

jung+gesund

Kinderkrankheiten:

**Ohne Angst zum
Kinderarzt**

Herzfehler:

**Bessere
Chancen
für herz-
kranke
Kinder**

Ernährung:

**Wo überall
Zucker
versteckt ist**

Abschied vom Kindergarten:

**Wenn Ihr Kind
in die Schule
kommt**

ADHS-Behandlung:

**Zappeln, bis der
Arzt kommt**

Urlaub mit Kindern

**Familienferien
auf dem Land**

FSME-Impfung:

**Zecken
haben jetzt
Hochsaison**

**Für Sie zum
Mitnehmen**

Ernährung:**Die süße Versuchung 3****ADHS-Behandlung:****Zappeln bis der Arzt kommt 4****Mundhygiene:****Zähne von klein auf richtig pflegen 6****Nachgefragt:****Keine Angst vorm Kinderarzt..... 7****Herzranke Kinder:****Herzkrank ein Leben lang 8****Kleinkinder:****Von der Kita in die Schule 10****Urlaubsplanung:****Großer Familienspaß – Ferien auf dem Lande 11****Vorbeugen:****Zecken haben jetzt Hochsaison 12****Gut zu wissen:****Zweisprachig gesund genießen..... 14****Hand-Fuß-Mund-Krankheit 14****Vorsicht bissiges Kind..... 14**

jung+gesund

Zeitschrift für Kinder- und Jugendgesundheit
 Ratgeber der Kinder- und Jugendärzte
 5. Jahrgang, Heft 2, Juni 2007

Schirmherrschaft: Frau Helga Kühn-Mengel, Patientenbeauftragte
 Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.,
 Präsident: Dr. med. Wolfram 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: junggesund@schmidt-roemhild.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: Baxter/Novartis (2, Titel), DAK (1) www.digitalstock.de (11),
 Heidi Velten (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.

© 2007. 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**

Liebe Eltern,

die Forderung nach einem Ausbau des Angebots an Kindertagesstätten für Kleinkinder im Alter von unter drei Jahren bis 2013 durch Frau Ministerin von der Leyen hat im Februar und März hohe politische Wellen geschlagen und eine teilweise sehr kontroverse Diskussion ausgelöst. Über 70% der Bevölkerung unterstützt nach repräsentativen Umfragen dieses politische Konzept. Wie steht der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte dazu?

Der BVKJ hat zu keinem Zeitpunkt die generelle außerhäusliche Betreuung aller Kinder im Alter bis zum vollendeten 5. Lebensjahr gefordert. Wir halten eine liebevolle und qualifizierte Betreuung durch motivierte Eltern in einem intakten Elternhaus ganz sicher für die zu bevorzugende Form der Betreuung und Erziehung von Kindern.

Leider sieht aber aufgrund unserer täglichen Erfahrung in den Praxen und nach den Schilderungen unserer Kolleginnen und Kollegen im jugendmedizinischen Dienst der Gesundheitsämter die Situation für mindestens 1/4 aller Kinder in Deutschland nicht so rosig aus. Die Kinder leben in nicht intakten Familien, Patchworksituationen, bei Alleinerziehenden, Drogenabhängigen usw. Diese Eltern sind oft nicht in der Lage, den Ansprüchen an eine einigermaßen dem Kindeswohl dienende Erziehung und Bildung gerecht zu werden. Diese familiären Defizite lassen sich auch nicht mit zusätzlichen finanziellen Mitteln für die Familien beheben. Auch jetzt schon bemühen sich Jugend- und Sozialämter, vielfach in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern, diesen Familien zu helfen, um die Kinder im familiären Umfeld lassen zu können. Trotz erheblicher personeller und finanzieller Aufwendungen beobachten wir eine erschreckende Zunahme gestörter Kinder, denen durch die Insuffizienz in den Familien die Zukunft verbaut wird.

Diese Kinder – und wir reden von einem Ausbau der Krippenplätze für maximal 30% aller Kinder – haben ein Grundrecht auf seelische und körperliche Unversehrtheit. Werden die Familien diesem Anspruch des Kindeswohls nicht gerecht, hat der Staat als Sachwalter des Kindeswohls Strukturen zu schaffen, die diesem Rechtsanspruch des Kindes genügen.

Dazu können Tages-/Pflegemütter, die entsprechend qualifiziert sind und in ihrer

Tätigkeit überwacht werden, eine Option sein, aber eben auch entsprechend gut personell und räumlich ausgestattete Kindertagesstätten, in denen die Kinder von bestens qualifiziertem Personal erzogen werden, in denen man ihrem Bildungsanspruch gerecht wird und in denen die Eltern Anleitung für zu Hause erhalten.

Inzwischen gibt es an 24 deutschen Hochschulen Studiengänge für Erzieherinnen und Erzieher, um eine entsprechende Qualifikation zu erlangen. In solchen Tagesstätten kann 1 Erzieher/in nach unserer Auffassung nur maximal 5 Kinder betreuen. Da muss es Ruheräume und ausreichend Platz für die Bewegungserziehung der Kinder geben. Zum jetzigen Zeitpunkt sind diese Anforderungen nur in wenigen Einrichtungen erfüllt.

Wir finden aber in der neuesten Literatur auch keine Belege für die Behauptung, dass die Betreuung von Kindern vor vollendetem 3. Lebensjahr in qualifizierten Kindertageseinrichtungen unweigerlich zu Deprivationssymptomen, Verhaltens- und/oder Entwicklungsstörungen führt.

Deshalb sollten auch Eltern, die sich, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sehen, ihre Kinder in den ersten 3 Jahren qualifiziert zu Hause zu betreuen und zu erziehen, die Möglichkeit haben, ihre Kinder in entsprechend gut ausgestatteten Kindertageseinrichtungen unterzubringen. Diese Eltern sind oft liebevolle Eltern, die in der Zeit, die sie ihren Kindern neben einer Berufstätigkeit widmen, oft mehr Zuwendung und Liebe zuteil werden lassen als Eltern, die ihre Kinder ausschließlich zu Hause betreuen – oft vor dem Fernseher.

Der BVKJ beobachtet die Entwicklung seit vielen Jahren und macht immer wieder öffentlich, wenn die Belange von Kindern und Jugendlichen in unserer Gesellschaft nur unzureichend beachtet werden. Darin werden wir nicht nachlassen und werden so auch die Politik der Bundesregierung sorgfältig beobachten und uns zu Wort melden, wenn diese Politik sich nicht am Kindeswohl orientiert.

Herzlichst



Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

Süß ist schön. Seit Jahrtausenden benutzen Menschen in aller Welt den Begriff „süß“ auch für „Liebes“ und „Geliebtes“. Engländer sprechen von „sweetheart“ und „honey“, Italiener von „dolce vita“. Eine ungarische Mutter heißt „édesanyu“ (süße Mutti), „Irma la douce“ steht für verführerische Französinnen und hier zu Lande gelten kleine Babys genauso als „süß“ wie die eigenartigen Jungs vom „Tokio Hotel“.

Süßes ist leider auch schädlich. In größeren Mengen macht es dick, auf den Zähnen klebend sorgt es für Karies und Zahnschmerzen. Kinder aber lieben den süßen Geschmack: Sie kennen ihn schon von früh auf, aus der Muttermilch oder aus der Babynahrung. Und so ist der Konflikt schon vorprogrammiert, egal, wie wir Eltern uns auch immer verhalten: Ob wir den Kindern Süßigkeiten geben oder sie ihnen vorenthalten, immer haben wir ein schlechtes Gefühl dabei.

Ein Ausweg aus diesem Dilemma könnte folgendermaßen aussehen:

- Süßigkeiten werden nach Möglichkeit nur zu den Hauptmahlzeiten gegessen, am besten zusammen mit biologisch wertvollen vitaminhaltigen Nährstoffen (Vollkorn, Milch, Früchte).

So viel Würfel Zucker stecken drin

Nahrungsmittel	Stück Würfelzucker
Ein Würfelzucker (3 g)	1
100 g Marmelade	20
100 g Kinder-Schokolade	13
100 g Götterspeise	8
125 g Frucht-Joghurt	13
100 g Karamel-Riegel	14
100 g Nuss-Nougat-Aufstrich	7
100 g Himbeer-Bonbons	31
0,33 l Instant-Kakaopulver	25
100 g Gummibärchen	25
2 Eßlöffel Ketchup	2
Eine Kugel Fruchteis	5
Eine Dose (0,3 l) Cola	11
Ein Glas (0,2 l) Limonade	7
Ein Glas (0,2 l) Eis-Tee	6

Fotos: www.digitalstock.de

Süße Bomben: Cola und Ketchup

Nach Empfehlungen von Ernährungswissenschaftlern sollte der tägliche Zuckerverbrauch nicht mehr als 50 bis 60 Gramm betragen. Diese Menge überschreiten bei uns aber fast alle Kinder. So nimmt z. B. ein Junge im Alter zwischen 4 und 7 Jahren durchschnittlich 14 Gramm reinen Zucker, 5 Gramm Honig oder Marmelade und 46 Gramm Schokolade und Süßwaren zu sich. Ein 13-jähriges Mädchen kommt sogar auf 15 Gramm Zucker, 6 Gramm Marmelade und 61 Gramm Schokolade und Süßigkeiten.

Ein besonderes Problem sind die versteckten Zucker in den einzelnen Nahrungsmitteln (Tabelle). So enthält eine Dose normale Cola (0,3 Liter) die Menge von 11 Stückchen Würfelzucker. Das ist etwa so, als wenn ein Erwachsener statt einem Stück Würfelzucker fünf bis sechs Stück in eine Tasse Kaffee hineinrühren würde. In einem Glas (0,2 Liter) Limonade sind 7 Stückchen Würfelzucker versteckt. Ein anderes Beispiel: In zwei Eßlöffeln Ketchup steckt ein Teelöffel Zucker.

Untersuchungen ergaben nämlich, dass Zucker zu den Hauptmahlzeiten keinen nennenswerten Effekt auf die Zahngesundheit hat (auf das Gewicht allerdings sehr wohl!).

- Bei Zwischenmahlzeiten wird Zucker weitgehend gemieden. Das Kind bekommt stattdessen belegte Brote, Obst oder knackiges Gemüse (z. B. Karotten). Oder man weicht auf Zahn schonende Süßwaren aus, die in immer größerer Auswahl angeboten werden.
- Die Zähne werden, so oft es geht, und dann mindestens zwei, besser noch drei Minuten lang mit einer fluoridierten Zahncreme gebürstet.

Fertigprodukte aus dem Supermarkt sind ebenfalls reichlich gesüßt. Brotaufstriche und Mayonnaise, Fertigsuppen und eingelegte Gurken, Obstkonserven und Dosenfisch mit süß-saurer Soße werden meist mit Zucker schmackhaft gemacht. Haushaltszucker wird auf dem Etikett allerdings meist als „Saccharose“ deklariert. Auch hinter den Bezeichnungen Glucose, Dextrose, Fructose, Lactose, Maltose oder Maltodextrin verbergen sich verschiedene Arten von Zucker.

Beim Lesen der Zutaten sollte man sich vergegenwärtigen: Grundsätzlich muss jener Inhaltstoff, von dem die größte Menge im Lebensmittel enthalten ist, an erster Stelle stehen. Alle weiteren Zutaten folgen in absteigender Reihenfolge ihres Anteils. Das heißt: Steht Zucker an erster Stelle, dann steckt davon besonders viel drin. Folgt darauf auch noch „Glukosesirup“, wird die versteckte Zuckermenge noch größer.

Wichtig zu wissen: So genannte „Kinderlebensmittel“, die im Marketing als besonders geeignet für Kinder herausgestellt werden, z. B. Riegel, Schnitten oder Milchprodukte, sind ernährungsphysiologisch keineswegs gesünder für Kinder als herkömmliche Süßigkeiten. Das Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund betont: Diese Produkte bieten in der Zusammensetzung der Zutaten und Nährstoffe keinen Vorteil, sind aber in der Regel teurer als vergleichbare herkömmliche Lebensmittel.

Eines noch zum Schluss: Bei aller Vorsicht sollte man sich davor hüten, den Kampf gegen den Zucker zu einem ernsthaften Familienproblem werden zu lassen. Sonst besteht die Gefahr, dass das Verlangen der Kinder nach Süßem durch den Reiz des Verbotenen erst recht geschürt wird. „Süß-saure“ Mienen wären garantiert die Folge...

Lajos Schöne

Die süße Versuchung

Wo überall Zucker versteckt ist: Nützliche Tipps für den täglichen Umgang mit Süßigkeiten

Zappeln

bis der Arzt kommt

Rastlos, unkonzentriert, ungestüm und frech – Kinder mit ADHS stellen die Geduld von Eltern, Lehrern, Geschwistern und Spielkameraden auf eine harte Probe. Lesen Sie hier, wie man ihnen heute helfen kann

Kennen Sie Spongebob Schwammkopf aus dem Fernsehen? Der kleine Schwamm aus der beliebten Zeichentrick-Serie zeigt öfter Verhaltensweisen, die für ADHS typisch sind: Er ist hyperaktiv und infantil, trödelte beim Aufsatzschreiben und schafft die Fahrschule nicht, weil er nicht „geradeaus denken“ kann. Er ist aber gleichzeitig ehrgeizig und kreativ, offen, sensibel und mitfühlend, natur- und tierlieb – positive Eigenschaften, die viele Eltern bei ihrem eigenen ADHS-Kind bestätigen können.

Zappelig durch zuviel Fernsehen

Wissenschaftler der Universität Seattle in den USA haben die Rolle des Fernsehens bei der Entstehung von Aufmerksamkeitsstörungen untersucht. Ihre Studie an insgesamt 2 623 Kindern ergab: Im Alter von 1,8 Jahren schauten die Kinder im Durchschnitt 2,2 Stunden täglich fern, mit 3,8 Jahren saßen sie 3,6 Stunden vor dem Bildschirm. Zehn Prozent der untersuchten Kinder litten unter Aufmerksamkeitsstörungen. Der Fernsehkonsum im Alter von 1,8 bzw. 3,8 Jahren hing mit dem Bestehen einer späteren Aufmerksamkeitsstörung in der Grundschule zusammen. Je mehr Zeit ein Kleinkind vor dem Fernseher verbringt, desto größer ist das Risiko, dass es mit sieben Jahren an einer gestörten Aufmerksamkeit leiden wird.

Kritik: Kinder mit ADHS werden von den Eltern häufiger vor dem Fernseher „geparkt“, um auch mal Ruhe vor diesen Kindern und für sich selbst zu haben!

ADS/ADHS – was steckt dahinter?

Der Begriff ADS steht für Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit oder ohne Hyperaktivität. Sie gilt heute als häufigste psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen, die sogar bis ins Erwachsenenalter fortbestehen kann. Hinter ADHS

steckt eine Art Fehlschaltung im Gehirn als Folge einer Störung im Stoffwechsel der Neurotransmitter (Nervenbotenstoffe) wie z.B. Dopamin und Noradrenalin. Wie sie entsteht, weiß noch niemand genau. Genetische Faktoren spielen offenbar eine große Rolle.

Die wichtigsten Merkmale sind Unaufmerksamkeit, Überaktivität und unbeherrschtes, impulsives Verhalten. ADHS wird auch als Reizfilterschwäche bezeichnet, weil es den Kindern nicht gelingt, wichtige von unwichtigen Sinnesreizen zu trennen. Erste Zeichen der Störung sind oft schon bei Babys zu beobachten und enden nicht mit dem Erwachsenwerden. Nach internationalen Studien sind etwa 9 Prozent der Jungen und 3 Prozent der Mädchen betroffen.

ADHS-Kinder mit Hyperaktivität – hier sind Jungen im Verhältnis 5 zu 1 in der Überzahl – gelten als Zappelphilipp, Störenfried, Unruhegeist oder Raufbold. ADS-Kinder ohne Hyperaktivität sind eher vom Typ „Hans-guck-in-die-Luft“ oder „Träumsuse“ (hier scheint der Anteil der Mädchen deutlich höher zu sein). Die Kinder trödeln, können nicht richtig zuhören, wirken still, verträumt und übersensibel. Ihre Stimmungen schwanken oft extrem. Sie schalten ihre Ohren „auf Durchzug“, bringen ihre Aufgaben nicht zu Ende, verlieren häufig Spielsachen, Hausaufgaben-Hefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug. Pflichten werden leicht „vergessen“.

Die Intelligenz ist von der Störung nicht berührt, diese Kinder sind nicht dümmer als andere. Dennoch gibt es in der Schule bald massive Schwierigkeiten. Wegen ihrer unberechenbaren Art haben die Kinder außerdem große Probleme, Freunde zu finden.

Koordinator ist der Kinder- und Jugendarzt

Es ist nicht leicht, für das einzelne Kind mit einer ADHS die optimale Behandlung zu finden. Die Leitlinie der Kinder- und Jugendärzte empfiehlt eine „multimodale“ Therapie, d.h. eine Behandlung mit verschiedenen Bausteinen, bei der Aufklärung und Beratung der Eltern im Vordergrund stehen. Die betroffenen Kinder benötigen eine konsequente Erziehung und eine verständnisvolle Unterstützung von Erzieherinnen und Lehrern.

„In Anbetracht des chronischen und wechselvollen Verlaufs ist eine wohnortnahe kontinuierliche, auch kurzfristig zugängliche Betreuung von Patient und Familie nötig. Dies gewährleistet die Möglichkeit der bedarfsorientierten Gesprächstherapie, der Kontaktaufnahme zu Erziehern/Lehrern, der Indikationsstellung zu diagnostischen Maßnahmen, der Durchführung und Kontrolle der medikamentösen Therapie, der Indikationsstellung zu ergänzenden Therapien. – Diese therapeutischen Rahmenbedingungen sind am besten in der kinder- und jugendärztlichen Praxis zu erfüllen. Von dort sollte die multimodale Therapie koordiniert werden in Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilmittelerbringern u.a.“, heißt es dazu in der Leitlinie.

Wie helfen Medikamente?

Zur Behandlung der ADHS stehen mittlerweile mehrere Medikamente zur Verfügung, darunter insbesondere das



seit über 50 Jahren eingesetzte Stimulans Methylphenidat (MPH) in verschiedenen Formulierungen, sowie ein neuerer Wirkstoff namens Atomoxetin (ATX).

Das immer wieder fälschlich als Aufputzmittel bezeichnete Methylphenidat wirkt bei hyperaktiven Kindern keineswegs aufputzend, sondern aktiviert Kontrollzentren: Es gleicht aus, beruhigt und hilft dem Gehirn des Kindes, die Umweltimpulse besser zu verarbeiten. Das Medikament verändert das gestörte Verhalten des Kindes oft auf geradezu dramatische Weise: Von einer auf die andere Stunde verwandelt sich der aufgedrehte Raufbold, der seinen Eltern nur Widerworte gibt, für ein paar Stunden in ein verständiges, altersentsprechendes Kind. Die Aufmerksamkeit steigt, das Kind entwickelt mehr Ausdauer, ist nicht mehr so leicht abzulenken und reagiert auf Anforderungen adäquat.

Diese Verwandlung wird von den Gegnern der medikamentösen Behandlung häufig als „chemische Zwangsjacke“ gedeutet, um das Kind auf die Norm der Erwachsenen zu drillen und ruhig zu stellen. Dabei kann von „Ruhigstellen“ nicht die Rede sein, argumentieren die von der Wirkung überzeugten Eltern, deren Selbsthilfegruppen sich sehr nachdrücklich für diese Therapie aussprechen: Methylphenidat regt die Tätigkeit bestimmter Gehirnregionen an und beeinflusst das Dopamin-System, das für die Kontrolle von Aktivität und Aufmerksamkeit eine Rolle spielt. In vielen Fällen ermöglicht erst die Einnahme des Medikaments, dass Erziehungsmaßnahmen und auch andere Behandlungsmethoden, zum Beispiel eine Verhaltenstherapie, ihre Wirkung entfalten können. Nicht selten kann ein Kind erst dann Freundschaften schließen und ist sozial integriert.

Der ebenfalls verschreibungspflichtige Wirkstoff Atomoxetin zählt nicht zu den Psychostimulanzien und fällt nicht unter das Betäubungsmittelgesetz. Er gehört vielmehr zu den so genannten Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmern. Er hat sich in internationalen Studien ebenfalls als wirksam in der Behandlung von ADHS erwiesen. Atomoxetin wirkt kontinuierlich

über den gesamten Tag, die betroffenen Kinder brauchen es nur einmal täglich einzunehmen.

Studien ergaben: Unter der Behandlung mit Atomoxetin bessern sich nicht nur die Symptome des Kindes, sondern auch die Lebensqualität der ganzen betroffenen Familie. Das Kind fühlt sich besser und selbstsicherer, kann soziale Kontakte zu anderen Kindern knüpfen und ist auch bereit, sich an Familienaktivitäten zu beteiligen. Die Eltern fühlen sich entlastet und finden auch wieder Zeit für sich selbst.

„Die gute Wirksamkeit von Atomoxetin und Methylphenidat ist durch zahlreiche Studien belegt“, konstatiert der Forchheimer Kinder- und Jugendarzt Dr. Klaus Skrodzki, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte. „Sie wirken jedoch unterschiedlich schnell: Während Methylphenidat schon nach wenigen Stunden zur Veränderung der Symptome führt, wird die volle Wirksamkeit von Atomoxetin in der Regel nach vier bis sechs Wochen erreicht“.

Und die Nebenwirkungen?

Das Wachstum der behandelten Kinder wird, entgegen früheren Befürchtungen, durch Methylphenidat nicht beeinträchtigt. Andere Nebenwirkungen sind häufiger, wenn auch meist relativ harmlos: Manche Kinder klagen nach der Einnahme über ein komisches Gefühl im Bauch, Übelkeit, Müdigkeit oder Kopfschmerzen. Eine der Hauptnebenwirkungen ist Appetitlosigkeit. Man kann sie etwas auffangen, wenn man den Kindern ein gutes Frühstück anbietet und sie abends mehr essen lässt. Über Schlafprobleme wird ebenfalls häufiger berichtet. Gleichzeitig bestehende Tics können sich verstärken, selten muss das Medikament deshalb abgesetzt werden. Bei Herz-Kreislaufstörungen in der Familie und beim geringsten Verdacht auf eine solche Störung beim Kind selbst sollte vor der Verordnung von Methylphenidat eine EKG-Untersuchung durchgeführt werden und nötigenfalls eine weitere (kinder-)kardiologische Abklärung erfolgen, empfiehlt die Arbeits-

Hier gibt es mehr Rat und Hilfe

Empfehlenswerte Bücher:

Cordula Neuhaus: „Das hyperaktive Kind und seine Probleme“, Ravensburger, 12,90 Euro

Dr. Elisabeth Aust-Claus und Petra-Marina Hammer: „Das ADS-Buch“, Obersteink Verlag, 19,80 Euro

Die Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte hat auf ihren Internetseiten viele aktuelle Informationen zusammengestellt: www.ag-adhs.de

Auch die Selbsthilfegruppen von betroffenen Eltern beantworten im Internet wichtige Fragen über die Behandlung der Kinder und den täglichen Umgang mit ihnen. Einige Beispiele: www.bv-ah.de, www.bv-auek.de, www.ads-dv.de, neu: www.ADHS-DE.de

Weitere Internetseiten zum Thema:

www.info-adhs.de, www.hypies.de, www.mehr-vom-tag.de, www.zappelphilipp.de, www.ads-hyperaktivitaet.de, www.opti-mind.de

gemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte.

Das Nebenwirkungsprofil von Atomoxetin ist dem von Methylphenidat vergleichbar, sagt Dr. Klaus Skrodzki: „Bauchweh und Übelkeit kommt etwas häufiger vor, Schlafstörungen und Appetitmangel werden seltener registriert, gelegentlich kommt es unter ATX zu Müdigkeit, so dass die Medikation am Abend gegeben werden muss“.

Zu viele „Pillen für den Störenfried“?

Der Vorwurf, aufmerksamkeitsgestörte Kinder werden zu häufig mit Medikamenten behandelt, wird von den ihrer Verantwortung bewussten Kinder- und Jugendärzten sehr ernst genommen. Die Verordnungszahlen in Deutschland haben sich seit 1996 zwar tatsächlich verzehnfacht. Allerdings bestand hier zu Lande nach übereinstimmender Ansicht von Experten lange Zeit eine ungerechtfertigte Ablehnung der medikamentösen Behandlung und eine Unterversorgung der betroffenen Kinder. Nachdem die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie in zahlreichen Studien dokumentiert wurde, gleichen sich die Verordnungszahlen allmählich auch bei uns an die internationalen Trends an.

Eines muss jedoch klar sein: Durch ein Medikament wird die ADHS eines Kindes nicht geheilt, die Probleme können aber deutlich verringert werden. Das Medikament ermöglicht dem Kind, „erreichbar“ zu sein für die Erziehungsmaßnahmen der Eltern, für die Anforderungen der Schule und für andere eventuell notwendigen Therapien.

Lajos Schöne

MPH und ATX – was ist anders?

Erfahrungen:	MPH über 25 Jahre, ATX ca. 4 Jahre
Einstellung der individuellen Dosis:	MPH 2-4 Wochen, ATX bis zu 4-6 Wochen
Zwänge und Tics:	Unter MPH manchmal verschlechtert, unter ATX eher verbessert
Oppositionelles Trotzverhalten:	unter MPH mehr als unter ATX verbessert
Einnahmehäufigkeit:	MPH 2- bis 3mal täglich, bei Ret-Präp 1x tgl, ATX 1(-2)mal täglich
Preis:	Je nach Präparat ATX teurer als MPH

Das Wichtigste gleich vorne weg: Zahngesundheit beginnt beim ersten Zahn! Viele Eltern denken zwar, dass die ersten Zähne nicht so wichtig sind, weil sie nach einigen Jahren sowieso ausfallen. Aber ganz im Gegenteil: Die 20 Milchzähne sind Platzhalter für das bleibende Gebiss. Sind sie tadellos, bieten sie eine 90%ige Chance für lebenslange Zahngesundheit. Deswegen sollten sie von Anfang an gründlich gepflegt werden. Schon die ersten Zähnchen ihres Kindes, die meist zwischen dem fünften und achten Lebensmonat durchbrechen, sollten Eltern jeden Abend vor dem Schlafengehen vorsichtig mit einem Wattestäbchen reinigen. Um das erste Lebensjahr herum, spätestens mit dem Durchbrechen der Backenzähne (etwa 16. bis 18. Lebensmonat), empfiehlt sich die Anschaffung einer speziellen Kinderzahnbürste mit verdicktem Griff. Mit Hilfe der Eltern lernen Kinder nun langsam selbst, die Zähne zweimal täglich zu säubern. Da die Kleinen gern die Großen nachahmen, sollten Mama und Papa sich ihre Zähne möglichst in Anwesenheit ihres Kindes putzen. Und auch die gemeinsame Zahnpflege mit größeren Geschwistern motiviert! Dann ist ein schneller Lernerfolg so gut wie vorprogrammiert. Aber auch wenn das Kind mit Begeisterung allein Zähne putzt, müssen die Eltern die ersten Jahre, etwa bis zur Einschulung, immer noch ein wenig helfen und am Ende gründlich nachputzen. Alle halbe Jahr sollte das „Pflegeergebnis“ vom Zahnarzt kontrolliert werden. Bis zum dritten Geburtstag sollten alle Kinder zudem täglich eine Fluoridtablette erhalten, die 0,25mg Natriumfluorid enthält. Dieses wird über den Speichel in den Zahnschmelz abgegeben und macht ihn hart.

Putztechnik & Zahnpasta ab drei Jahren

Mit drei Jahren sind die Kleinen dann groß genug, um langsam mit richtiger Technik zu putzen. Hier hat sich die KAI-Systematik bewährt: erst alle Kauflächen, dann alle Außenflächen und zuletzt die Innenflächen mit leicht kreisenden Bewegungen reinigen. Ab dem Kindergartenalter darf auch Zahnpasta auf die Bürste, denn mit etwa drei Jahren können Kinder diese zuverlässig ausspucken. Es empfiehlt sich anfangs leicht fluoridierte Zahncreme mit 0,5 g Fluorid pro kg Zahnpasta (0,05%), ab dem Schulalter ist „Erwachsenen-Zahnpasta“ mit etwa 1,0 bis 1,5 g Fluorid pro kg Zahnpasta (0,1 bis 0,15%) sinnvoll.

ZÄHNE

von klein auf richtig pflegen

Süßes & Saures gut im Griff

Die Zähne sollten morgens nach dem Frühstück und abends vor dem Zu-Bett-Gehen gründlich gereinigt werden. Haben Kinder kurz zuvor Obst gegessen oder Saftschorle getrunken, sollten sie vor dem Zähneputzen erst einmal mit Wasser spülen und ein paar Minuten abwarten. Ansonsten kann die Fruchtsäure in Verbindung mit dem mechanischen Reiz den Zahnschmelz angreifen. Generell sollten Süßigkeiten nicht über den Tag verteilt, sondern besser in einem bestimmten Zeitrahmen verascht werden, damit der Zucker die Zähne nicht dauerhaft schädigt. Zuckerhaltige Lollis und Bonbons sind ein absolutes Tabu für gesunde Zähne. Nach einer süßen Mahlzeit sollten Kinder immer Wasser trinken, etwas größere dürfen auch auf ein zuckerfreies Kaugummi zurückgreifen. Es regt den Speichelfluss an und neutralisiert die zahnschädigende Säure im Mund. Nach dem abendlichen Zähneputzen darf grundsätzlich nur noch Wasser getrunken werden.

Herkömmlich oder elektrisch bürsten?

Bei der Frage nach der idealen Zahnbürste für Kinder gibt es weder ein klares Votum für die elektrische Zahnbürste noch für die gute alte Handzahnbürste. Bei beiden „Werkzeugen“ ist eine gute Technik gefragt. Zwar kann eine elektrische Zahnbürste die unzureichende Feinmotorik von Kleinkindern teilweise ausgleichen, aber das Kind muss die Putztechnik noch genauer ausführen als mit der Handzahnbürste: Der Bürstenkopf der elektrischen Zahnbürste ist nur so groß wie ein Zahn. Daher muss die Bürste langsam von Zahn

zu Zahn geführt und hin- und hergekippt werden, um auch in Zahnzwischenräume zu gelangen und alle Beläge zu entfernen. Der Bürstenkopf der Kinderhandzahnbürste erreicht dagegen gleichzeitig 2 bis 3 Zähne. Folglich ist die „Putz-Trefferquote“ für den einzelnen Zahn höher. Wird gründlich mit entsprechender KAI-Technik geputzt, kann aber nach Expertenmeinung zu Hause gern die elektrische Zahnbürste benutzt werden. Sie kann das Kind zur Mundhygiene motivieren und sorgt für Abwechslung sowie Spaß beim Zähneputzen.

Regelmäßig eine Neue

Gleich welche Zahnbürste benutzt wird, wichtig ist es, die Bürste bzw. den Kopf der elektrischen Zahnbürste regelmäßig, d.h. jeden Monat, zu erneuern. Bei fieberhaften und ansteckenden Halsinfektionen wie Scharlach, Pfeifferschem Drüsenfieber oder Grippe muss die Bürste bzw. der Kopf bereits nach 24 bis 48 Stunden ausgewechselt werden, um eine erneute Ansteckung zu vermeiden!

Monika Traute

Weitere Informationen zum Thema „Zahnpflege“ finden Eltern auf der Internetseite des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte unter www.kinderaerzte-im-netz.de.



Fotos: www.digitalstock.de

Keine Angst vorn Kinderarzt

Bei manchen reicht schon die bloße Ankündigung, andere brüllen erst los, wenn der Kinder- und Jugendarzt das Untersuchungszimmer betritt. Eine Untersuchung ist dann oft nicht mehr möglich. Aber es geht auch anders. Die Kölner Diplom-Psychologin und Familientherapeutin Stephanie Busch hat einen Leitfaden entwickelt, der Eltern zeigt, wie sie ihrem Kind die Angst vor dem Arzt nehmen können.

jung+gesund: Ihr Buch heißt „Ohne Angst zum Kinderarzt“. Das hört sich an, als wenn erst mal jedes Kind Arztangst hätte. Ist das so?

Stephanie Busch: Nein, so einfach ist das nicht. Es gibt Kinder, die sind einfach ängstlicher als andere Kinder. Und es gibt Kinder, denen fallen neue, ihnen fremde Situationen grundsätzlich schwer. Jedes Kind reagiert ganz individuell auf einen Arztbesuch.

jung+gesund: Was können Eltern tun, um ihrem Kind die Angst vor dem Arzt zu nehmen?

Stephanie Busch: Das ist abhängig vom Kind selber, also seiner Erfahrung, seinem Wissensstand, seinem Alter, natürlich auch von der Art der Erkrankung. Die Eltern sind ein wichtiger Faktor, um den Kindern die Angst vorm Arzt zu nehmen. Sie sind die Übersetzer ihrer Kinder in der medizinischen Fachwelt.

jung+gesund: Was können sie dem Arzt sagen?

Stephanie Busch: Uns liegt es fern, Ärzte zu belehren, zumal sich in den letzten Jahren da viel getan hat. Wichtig ist aber, dass Eltern darauf achten, dass die Ärzte mit den Kindern sprechen, dass sie eine Beziehung mit den Kindern aufbauen. Und vor allem, dass sie den Kindern genau erklären, was sie machen. So können sie Ängste reduzieren.

jung+gesund: Was können sie dem Kind sagen?

Stephanie Busch: Was man einem Kind sagen kann und wie man mit einem Kinder sprechen sollte, das hängt auch

wieder vom Entwicklungsstand und vom Alter ab. Wichtig ist es auf jeden Fall, die Ängste eines Kindes ernst zu nehmen. Im Buch gibt es viele Beispiele dafür, was passiert, wenn ein Kind schon von Beginn an ein krankheitsängstliches Verhältnis zum Thema Arzt und Krankheit hat. Wenn man dagegen offen, vorsichtig und auf Augenhöhe mit Kindern über Krankheit kommuniziert, können solche Ängste von Beginn an vermieden werden.

jung+gesund: In Ihrem Buch geht es ja um mehr als nur die Überwindung der Angst vor dem Arzt. Eltern sollen ihren Kindern ein gesundes Körpergefühl vermitteln. Was ist das und wie kann man das erreichen?

Stephanie Busch: Ein bewusstes Verhältnis zum eigenen Körper und damit Gesundheitsbewusstsein - bekommen Kinder unter anderem durch Kommunikation: Wenn man mit Kindern ihrem Alter entsprechend über ihren Körper, über Gesundheit und Krankheit spricht, trägt man dazu entscheidend bei. Und wie das funktioniert, das beschreiben wir in unserem Buch.

Das Gespräch führte Regine Hauch

Tipp: Stephanie Busch, Ullrich Noller: **Ohne Angst zum Kinderarzt**

Das Buch erklärt, wie Eltern ihr krankes Kind so über seine Krankheit und deren Behandlung aufklären können, dass es sich keine falschen Vorstellungen macht und unnötig Angst bekommt. Dazu Tipps, wie sie schon dem Kleinkind ein gutes Gefühl für den eigenen Körper geben können und wie Arzt und Eltern das Kind so in ihre Gespräche einbeziehen können, dass das Kind versteht, was mit ihm geschieht.

ISBN-13: 978-3-934333-29-1,
ISBN-10: 3-934333-29-x, € 22,80

NACHGEFRAGT:



Foto: DAK

Mit Gummibärchen und ohne Piek

„Aus Kindern, die Angst vor dem Arzt haben, werden später Erwachsene, die nicht gern zum Arzt gehen – und das hat katastrophale Folgen. Wir Kinder- und Jugendärzte geben uns daher besonders viel Mühe, Kindern die Angst zu nehmen,“ sagt Dr Danilo Kubryk. In seiner Praxis behandelt der Kinder- und Jugendarzt nie allein nur Krankheiten, sondern immer auch die Angst. Dies geschieht durch Desensibilisierung:

„Kinder, die besonders panisch reagieren, werden einfach in kurzen Abständen einbestellt, ohne dass geiekt wird oder sonst irgendwas Negatives passiert. Es geht schnell: 30 Sekunden Zeit für ein paar Worte, Lachen, Winken, Streicheln und 2 Gummibärchen. Der Erfolg stellt sich nach zwei, spätestens vier „Sitzungen“ in 90% der Fälle ein: Das Kind lacht, spielt, die Mutter ist entspannt und der Kinder- und Jugendarzt ebenso. Das Vertrauen ist hergestellt. Dann machen wir die U7 oder U7a oder U8, auf dem Schoß der Mutter. Die körperliche Untersuchung ist ein einziges „Streicheln“, begleitet von beruhigenden Worten: „jetzt „streichle“ ich deinen Kopf, und dann „streichle“ ich den Bauch, super... Und dann gibt 's gleich eine Belohnung“. Kein Gebrüll, das sich zum nächsten Kind ins Nebenzimmer fortpflanzt, kein Klingeln in den Ohren, kein Streß. Alle sind zufrieden.“

Regine Hauch

Herzkrank ein Leben lang

Etwa jedes hundertste Neugeborene in Deutschland kommt mit einem Herzfehler zur Welt, ein Drittel davon mit schweren Herzmissbildungen. Dank des medizinischen Fortschritts können heute bereits Babys operiert werden. Die meisten Kinder mit angeborenen Herzfehlern überleben heute: insgesamt ist die Sterblichkeitsrate seit den 70er Jahren von 50 auf unter 5 Prozent gefallen. Doch viele bleiben herzkrank ein Leben lang und müssen lernen, mit ihrer Krankheit zu leben. So wie Moritz.

Dass etwas mit ihrem Säugling nicht stimmt, sehen Moritz Eltern kurz nach der Geburt. Das Neugeborene ist blau, kurzatmig und trinkt schlecht, typische Anzeichen für einen Herzfehler. Moritz wird ins Duisburger Herzzentrum gebracht. Der Blick mitten ins Herz mit Hilfe von Ultraschall bringt die traurige Gewissheit: zwischen den Herzkammern hat Moritz ein großes Loch. Noch viel schlimmer: die großen Schlagadern sind vertauscht, entspringen an der falschen Seite des Herzens. Dadurch wird das frische, sauerstoffreiche Blut immer wieder zurück in die Lunge gepumpt, das verbrauchte Blut immer wieder zurück in den Körper. Zwei sinnlose, parallele Kreisläufe. Unter den

schweren Herzfehlern ist diese „Transposition der großen Arterien“ eine der häufigsten Herzmissbildungen. Prof. Dr. Otto Krogmann, Chefarzt der Kinderkardiologie am Duisburger Herzzentrum, wo Moritz hingebacht wurde, erinnert sich: „Bei dieser Art von Herzfehlern muss man möglichst schnell handeln. Der Herzfehler muss mit Hilfe einer „Switch“-Operation korrigiert werden, damit das Blut richtig fließt, dass das blaue, sauerstoffarme Blut aus dem Körper in die Lunge gelangt und das rote, sauerstoffreiche aus der Lunge in den Körper und das Kind leben kann.“

Bei dem „Switch“ werden die beiden aus dem Herzen entspringenden Hauptschlagadern, die die Natur vertauscht hat, zurückgesetzt an ihren eigentlichen Platz: die Lungenschlagader von der linken Herzkammer wieder zurück zur rechten, die Hauptkörperschlagader von der rechten zur linken Herzkammer. Was sich so einfach anhört, ist Millimeterarbeit, sagt

Prof. Dr. Arno Krian, Herzchirurg am Duisburger Herzzentrum: „Das Herz eines solchen Neugeborenen ist etwa walnussgroß und die Arterien, die Hauptkörperschlagader und die Lungenschlagader, haben einen Durchmesser etwa von einem Zentimeter, die Herzkranzgefäße sind dünn wie Bleistiftminen. Wir müssen

Unser Herz: rekordverdächtig

Vier Wochen nach der Befruchtung fängt es an zu schlagen. Ein Leben lang schlägt unser Herz und hört erst auf mit dem letzten Atemzug. Pro Tag pumpt es beim Erwachsenen 10.000 l Blut durch ein 100.000 Km langes Gefäßnetz, das den gesamten Organismus mit Nährstoffen und Sauerstoff versorgt. Zum Vergleich: der Rhein ist 1320,8 Km lang von der Quelle bis zur Mündung. Rund 70 mal schlägt das Erwachsenenherz, rund 110 mal das Säuglingsherz pro Minute und stößt dabei mit starken Muskel-Kontraktionen Blut in den Körper. Sehr empfindlich reagiert das Herz auf den jeweiligen körperlichen und emotionalen Zustand. *Regine Hauch*

Foto: www.digitalstock.de



daher mit sehr feinen Instrumenten und Lupenbrillen operieren.“

Fingerspitzengefühl und stundenlange Konzentration bedeutet so ein Eingriff für den Chirurgen und sein Team. Die großen Schlagadern werden dabei umgesetzt, die feinen Herzkranzgefäße verpflanzt. Das Loch zwischen den beiden Kammern ersetzt der Herzchirurg durch einen Flicker aus Plastikgewebe. Damit kann Moritz fast ganz normal aufwachsen. Möglich ist dies durch moderne Medikamente und regelmäßige ärztliche Kontrollen.

Mit neun Jahren wird Moritz zum zweitenmal operiert. Die undichte Klappe zwischen linker Herzkammer und Hauptkörperschlagader wird durch eine künstliche Herzklappe ersetzt. Weil sie nicht mitwächst, muss sie acht Jahre später wieder ausgetauscht werden. Moritz ist jetzt 17. Wieder ist es das Ärzteteam um Prof. Dr. Arno Krian, das Moritz die zu klein gewordene Klappe entnimmt und eine neue Herzklappe mit einem Stück Ader einpflanzt.

Die vorherigen Operationen haben Vernarbungen hinterlassen. Sie erschweren die Operation. Doch Moritz profitiert von den Fortschritten der Erwachsenenherzchirurgie. Während die Switch-Operation heute noch fast genau wie vor 20 Jahren an Neugeborenen durchgeführt wird, haben sich die Techniken, mit denen neue Klappen eingesetzt und vor allem ausgeweitete Gefäße ersetzt werden, in den letzten 15 Jahren stetig verbessert.

Von den ersten Switch-Operationen bis zu dem Einsatz neuer Klappen und Adern: genau in Moritz' Lebenszeit sind die wesentlichen Fortschritte entwickelt worden, die herzkranken Kindern heute in den meisten Fällen ein Weiterleben und Erwachsenwerden sichern.

Auch die Medikamente sind in dieser Zeit stetig verbessert worden. Ein großer Fortschritt bedeutet die neue europäische Arzneimittelverordnung. Durch sie werden in Zukunft spezielle kindergerechte Herzmedikamente entwickelt, hoffen die Experten.

Kinderkardiologen in der ganzen Welt arbeiten an weiteren Verbesserungen, mit denen man zum Beispiel noch früher als bisher, teilweise sogar schon im Mutterleib, angeborene Herzfehler beseitigen kann.

Eine neue große Hoffnung für Kinder mit angeborenen Herzfehlern ist das tissue engineering, bei dem durch Züchtun-

gen von menschlichen Herzzellen etwa neue Herzklappen hergestellt werden. Kinder mit angeborenen Herzfehlern kann man damit vielleicht eines Tages eine fast ideale Herzklappe einsetzen, mit der sie auf blutgerinnende Mittel verzichten können.

Ebenso dringend wie die Weiterentwicklung von Operationstechniken, neuen Medikamenten und körperfreundlichen Ersatzmaterialien ist aber auch die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zwischen Kinderkardiologen und Erwachsenenherzkardiologen. Denn mit Moritz wird nun zum ersten Mal eine Generation von Kindern mit schweren angeborenen Herzfehlern erwachsen. Viele bleiben trotz erfolgreicher Operation ein Leben lang herzkrank und auf Medikamente, häufige Kontrollen und, falls sich ihr Zustand verschlechtert, auch auf weitere Operationen angewiesen. Erwachsenenherzkardiologen kennen sich aber bisher fast nur mit erworbenen, altersbedingten Herzfehlern aus. Sie müssen die speziellen Probleme junger Patienten erst kennen lernen. Am Duisburger Herzzentrum und auch an anderen Herzzentren arbeiten daher heute schon Kinder- und Erwachsenenherzkardiologen eng zusammen. In den nächsten Jahren, so Prof. Dr. Arno Krian, sollen sich Erwachsenenherzkardiologen in speziellen Fortbildungen auf die neuen Aufgaben spezialisieren. Gut für die vielen Tausend Kinder und Jugendlichen mit angeborenen Herzfehlern. Ihr Leben wird mit jedem Fortschritt ein wenig normaler.

Regine Hauch

Ihr Kind ist herzkrank

Die Nachricht „Ihr Kind ist herzkrank“ stürzt die Eltern zunächst in die Krise. Was wird aus unserem Kind? Wie organisieren wir nun unseren Alltag, die Klinikaufenthalte, die Betreuung der Geschwisterkinder, unsere Berufstätigkeit und unsere Partnerschaft. Wer kommt für die ganzen Kosten auf? Antworten auf die vielen Fragen und Hilfe finden betroffene Familien beim Bundesverband herzkranker Kinder (BVHK), Kasinostr. 84, 52066 Aachen Tel.: 0241 / 91 23 32, Fax: 0241 / 91 23 33, bvbk-aachen@t-online.de www.bvbk.de

Der BVHK ist auch Herausgeber der Broschüre Sozialrechtliche Hilfen für behinderte Kinder und ihre Familien. Das kleine Heft erklärt allgemeinverständlich alle sozialrechtlichen Hilfen für behinderte Kinder und ihre Familien.

Z. B.: Was bringt der Schwerbehindertenausweis? Wo beantrage ich Pflegegeld? Wer hat das Recht auf eine Haushaltshilfe? Wer übernimmt Fahrtkosten und Besuchskosten, wenn das Kind in die Klinik muss? Wer hilft ihm bei der Wahl des richtigen Berufs?

Bezug: gegen Briefmarken im Wert von 1,45 Euro beim: Bundesverband Herzkrank Kinder e.V. (BVHK)

Foto: www.digitalstock.de

Von der Kita in die Schule

Viele Kinder können es kaum erwarten, in die Schule zu kommen. Andere sehen dem Abschied von der Kita und dem Übergang in die Schule mit gemischten Gefühlen entgegen.

Als Eltern können Sie Ihrem Kind helfen, den Wechsel von der Kita zur Schule zu meistern.



Wie Sie Ihrem Kind helfen können

Mit Beginn der Schulzeit ändern sich die Anforderungen an Ihr Kind. Das Spiel tritt in den Hintergrund, systematisches Lernen und Arbeiten werden wichtig – auch wenn die Ergebnisse noch lange nicht mit harten Ziffern benotet werden. Manche Eltern sprechen schon lange vor dem Schulstart vom „Ernst des Lebens“, der jetzt beginne. Damit machen sie ihren Kindern eher Angst als Mut. Noch schlimmer ist es, wenn Eltern im Beisein der Kinder mit Dritten über ihre eigenen Befürchtungen reden: „Meine Tochter ist so schüchtern und trödelt immer, da wird sie es in der Schule schwer haben.“

„Eltern sollten ihre eigenen Ängste überwinden und ihren Kindern helfen, neugierig und offen den Schulstart zu erwarten,“ sagt Renate Niesel vom Münchner Staatsinstitut für Frühpädagogik. „Die Anforderungen an Kinder sind groß, wenn sie von der Kita in die Schule wechseln. In der Kita haben sie es wahrscheinlich im letzten Jahr genossen, die „Großen“ zu sein. Das bedeutet Statusgewinn. In der Schule müssen sie lernen, wieder die „Kleinen“ zu sein.“

Sie müssen neue Beziehungen zu Lehrern und Mitschülern knüpfen, sie müssen Abschied nehmen von Erzieherinnen und Kitafreunden. Und sie müssen sich an neue kognitive Aufgaben gewöhnen.“

Wie Kinder, Eltern, Erzieherinnen und Schule gemeinsam für einen gelungenen Übergang von der Kita in die Schule sorgen können, zeigen die Berliner Elterninitiative „Das Tapfere Schneiderlein“ und die Evangelische Schule Lichtenberg. Die Einrichtungen wurden für ihr beispielhaftes Engagement bei der Gestaltung des Wechsels von der Bertelsmann Stiftung

mit dem KiTa-Preis „Dreikäsehoch“ 2005 ausgezeichnet. Beide Einrichtungen halten engen Kontakt zu einander, indem die Kita etwa Schulbesuche und spezielle Elternabende organisiert, um Schwellenängste bei Eltern und Kindern abzubauen oder erst gar nicht entstehen zu lassen. Den „Großen“ bietet die Kita eine spezielle Lern-Werkstatt an, um sie in ihren Kompetenzen zu fördern. Bildung soll nicht erst in der Schule anfangen. Die Erzieherinnen beraten auch die Eltern, damit diese wiederum ihre Kinder bei dem Übergang unterstützen können.

Was Kita-Eltern tun können

Erzieherin Jeannette Seibt: „Vor allem kommt es darauf an, Offenheit gegenüber der Schule zu erzeugen. Dies gelingt nicht dadurch, dass Eltern ihren Kindern mit speziellen Programmen das Lesen, Schreiben oder Rechnen beibringen, sondern indem sie den Kindern Angebote machen, die sie neugierig machen auf die Schule. Das kann gelingen, indem sie mit den Kindern Bücher zum Thema lesen oder indem sie den Kindern Arbeitsmaterialien an die Hand geben.“

Was Schulkind-Eltern tun können

Kinder wollen lernen und freuen sich im Allgemeinen darauf, bald lesen, schreiben und rechnen zu können, sagt auch Beate Sommerfeldt, Direktorin der ebenfalls ausgezeichneten Evangelischen Schule Lichtenberg. Eltern können ihnen dabei helfen, indem sie die Voraussetzungen dafür schaffen. Sie sollten das Kind von früh auf daran gewöhnen,

für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, so dass es später nicht erwartet, dass Mutter oder Vater zusammen mit ihm Hausaufgaben machen. „Kinder können Eigenverantwortlichkeit sehr gut lernen, indem sie etwa für ein Haustier sorgen müssen oder regelmäßig kleine Aufgaben im Haushalt übernehmen,“ so Beate Sommerfeldt. Wichtig für das entspannte Lernen der Kinder sei vor allem die Vermeidung von häuslichen Grabenkämpfen, so die Schulleiterin und rät Eltern: „Sprechen Sie früh und häufig mit den Lehrern Ihres Kindes. Die Lehrer haben eine größere Distanz zu Ihrem Kind, sie wissen auch oft besser, was sie von ihm erwarten dürfen und können ihm deshalb viel besser sagen, was es anders oder besser machen soll. Eltern haben oft übergroße Erwartungen und geben diese als Druck an das Kind weiter. Oder sie machen die Hausaufgaben zu ihrer Sache und stellen sich damit zwischen Schule und Kind. Lern- und Bildungserfolge können Kinder aber nur erreichen, wenn sie eigenverantwortlich und mit Freude lernen.“

Regine Hauch

Noch mehr Infos und Ideen zum Thema unter:

www.kinder-frueher-foerdern.de
www.toolbox-bildung.de

Infos zu Konzepten, Methoden und Erfahrungen der Preisträger und Finalisten des KiTa-Preis „Dreikäsehoch“ 2005 sind in der Dokumentation „Von der Kita in die Schule“ zusammengefasst. Diese kann kostenlos im Projekt „Kinder früher fördern“ unter 05241-8181410 angefordert werden.

Foto: Heidi Velten

In freudiger Erwartung auf unseren Landurlaub singen die Kinder „Onkel Jörg hat einen Bauernhof...“ nach der Melodie von „Old McDonald has a farm“. Dann spielen wir „Ich sehe was, was du nicht siehst“ und lauschen dem Hörspiel „Conni auf dem Bauernhof“, die Zeit verfliegt. Nach zwei Stunden sind wir auch schon da, wir haben unser Ziel im Bayerischen Wald erreicht: Ein gemütlich wirkendes Hotel, idyllisch gelegen, direkt neben einer Pferdekoppel und einer Kuhweide, erwartet uns.

Hotel bestätigt sich als Kinderparadies

Wir haben uns dieses Jahr bewusst für Ferien in einem Familienhotel mit Bauernhof-Anschluss entschieden. Wir wollten raus aus dem Stadtverkehr, gesunde Landluft schnuppern. Gerade für Babys, Kleinkinder und Grundschul Kinder ist das Klima ideal und die kurze Anreise wenig anstrengend. Das Hotel haben wir in einem speziellen Katalog für Familienurlaube gefunden – mit bundesweiten Angeboten von Nord bis Süd, vom zentralen Stadthotel bis hin zu ländlich gelegenen Hotels wie dem unseren. Im Internet werden Eltern unter Eingabe von Stichwörtern wie „Familienhotel(s)“ oder „Kinderhotel(s)“ ebenfalls fündig, auch für Österreich und Italien. Diese Hotels sind komplett auf Familienbedürfnisse zugeschnitten – angefangen bei der Zimmergröße und Ausstattung (z. B. Wickelkommode, Gitterbettchen und Fläschchenwärmer auf Wunsch), über flexible Essenszeiten mit speziellen Kinderbuffets bis hin zu tollen Freizeitangeboten. Für Kinder – gleich welcher Altersgruppe – sind die Familienhotels einfach ein Paradies. Für jeden Geschmack ist etwas dabei, die Kinder finden zudem schnell Anschluss, neue Spielkameraden sitzen direkt am Nebentisch oder wohnen Tür an Tür. Und das Beste für uns Eltern: Man ist unter verständnisvollen Gleich-



Foto: Heidi Velten

Großer Familienspaß – Ferien auf dem Land

URLAUBSPLANUNG:

Endlich – die ganze Familie sitzt im Auto, die Reise kann losgehen. Alle sind bestens gelaunt, denn schließlich fahren wir für zehn Tage in die Ferien.

gesinnten – keiner schaut komisch, wenn das eigene Kind mal seine drolligen fünf Minuten hat.

Auch für die Eltern ist was dabei

Aber nicht nur den Kindern wird ein tolles Programm geboten. Während die Kleinen am Vormittag eines der Freizeitangebote wie z. B. Basteln, Kochen, Zaubern wahrnehmen, den Baby-Club besuchen, den Schwimmkurs meistern, auf Ponys reiten oder einen Bauernhof-Ausflug machen, können Eltern ungestört Zeit als Paar verbringen. Oder sie lassen sich in der angegliederten Wellness-Oase verwöhnen – verschiedene Massageformen und Kosmetikbehandlungen stehen zur Auswahl. Ein großes Hallenbad mit Saunalandschaft bietet ebenfalls ausreichend Entspannungsmöglichkeiten sowie Unterhaltung bei schlechtem Wetter. Wir genießen die ruhige Zweisamkeit bis zum Mittagsbuffet – dank Zimmerservice und Vollpension fallen Wohnungsputz, Einkauf und Kochen weg.

Bauernhof-(Er)Leben hautnah

Am Nachmittag geht es zusammen raus an die frische Luft, die Spaziergänge in die nähere Umgebung lohnen sich für alle Familienmitglieder. Vorbei an herrlichen Wiesen, begegnen wir Stadtmen-schen echten Kühen, Schafen, Pferden, Schweinen und Hühnern. Dann besuchen wir den Bauernhof in unserer direkten Nachbarschaft. Ganz anders als im Zoo können die Kinder auch größere Tiere streicheln und zuschauen, wie eine Kuh gemolken oder ein Pferd gestriegelt wird. Die Kinder dürfen auf einem echten Traktor sitzen, den sie schon so oft in ihren Büchern gesehen haben. Aber in der Realität ist so etwas natürlich viel spannender. Zurück zum Hotel wird noch ein

Zwischenstopp auf dem großen Abenteuer-Spielplatz eingelegt. Während die Kinder sich ordentlich austoben, sitzen wir gemütlich auf der Bank in der Sonne. Nach dem reichhaltigen Abendessen sind wir alle ganz schön platt, so viel frische Luft macht müde. Aber die Landluft tut uns allen gut. Wir können richtig durchatmen, sogar die asthmatischen Anfälle unserer kleinen Tochter sind wie weggeblasen. So gehen wir völlig entspannt früh ins Bett, schlafen uns aus und freuen uns auf den nächsten aufregenden Ferientag, angefangen mit einem ausgiebigen Frühstücksbuffet. Vielleicht nehmen wir morgen einen der angebotenen Familienausflüge wahr und machen eine geführte Wanderung mit gemeinsamem Picknick. – Aber egal, was wir auswählen, eines steht für uns fest: Urlaub in einem speziellen Familienhotel planen wir nächstes Jahr wieder, gleich ob für ein langes Wochenende oder für 14 Tage. Die Erholung und den Spaß gönnen wir uns!

Foto: www.digitalstock.de



Weitere Informationen zum Thema „Reisen mit Kindern“ finden Eltern auf der Internetseite des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte unter www.kinder-aerzte-im-netz.de.

Monika Traute

Wenn Kinder ins Freie streben, warten nicht nur Freunde auf sie: Zecken sind hungrig nach ihrem Blut. Lesen Sie hier, wie Sie Ihre Kinder vor den Gefahren am besten schützen

Vorsicht:

Zecken haben jetzt Hochsaison

Dracula ist geradezu harmlos dagegen: Die kleinen „Vampire“, die jetzt im Wald und auf der Heide ihr Unwesen treiben, können einem das Leben am Busen der Natur gehörig vermiesen. Wegen des milden Winters muss in diesem Jahr mit besonders vielen Zecken gerechnet werden.

Der Gemeine Holzbock (*Ixodes ricinus*), wie die Zecke auch genannt wird, macht seinem Namen alle Ehre. Er kann beim Stechen mit seinem Speichel zwei gefährliche Krankheiten übertragen:

- Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). Ihr Erreger ist ein Virus, das in Zecken bestimmter Gebiete (siehe Kasten) gehäuft vorkommt. Das Virus wird bereits beim Stich unmittelbar übertragen, da es sich in den Speicheldrüsen des Spinnentieres befindet. Die Symptome: Sieben bis 14 Tage nach dem Zeckenstich treten Beschwerden auf, die einer Sommergrippe ähneln. Leichtes Fieber, Kopf-

schmerzen, Magendrücken. Bei den meisten Betroffenen klingen die Symptome ohne Folgen ab. In jedem zehnten Fall flammt jedoch die Krankheit nach einer Woche Pause wieder auf und es entsteht eine hochfieberhafte Erkrankung des zentralen Nervensystems, die von Lähmungserscheinungen begleitet wird. 11 bis 15 Prozent aller FSME-Patienten sind Kinder.

- Die Borreliose, zu deutsch Wanderröte, auch Lyme-Krankheit oder Erythema migrans genannt. Die Erreger sind Bakterien, die im Magen-Darm-Trakt der Zecke leben und ca. 8-20 Std. nach dem Stich und während des Blutsaugens übertragen werden können. Wenn die Zecke schnell entfernt wird, kann eine Infektion häufig verhindert werden. Schätzungsweise zehn bis 30 Prozent aller Zecken sind mit diesen Erregern verseucht, und zwar nicht nur in bestimmten Gegenden, wie von den FSME-Viren, sondern überall. Wird die

Krankheit nicht frühzeitig behandelt, sind lang andauernde, schmerzhaftes Gehirn- und Nervenentzündungen, Gelenk- und Herzentzündungen sowie Lähmungen möglich.

Vor FSME schützt nur die Impfung

Weil es keine ursächliche Behandlung der FSME gibt, bietet allein die vorbeugende Impfung einen wirksamen und sicheren Schutz. Die FSME-Impfung wird zwar umgangssprachlich als „Zecken-Impfung“ bezeichnet, kann aber nicht, wie noch häufig irrtümlich angenommen, Zeckenstiche verhindern, sondern beugt nur der Ansteckung mit den gefährlichen Viren vor. Auch die Bezeichnung Frühsommer-Meningoenzephalitis kann zu Irrtümern führen: Die gefährlichen Blut-sauger werden bereits aktiv, sobald die Temperaturen über acht Grad Celsius steigen. Mit dem Zeckenbefall muss deshalb von März bis November gerechnet werden – in besonders milden Wintern sind Zecken oft das ganze Jahr aktiv.

Die Impfung gegen FSME wirkt nur gegen die FSME-Viren, nicht jedoch gegen die bakteriellen Erreger der Wanderröte. Eine Impfung gegen Borreliose gibt es bisher nicht, sie kann jedoch sehr gut mit Antibiotika behandelt werden.

Wer soll sich gegen FSME impfen lassen?

Das FSME-Risiko hat beängstigend zugenommen: Allein in den letzten beiden Jahren hat sich die Zahl der FSME-Fälle in Deutschland verdoppelt. In den 80er Jahren gab es erst 30 bis 50 FSME-Fälle pro Jahr, im Jahr 2006 erreichte die Zahl der dem Robert-Koch-Institut gemeldeten Erkrankungen den traurigen Rekord von 547 Fällen.

FSME-Gefahr besteht für alle Kinder und Erwachsene, die in den Risiko-Gebieten (siehe Kasten) wohnen oder dort Urlaub machen, wandern, zelten oder ihre Freizeit in der Natur verbringen. Da sich Kinder bei Spiel und Sport – hoffentlich! – besonders viel im Freien aufhalten, sind sie häufiger Zecken ausgesetzt als Erwachsene. So bringen z. B. Kinder in Waldkindergärten besonders häufig Zecken mit nach Hause. Zecken warten aber nicht nur im Wald und an Wiesenrändern auf ihre Opfer, sondern auch in

Wo sind Zecken gefährlich?

Das Risiko einer FSME-Übertragung durch Zecken ist in Deutschland vor allem in Bayern und Baden-Württemberg groß. In Bayern gelten mittlerweile 74 Kreise als FSME-Risikogebiete, in Baden-Württemberg besteht FSME-Gefahr in 39 Kreisen. In Hessen sind acht, in Thüringen sieben und in Rheinland-Pfalz nach wie vor ein Kreis von der gefährlichen Infektionsgefahr betroffen. Experten befürchten angesichts dieser Entwicklung, dass in absehbarer Zeit in Süddeutschland keine FSME-freien Gebiete mehr existieren werden. Einzelerkrankungen treten auch in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen und Sachsen-Anhalt auf.

Im europäischen Ausland gibt es die meisten Infektionen in Russland und Lettland, gefolgt von Tschechien, Slowenien, Westungarn, Litauen, Polen, Estland, Österreich, Südostschweden, Kroatien, der Schweiz und Albanien.

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

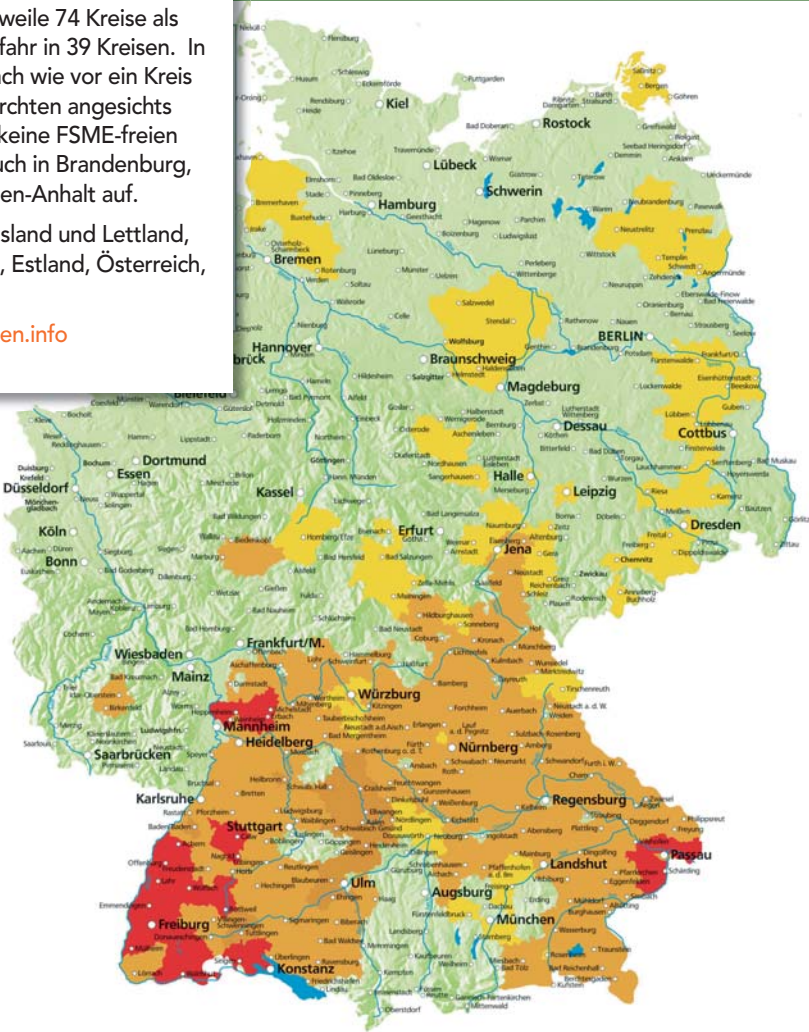


Foto: Baxter/Novartis

städtischen Grüngeländen wie Kindergärten, Stadtparks und auch in Blumengärten und auf Friedhöfen. Leider sind nach Erhebungen des Robert-Koch-Instituts Berlin auch in ausgewiesenen FSME-Risikogebieten nur knapp 12 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren vollständig gegen FSME geimpft.

Drei Piekse wehren Viren ab

Geimpft wird drei Mal: Die ersten beiden Injektionen erfolgen in einem Abstand von ein bis drei Monaten, die dritte Impfung nach weiteren neun bis zwölf Monaten. Die Impfung sollte alle 3 – 5 Jahre aufgefrischt werden. Auch wenn es schnell gehen muss, z.B. kurz vor einer Reise, lässt sich mit modernen Impfstoffen ein guter Schutz aufbauen Ein

Immunschutz ist aber erst ab 14 Tagen nach der zweiten Impfung zu erwarten. Zeitabstände zu anderen Impfungen sind nicht nötig.

Kann man Zeckenstiche verhindern?

Theoretisch ja, nämlich durch eine vollkommen geschlossene Kleidung – aber wer verummelt sich schon derart, mitten im schönsten Sommer? Deshalb ist es besonders wichtig, nach Wanderungen durch Niederholz (Zecken lassen sich nicht von den Bäumen fallen, sondern lauern in Bodennähe bis zu einer Höhe von maximal 1,5 Meter auf ihr Opfer) gründlich zu duschen und den Körper nach Zecken abzusuchen. Sie sind manchmal so winzig, dass sie auf den ersten Blick wie Schmutzpartikel aussehen. Besonders häufig verkriechen sich die Blutsauger in Knie- und Achselhöhle und in der Leistenbeuge. Bei

Kindern finden sie sich auch oft hinter den Ohren.

Hat man eine Zecke entdeckt, sollte man sie am besten mit einer Pinzette oder notfalls mit den Fingernägeln so nahe wie möglich an der Haut greifen und herausziehen. Nicht drehen oder quetschen! Sonst steigt die Infektionsgefahr.

Insekten abwehrende Flüssigkeiten oder Cremes (sogenannte Repellents) enthalten chemische Stoffe oder ätherische Öle. Leider können beide Gruppen Nebenwirkungen haben. Synthetische Mittel wirken zwar länger, können aber Haut und Schleimhäute reizen. Wenn man Naturprodukte benutzen will, muss man sich damit relativ häufig einreiben. Pfefferminzöl kann Augen und Bronchien reizen, Zitronellöl reizt die Haut und muss deshalb stark verdünnt werden, Bergamotteöl erhöht die Lichtempfindlichkeit der Haut. Auch Allergisierungen sind möglich.

Lajos Schöne

Foto: www.digitalstock.de

Zweisprachig gesund genießen

„Hilfe, ich bin zu dick!“ Oft möchte man es laut herausschreien, aber man sagt es nur ganz leise. Übergewicht kann ganz schön unglücklich machen, wenn man jung ist und alle anderen schöner und schlanker sind, und man selbst sich wie eine Wurst in der Pelle fühlt. Man würde ja gerne abnehmen, aber irgendwie klappt nicht. Die Schülerinnen und Schüler der Gesamtschule Herten haben nun die Sache selbst in die Hand genommen und im Rahmen eines Schulprojekts ein kleines deutsch-türkisches Kochbuch für Jugendliche herausgegeben: „Ali und Alicia – Liebe geht durch den Magen“.

Der Detmolder Kinder- und Jugendarzt Fikret Cerci hat das Vorwort und die Einführung ins Türkische übersetzt, denn das Kochbuch der Hertener Schülerinnen und Schüler richtet sich speziell an junge türkische und deutsche Menschen. Es enthält nicht nur einfache Rezepte, sondern auch viel Wissenswertes über Ernährung und zahlreiche Tipps für den richtigen Einkauf und die gesunde Zubereitung der Speisen. Und was zum Lesen und Anschauen gibt's auch: Anders als „normale“ Kochbücher reiht das deutsch-türkische Kochbuch nämlich nicht nur Rezepte aneinander, sondern bettet sie ein in eine schön illustrierte Liebesgeschichte zwischen einem türkischen Jungen und einem deutschen Mädchen. *Regine Hauch*

Ali und Alicia – Liebe geht durch den Magen, ISBN 978-3-00-020008-3, Vigoris Verlag c/o Carmen Mander, An der Kirche 3, 45721 Haltern am See, Fax 02364 / 9490221, 6,95 €

Vorsicht, bissiges Kind!

Kratzen, Beißen, Kneifen und Hauen – für Babys und kleine Kinder ist das alles erst einmal nichts anderes als ein spannendes Spiel. Sie wissen noch nicht, wie sehr sie anderen damit wehtun können. Und wenn die Eltern bei den ersten Malen die spielerischen Attacken auch noch niedlich finden, gewinnt das Kind oft den Eindruck, dass Beißen oder Hauen allen Spaß macht und tut es immer wieder.

Der Angriff auf andere Kinder in der Krabbelstube oder auf dem Spielplatz kann jedoch böse Folgen haben, und das gleich in mehrfacher Hinsicht: Die Eltern der angegriffenen Spielkameraden wehren sich zurecht dagegen, dass ihrem Kind Schmerzen

zugefügt werden. Außerdem ist mit einer Wunde nach einem Kinderbiss nicht zu spaßen. Er muss genauso wie ein Hundebiss vom Arzt behandelt werden, denn Essensreste und Krankheitserreger aus dem Mund können in der Wunde Entzündungen auslösen. Was tun?

Das Kind muss wissen, dass seine Eltern sein Verhalten nicht gut finden. Wenn das Baby Erklärungen noch nicht verstehen kann, sollte man ihm für kurze Zeit die Aufmerksamkeit entziehen, indem man es zum Beispiel auf dem Boden absetzt

und sich abwendet. Erregt das Kind mit seinem Beißspiel keine Aufmerksamkeit mehr, wird das Spiel uninteressant. Bei aggressiven Auseinandersetzungen mit anderen Kindern muss man dem Kind erklären, dass Beißen oder Kratzen wehtut: „Du willst doch auch nicht, dass man Dir wehtut!“

In ihrem empfehlenswerten Ratgeber „Kleine Kinder – große Sorgen?“ (Herder Verlag, 8,90 Euro) bietet Autorin Sabine Laerum einige Handlungsanweisungen, um kleinen Grobianen zu helfen:

- Gewalt sofort stoppen. Bei Kämpfen zwischen Kindern mit einem klaren „Nein“ einschreiten.
- Den Tatort verlassen. Am besten ohne große Erklärung mit dem Kind aus dem Raum oder vom Spielplatz nach Hause gehen. Denn auf Dauer wollen Kinder lieber mit den anderen weiter spielen.
- Nicht mit Aufmerksamkeit belohnen. Im unmittelbaren Streit sollten sich Eltern immer zuerst dem Opfer (dem gebissenen Kind) zuwenden, es trösten und versorgen.

Sollte ein Kind die Mahnungen der Eltern oder das Nein eines anderen Kindes über Wochen in den Wind schlagen und trotzdem beißen, schlagen oder kratzen, braucht es Hilfe. Als erste Anlaufstelle für ein Gespräch bietet sich die Praxis des Kinder- und Jugendarztes an. *Lajos Schöne*

Kennen Sie die Hand-Fuß-Mund-Krankheit?

Der seltsame Name dieser äußerst ansteckenden Kinderkrankheit beschreibt recht genau, wo sich der Krankheitserreger (es handelt sich meistens um das Cocksackie-Virus mit der Nummer A16) ausbreitet: Er befällt Hände, Füße und den Mund, mitunter auch den Afterbereich, und führt zu einem häufig ziemlich schmerzhaften Ausschlag.

Die Krankheit beginnt meist mit mittelschwerem Fieber (38 bis 39,5 Grad) und Halsschmerzen. Dann tritt der Ausschlag auf: Es entstehen kleine, runde Bläschen im Mund und auf den Lippen, gefüllt mit Flüssigkeit. Sie können auch das Zahnfleisch und das Gaumendach befallen. Nach 1 bis 2 Tagen brechen die Bläschen auf und werden zu offenen Wunden. Das kann so stark schmerzen, dass das Kind nichts mehr kauen mag oder das Essen völlig ablehnt. Kurz darauf entstehen auch auf den Handflächen und Fußsohlen, zwischen Fingern und Zehen kleine, drei bis sieben Millimeter große Bläschen, ähnlich den Windpocken. Sie breiten sich kokardenförmig an Fingerkuppen, Fußsohlen und Ferseninnenkanten auf und tun bei jeder stärkeren Berührung weh.

Zum Glück sind die Qualen des Kindes nach etwa fünf Tagen vorbei: Die Bläschen trocknen ein, verfärben sich bräunlich und verschwinden, ohne Narben zu hinterlassen.

Ein Medikament gegen die Krankheit gibt es nicht. Trotzdem sollten die Eltern ihr betroffenes Kind dem Kinder- und Jugendarzt vorstellen, um möglichen (zum Glück sehr seltenen) Komplikationen vorzubeugen. Spülungen mit verdünntem Kamillen- oder Salbeitee können die Bläschen bedingten Schmerzen im Mund lindern. Auch das Lutschen von Eiswürfeln kann helfen. *Lajos Schöne*

Info:

In unserem letzten Heft hatten wir über die Broschüre „Trauma was tun“ berichtet. Dabei haben wir einen Fehler gemacht. Die Broschüre

Trauma – was tun?

gibt's gegen Einsendung von sechs 0,55 Cent Briefmarken an: Institut für Klin. Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln z. Hd. Frau Sharpe, Höninger Weg 115, 50969 Köln [www. TraumaTransformConsult.de](http://www.TraumaTransformConsult.de)

Bei ADHS: Einfach Kind sein – vom Aufstehen bis zum Schlafengehen



- ADHS kann alle **Tageszeiten und Lebensbereiche** eines Kindes betreffen.
- Lilly, eines der bedeutendsten Arzneimittelunternehmen der Welt, forscht an einem **innovativen Wirkstoff** bei ADHS: für einen **geregelten Tag – vom Aufstehen bis zum Schlafengehen** – bei einmal täglicher Einnahme.
- Ziel ist es, dass Kinder **mit ADHS den ganzen Tag ihr Potenzial entfalten** können, ganz sie selbst sind, und das Familienleben entlastet wird.

Fragen Sie Ihren Kinder- und Jugendarzt oder Kinder- und Jugendpsychiater nach den neuen Therapiemöglichkeiten bei ADHS!

Weitere Informationen erhalten Sie auch im Internet

unter **www.info-adhs.de**

oder unter der Telefonnummer

0800-1016385 (Nulltarif)



PM470161

Lilly

Antworten, auf die es ankommt.



Ausgezeichneter Schutz für Ihr Baby – wissenschaftlich bewiesen



- **Verringert das Allergierisiko:** Nestlé BEBA H.A. kann das Allergierisiko Ihres Babys – ähnlich wie Muttermilch – um etwa 50 % verringern. Der Nestlé Schutzkomplex unterstützt die Abwehrkräfte und die gesunde Entwicklung Ihres Babys.
- **Gesicherte Wirkung:** Das allergenarm aufgespaltene Eiweiß in Nestlé BEBA H.A. wurde in über 20 wissenschaftlichen Studien geprüft.
- **Meistverwendet, wissenschaftlich empfohlen:** Von allen H.A.-Nahrungen werden die Nestlé BEBA H.A.-Produkte mit Abstand am häufigsten in deutschen Geburtsstationen verwendet und wissenschaftlich empfohlen.
- **Längste Erfahrung:** Nestlé BEBA hat die H.A.-Säuglingsnahrung vor 20 Jahren erfunden und bis heute ständig verbessert und weiterentwickelt.

Bei Fragen hilft Ihnen unser Babyservice gerne weiter:
Telefon 0 800-2 344 944 (kostenfrei) oder www.beba.de.



Das sichere Gefühl, das Richtige zu tun.