum Umfallen“ sechsmal oder häufiger im Monat. Als Ursache hierfür wird das Ausklinken aus einem immer weniger befriedigenden Alltag genannt.

Diese bedenkliche Entwicklung gab den Ausschlag für die „Aktion Glasklar“ der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) – eine Initiative, welche vom Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung in Zusammenarbeit mit dem BVKJ entwickelt wurde. Ziel der Aktion ist es, junge Leute u.a. in Schulen, Arztpraxen, Sportvereinen und auf Stadtteilfesten über die Gefahren des Alkoholkonsums aufzuklären und Eltern diesbezüglich Ratschläge im Umgang mit ihren heranwachsenden Kindern zu geben. Sie sollten beispielsweise das Gespräch mit ihren Kindern suchen, keine generellen Verbote, aber klare Regeln aussprechen und ein gutes Vorbild darstellen. Ein umfassender Ratgeber „Alkohol – Reiz und Risiko“ steht Eltern unter [www.aktionglasklar.de](http://aktionglasklar.de) zum kostenlosen Download zur Verfügung.



Foto: Heidi Velten

**„Ich will mein Kind vor
Allergien schützen.“**



Einfache Rezepte mit maximal 3 verträglichen Zutaten helfen, das Allergierisiko zu verringern. Deshalb ist beim Übergang zur Beikost weniger mehr.

Nestlé Alete Babyservice: 0800-2 344 944 www.nestle-alete.de



**Nestlé Alete.
Gesund Groß Werden.**

Empfohlen von den Experten des





Natur macht Spaß.

Nur: Die Natur spaßt nicht!

Die **FSME**-Gefahr
breitet sich aus.

Zecken- Schutzimpfung **JETZT!**

WWF-Umwelt-Sponsoring
Machen Sie mit!

bvkj. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte unterstützt die Impfung gemäß der öffentlichen Impfempfehlung.

www.zecken.info

CHIRON | VACCINES