

# jung+geund

## Säuglingsnahrung

**Wie viel Eiweiß braucht mein Baby?**

## Kleinkind

**Trotzphase: Machtkämpfe an der Ladenkasse**

## Vorschule

**Mit Ringelröteln in den Kindergarten?**

## Schulkind

**Kaugummis sind besser als ihr Ruf**

## Jugendliche

**Hörschäden – die neue Epidemie**

## Pneumokokken

**Babys Organe frühzeitig schützen**

**Impfung nicht vergessen!**  
Der BVKJ befürwortet die Impfung gegen die Schweinegrippe!

für Jie, zum  
Mitnehmen

**Ernährung:**

Wieviel Eiweiß braucht mein Baby? ..... 3

**Vorbeugen:**

Pneumokokken ..... 4

**Jugendliche:**

Hörschäden – die neue Epidemie ..... 6

**Schulkinder:**

Schlaues Kauen ..... 8

**Kindergarten:**

Kita-Verbot bei Ringelröteln? ..... 9

**Kleinkinder:**

Trotzphase: Hilfe, mein Kind schlägt mich! ..... 10

**Nachgefragt:**

Erste Hilfe bei Kindern ..... 11

**Stoffwechsel:**

Immer mehr zuckerkranke Kinder – warum? ..... 12

**Gut zu wissen:**

Impfen – warum so viel in einer Spritze? ..... 15

Nasenbluten ..... 15

Ohrlochweiten ..... 15

# jung+gesund

Zeitschrift für Kinder- und Jugendgesundheit

Ratgeber der Kinder- und Jugendärzte

7. Jahrgang, Heft 4, Dezember 2009

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: jungundgesund@schmidt-roehmild.de.

Verlag: Schmidt-Römhild, Mengstr. 16, 23552 Lübeck,

Telefon: 0451/7031-01, Telefax: 0451/7031-253.

Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte – soweit verfügbar – zur Abgabe in der eigenen Praxis kostenfrei.

Fotos: www. fotolia (Titel: Wojciech Gajda, 14), www.dermis.net (1)

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.

© 2009. 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,

der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ e.V.) sieht auch nach der Bundestagswahl die Zukunft einer eigenständigen Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland als nicht gesichert an. Die massive Einmischung der Politik in die Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung durch eine einseitige Bevorzugung der Erwachsenenmedizin und der Allgemeinärzte in Hausarztverträgen nach § 73 b ist auch in der neuen Koalition noch nicht vom Tisch. Die CDU hat sich vor der Wahl nicht eindeutig dafür ausgesprochen, dass die Regelversorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte erfolgen soll. Lediglich die FDP sieht den hohen Stellenwert einer fachkompetenten Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Wir werden sehen, ob der neue Gesundheitsminister Rösler von der FDP neue Wege geht und auf eine qualifizierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch entsprechend weitergebildete Fachärzte setzt. Sowohl die alte Bundesregierung als auch das Oberlandesgericht Bamberg haben in einem Urteil vom 31.08.2009 (3 W 91/09) festgestellt, dass Kinder- und Jugendärzte im Gegensatz zu Allgemeinärzten für die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen besonders qualifiziert sind.

CDU und FDP lehnen in ihren Aussagen vor der Wahl ein Präventionsgesetz zur Verbesserung der primären Prävention ab und verweisen auf die Notwendigkeit der Förderung regionaler Strukturen. Da werden Aufgaben wieder auf die Ebene der Länder und Kommunen verschoben, die schon in der Vergangenheit – von Ausnahmen abgesehen – aufgrund unzureichender finanzieller Ausstattung versagt haben. Der BVKJ fordert eine bundeseinheitliche gesetzliche Vorgabe für den dringend erforderlichen Ausbau der primären Prävention, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Man muss so früh wie möglich beginnen, das haben die Ergebnisse der KIGGS-Studie und des 13. Kinder- und Jugendberichts gezeigt.

Auch die frühe Bildungsförderung durch die Motivierung von Eltern im Rahmen der U6 zum frühen Lesestart ist inzwischen mangels finanzieller Förderung durch Bund und Länder massiv gefährdet. Bildung aber ist der Schlüssel zu gesundheitsbewusstem Verhalten, das zeigen alle Untersuchungen.

Zum dringend notwendigen Ausbau des Kinderfrüherkennungsprogramms haben sich beide Koalitionspartner vor der Wahl nur sehr vage geäußert. Die CDU verweist auf einen weiteren Ausbau des Kinderschutzes und will in der neuen Legislaturperiode das Kinderschutzgesetz erneut einbringen. Die FDP steht für einen effizienz- und qualitätsoorientierten Ausbau der Früherken-

nungs- und Vorsorgeuntersuchungen der Krankenkassen und möchte deren Verbindlichkeit erhöhen. Der BVKJ fordert unverändert eine inhaltliche Umgestaltung aller Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und einen Ausbau im Grundschulalter und bei Jugendlichen. Entsprechende Konzepte des Verbands liegen seit Jahren vor, werden bisher aber nur von einer Minderheit der Krankenkassen umgesetzt.

Beide Parteien lehnen aber Pflichtimpfungen ab, auch wenn Kinder Kindertageseinrichtungen besuchen, in denen bereits Kinder unter 12 Monaten betreut werden, die noch nicht vor den gefährlichen Infektionen durch Masern-, Mumps-, Röteln- und Windpockenviren geschützt werden können. Dies ist nicht im Interesse des Kindeswohls. Der BVKJ fordert hier einen intensiveren Einsatz des Staates für das Kindeswohl.

Die CDU hält die Herausnahme von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten aus der Leistungspflicht der GKV für Patienten nach vollendetem 12. Lebensjahr weiterhin für sozialverträglich, die FDP möchte die Erstattung nicht von der Verschreibungspflicht abhängig machen. Wir verlangen weiterhin die Erstattung aller Präparate, die zum Therapiestandard für Kinder- und Jugendliche gehören.

Es ist absehbar, dass innerhalb der nächsten 5 Jahre eine flächendeckende Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch entsprechend weitergebildete Kinder- und Jugendärzte nicht mehr gesichert ist. Hier muss die neue Bundesregierung dringend gegensteuern, auch durch finanzielle Förderung der Weiterbildung in den Praxen analog der Förderung Allgemeinmedizin. Dies fordert der BVKJ seit Jahren! Es wird aber nicht umgesetzt. Etwa 35 % der aus Altersgründen freiwerdenden Kinder- und Jugendärztpaxen in Deutschland finden keinen Nachfolger mehr, in den neuen Bundesländern ist sogar davon auszugehen, dass bis zu 60 % der Praxen ohne Nachfolger bleiben. Das Durchschnittsalter der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland ist mit über 45 Jahren eines der höchsten in allen Arztgruppen.

Lesen Sie auch unsere aktuellen Informationen unter [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de).

Herzlichst

*W. Hartmann*

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



# Wieviel Eiweiß braucht mein Baby?

Gestillte Kinder haben es gut. Muttermilch ist genau abgestimmt auf die Bedürfnisse des Säuglings in den ersten Lebensmonaten. Sie enthält alle Nährstoffe in perfekter Zusammensetzung, die ein Säugling braucht, um sich optimal zu entwickeln. Forscher haben nun herausgefunden, dass Muttermilch noch einen weiteren großen Vorteil hat: Gestillte Kinder haben es im Wortsinn leichter im späteren Leben.

Mütter wussten es immer schon: Stillkinder nehmen langsamer zu als Kinder, die mit Flaschennahrungen gefüttert werden. Wissenschaftler haben diese Beobachtung zum Anlass genommen und weiter geforscht. Sie haben die Entwicklung gestillter Kinder mit der von „Flaschenkindern“ verglichen und dabei herausgefunden, dass gestillte Kinder auch später im Leben weniger zu Übergewicht neigen als Kinder, die als Säuglinge industriell produzierte Säuglingsmilch bekamen. Seit kurzem weiß man auch, woran das liegt: Muttermilch enthält im Vergleich zu industriell hergestellter Säuglingsmilch weniger Eiweiß. Die Forscher folgerten daraus: Weniger Eiweiß im Säuglingsalter schützt vor späterer Fettleibigkeit.

Seitdem diese Erkenntnis bekannt ist, versuchen die Hersteller von Anfangs- und Folgemilch-Säuglingsmilchen, den Eiweißgehalt ihrer Produkte Anfangs- und Folgenahrungen zu senken, damit „Flaschenkinder“ ähnlich langsam zunehmen wie gestillte Kinder. Damit hofft man, auch ihr langfristiges Risiko von Übergewicht und Fettleibigkeit zu reduzieren.

## Auf die Packungsangaben achten

Inzwischen ist es gelungen, Anfangs- und Folgemilch zu entwickeln, deren Eiweißgehalt ähnlich niedrig ist wie der in Muttermilch und in der trotzdem alle Eiweißbausteine in ausreichender Menge enthalten sind. Im Rahmen eines Forschungsprojekts in 17 europäischen Ländern wurde die neue Milch mit niedrigem Eiweißgehalt getestet. Ergebnis: die Babys, die die eiweißreduzierte Milch bekamen entwickelten sich ähnlich wie gestillte Kinder.

Mit der eiweißreduzierten Milch, die es mittlerweile auch im Handel gibt, haben nun auch nicht gestillte Kinder die Chance, sich optimal zu entwickeln und ihr Risiko für späteres Übergewicht zu senken.

Ganz einfach ist die Suche nach den eiweißreduzierten Milchprodukten jedoch nicht, denn das Angebot an Säuglingsnahrung in den Regalen der Supermärkte ist fast unüberschaubar. Dazu kommt die seit kurzem gültige neue Deklarationspflicht für Säuglingsernährung, die die EU erlassen hat. Deutlich schlanker fallen jetzt die Verpackungen



Foto: © Elena kouipsova-vasic – Fotolia.com

## Eiweißbausteine: schwierige Mischung

Eiweiß für industriell produzierte Säuglingsnahrung stammt – bis auf wenige Ausnahmen – aus Kuhmilch, denn Kuhmilch ist trotz vieler Unterschiede der Muttermilch ähnlich. Sie enthält alle für den Menschen lebenswichtigen Eiweißbausteine (Aminosäuren). Nur leider teilweise in höherem, teilweise in niedrigerem Anteil als in Muttermilch. Damit nun jeder Eiweißbaustein in ausreichender Menge für ein gesundes Wachstum zur Verfügung steht, braucht herkömmliche Säuglingsmilch mehr Eiweiß als Muttermilch. So kommt es, dass nicht gestillte Kinder in den ersten Lebensmonaten mehr Eiweiß aufnehmen als ihre gestillten Altersgenossen. Das zusätzliche Eiweiß, vermuten die Forscher, verändert das normale Hunger- und Sättigungsgefühl und den gesamten Fettstoffwechsel.

der Säuglingsanfangsnahrungen aus, da die Gesetzgebung nur noch wenige Angaben zu den Inhaltsstoffen und deren Wirkung vorsieht. Vor allem dürfen sie nicht mehr Aussagen enthalten wie „Gut für ...“ Damit soll erreicht werden, dass sich Mütter an ihren Kinder- und Jugendarzt wenden, wenn sie nicht stillen wollen oder können. Die Experten besprechen dann mit den Eltern die richtige Ernährung für ihr Baby und beantworten Fragen zur Funktion von Inhaltsstoffen.

Wer ohne ärztlichen Rat Säuglingsanfangsnahrung kauft, muss auf die Herstellerangaben zum Inhalt achten. Beim Eiweißgehalt gilt dann: weniger ist mehr im Fläschchen.

Regine Hauch



# Pneumokokken:

## Babys Organe frühzeitig schützen

Sie sind winzig klein, aber äußert gefährlich: Pneumokokken, genauer gesagt *Streptococcus pneumoniae*. Gut 90 verschiedene Typen des Bakteriums sind bekannt, einige davon sind für unseren Organismus besonders gefährlich, vor allem für kleine Kinder. Pneumokokken fordern nicht nur in armen Ländern viele Menschenleben, auch im hochentwickelten Deutschland sterben heute noch Kinder an den Folgen einer Pneumokokken-Infektion oder tragen Spätschäden davon. Ein unnötiges Leiden, denn gegen Pneumokokken kann man bereits Säuglinge impfen lassen...



Gen ein Unglück im Straßenverkehr oder eine Krebserkrankung in frühen Jahren sind Eltern weitgehend machtlos, aber gegen besonders aggressive Erreger einer Hirnhautentzündung (Meningitis), einer Lungenentzündung (Pneumonie) oder einer Blutvergiftung (Sepsis) können Kinder geschützt werden. Denn bereits Babys können im ersten Lebensjahr gegen Pneumokokken geimpft werden. Noch eine Impfung werden viele Eltern in Hinblick auf den vollen Impfkalender ihres kleinen Lieblings sagen, doch das potenzielle Risiko einer schweren Erkrankung überzeugt vom Nutzen. Natürlich kann mit einer Pneumokokken-Impfung das Risiko einer Lungenentzündung oder Hirnhautentzündung durch andere Erreger nicht ausgeschlossen werden, aber

es minimiert zumindest die Wahrscheinlichkeit für den wichtigsten erheblich.

### Bakterien können zu Lunge und Hirnhäuten vordringen

Übertragen werden Pneumokokken durch Tröpfchen-Infektion, d. h. beim Niesen, Husten, Küssen oder selbst schon beim Sprechen. Vor allem die ganz Kleinen sind – sobald der Nestschutz der Mutter nachlässt – gefährdet. Aufgrund des noch nicht voll entwickelten Immunsystems können Pneumokokken bei kleinen Kindern besonders schwerwiegende Erkrankungen, so genannte invasive Pneumokokken-Infektionen hervorrufen. Die Bakterien können leichter in eigentlich abgeschlossene Bereiche vordringen. Dort können sie lebensbe-

drohliche Entzündungen der Lunge, der Hirnhäute oder eine Blutvergiftung bis hin zum Organversagen auslösen.

In Deutschland erkrankten bis 2006 etwa 1.000 bis 1.500 Kinder unter 16 Jahren jährlich an einer invasiven Pneumokokken-Infektion. Zwei Drittel dieser Erkrankungen traten bereits in den ersten beiden Lebensjahren auf. Eine Pneumokokken-Meningitis ist besonders gefürchtet. Von den rund 200 bis 250 Kleinkindern, die jährlich in Deutschland davon betroffen sind, sterben bis zu 7%. Weitere 10% der Fälle erleiden schwere Komplikationen. Am häufigsten sind Hörstörungen. Es kann aber auch zu Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung oder aufgrund von Narben an den Hirnhäuten zum Auftreten von Krampfanfällen kommen.

Foto: © Tomasz Trojanowski - Fotolia.com

## Symptome unterschiedlicher Natur

Die Symptome einer invasiven Pneumokokken-Infektion sind sehr unterschiedlich – je nachdem, welche Körperregion befallen ist. Im Falle einer Meningitis besteht anfangs ein erkältungsähnliches Unwohlsein, später entwickeln sich starke Kopfschmerzen, oft verbunden mit Lichtempfindlichkeit, Übelkeit, Nackensteife und hohem Fieber. Bei einem schweren Befall der Lunge sind die Atemwege stark angegriffen, es kommt zu Atembeschwerden, begleitet von Fieber und Schüttelfrost. Eine Blutvergiftung äußert sich in hohem, in Schüben verlaufendem Fieber sowie massivem Krankheitsgefühl, fehlendem Appetit, schnellem Puls und beschleunigter Atmung.

## Antibiotika sind immer öfter machtlos

Eine invasive Pneumokokken-Infektion ist immer ein Notfall! Behandelt wird eine Pneumokokken-Infektion mit Antibiotika. In schweren Fällen, wie bei der invasiven Form, ist ein stationärer Aufenthalt notwendig, bei dem die Antibiose intravenös verabreicht wird. Immer mehr Pneumokokken-Typen werden auch in Deutschland resistent, sprechen also auf eine antibiotische Behandlung nicht mehr an. In anderen Ländern stellt sich die Lage bereits dramatisch dar: In Spanien, Portugal und vielen osteuropäischen Staaten sind Antibiotika gegen etwa 30% der Erreger wirkungslos, weltweit sogar bei bis zu 50%. Hinzu kommt, dass die Therapie aufgrund des anfänglich oft unspezifischen Krankheitsbildes häufig zu spät einsetzt.

## Seit 2001 Impfschutz für Säuglinge

Aufgrund der möglichen schweren Symptome und des unsicheren Behandlungserfolgs sollte bei Pneumokokken vorbeugend gedacht werden. Bis 2001 konnte man nur die über 2-jährigen Kinder, die z.B. wegen einer Vorerkrankung ein erhöhtes Infektionsrisiko tragen, mit einer Impfung gegen Pneumokokken schützen, die ganz Kleinen blieben der Gefahr einer Infektion ausgesetzt. Seit einigen Jahren steht aber ein spezieller Impfstoff für Kinder zur Verfügung, der bereits ab Ende des zweiten Lebensmonats verabreicht werden kann und

der gegen sieben verschiedene Pneumokokken-Typen immunisiert.

## Immunisierung gegen mehrere Typen

Von der Wirksamkeit überzeugt wurde die Pneumokokken-Impfung für Säuglinge 2006 von Experten als offizielle Impfempfehlung ins Standard-Impfprogramm aufgenommen – mit durchschlagendem Erfolg: Die Zahl der invasiven Erkrankungen (Meningitiden, Sepsen, schwere Pneumonien), die durch die im Impfstoff enthaltenen Serotypen verursacht werden, nahm hierzulande in der Gruppe der Kinder unter 2 Jahren deutlich ab (in 2008/09 um fast 90%) und auch die Zahl leichterer, Pneumokokken-bedingter Lungenentzündungen ging zurück.

Mittlerweile existieren zwei gut verträgliche Impfstoffe, die gegen sieben bzw. zehn der Pneumokokken-Typen schützen. In Kürze wird ein wirksamer Impfschutz gegen 13 Typen auf den Markt kommen und den 7-valenten Impfstoff ersetzen. Mit der Impfstoff-Palette können Kinder zuverlässig vor den hierzulande gefährlichsten Pneumokokken-Typen geschützt werden.

## Impfung beugt auch Mittelohrentzündungen vor

Doch Pneumokokken greifen nicht nur Gehirn, Lunge und das Blut an. Pneumokokken sind zusammen mit *Haemophilus influenzae*-Bakterien auch die häufigsten Erreger einer akuten Mittelohrentzündung. Entsprechend kann der Pneumokokken-Impfschutz auch Mittelohrentzündungen vorbeugen.

Eine akute Mittelohrentzündung zählt mit zu den häufigsten Gründen für einen Besuch beim Kinder- und Jugendarzt, bei unter 3-Jährigen ist es sogar der häufigste Anlass. Sie beginnt meist plötzlich mit stechenden ein- oder beidseitigen Ohrenschmerzen, Klopfen im Ohr, Fieber, allgemeinem Krankheitsgefühl, Hörminderung und Kopfschmerzen. Bei Babys sollte man auf folgende Anzeichen achten: Säuglinge sind meist unruhig, weinerlich, trinken schlecht und greifen sich oft ans Ohr („Ohrzwang“).

Auch bei einer akuten bakteriellen Mittelohrentzündung werden häufig Antibiotika eingesetzt. Aber aufgrund der zunehmenden Resistenzen steigt hier ebenfalls die Gefahr von Komplikationen. Die Infektion kann sich schlimms-

tenfalls von den Ohren auf Gehirnhäute oder Gehirn ausweiten. Viel häufiger resultieren bei einer Nichtbehandlung aber Einschränkungen des Hörvermögens und somit oft eine verzögerte Sprachentwicklung. Allein aufgrund der möglichen Folgen gehört eine Mittelohrentzündung immer in ärztliche Hände – sie sollte vom Kinder- und Jugendarzt diagnostiziert werden, er leitet dann die notwendigen Therapieschritte ein und reagiert, falls das Antibiotikum nicht anschlägt.

## Alle Kinder bis 2 Jahren impfen

Der Pneumokokken-Impfschutz kann Kinder also vor folgenreichen Infektionen des Gehirns, der Lunge und des Bluts sowie der Ohren bewahren. Durch hohe Durchimpfungsrraten und eine damit verbundene Abnahme von Mittelohrentzündungen und anderen Pneumokokken-Infektionen müssten Antibiotika seltener eingesetzt werden. So wird der Entwicklung von Resistenzen bei den Bakterien entgegen gewirkt und Antibiotika behalten länger ihre Wirksamkeit.

Nach Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Berliner Robert Koch-Institut sollten alle Kinder bis zum zweiten Geburtstag gegen Pneumokokken geimpft werden: Drei-mal im ersten Lebensjahr, beginnend ab dem vollendeten zweiten Lebensmonat (z.B. im Rahmen der U4), und eine vierte Impfung im zweiten Lebensjahr. Lassen Sie sich diesbezüglich von Ihrem Kinder- und Jugendarzt beraten.

Monika Traute

## Oma und Opa auch schützen

**A**lle Personen über 60 Jahren sowie Kinder (> 2 J.) und Erwachsene mit bestimmten Vorerkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes mellitus, Nieren- oder Herzschwäche) sollten ebenfalls gegen Pneumokokken geimpft werden. Denn bei immungeschwächten Menschen – gleich ob aufgrund einer Erkrankung oder wegen des Alters – können Pneumokokken ähnlich wie beim Kleinkind schwere Krankheitsbilder, wie z.B. eine lebensbedrohliche Lungenentzündung oder Blutvergiftung auslösen. Für ältere Menschen sind Pneumokokken zudem besonders gefährlich, weil bei ihnen eine Lungenentzündung untypische Symptome (schleppender Beginn, nur leichte Temperatur, wenig Husten) verursacht und darum oft erst spät erkannt wird.



# Hörschäden

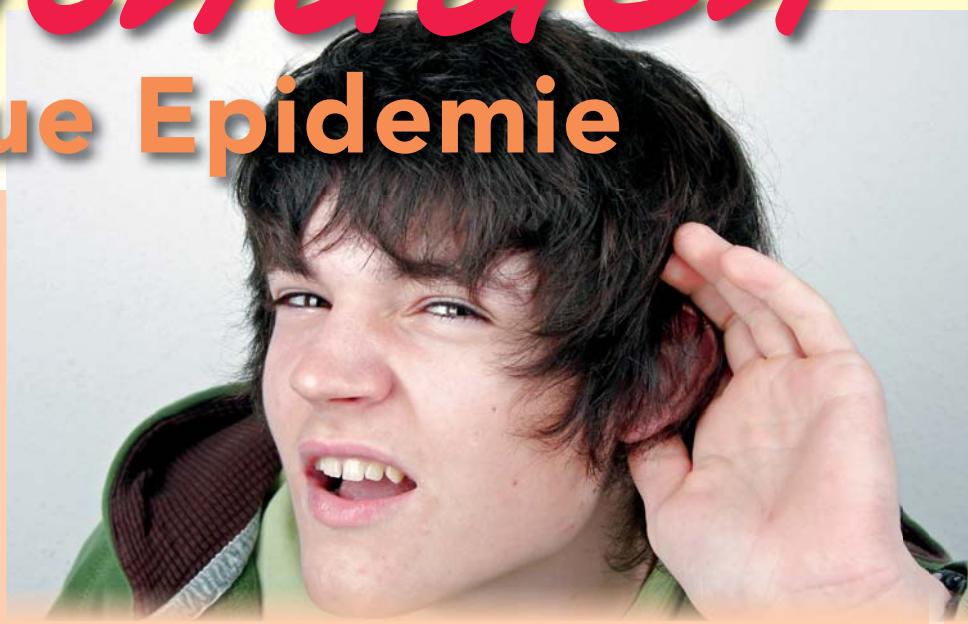
## – die neue Epidemie

**Kinder und Jugendliche brauchen Schutz vor dem Lärm – und zwar auch vor ihrem eigenen!**

Die Frage: „Wie bitte?“ könnte demnächst die Gespräche vieler junger Menschen bestimmen. Nach aktuellen Schätzungen dürfte nämlich schon bald jeder fünfte Jugendliche im Alter von 20 Jahren so schwerhörig sein wie sein Großvater!

Das sind vielleicht schöne Aussichten: Schon heute leiden etwa 14 Millionen Bundesbürger, also etwa jeder sechste, unter Hörschäden. Im Alter über 75 Jahren haben 36 Prozent aller Deutschen Hörschwierigkeiten. Betroffen sind aber auch schon Kinder im Schulalter. Untersuchungen des Umweltbundesamtes (UBA) zum Problem Lärm bei 1.048 Kindern im Alter von acht bis 14 Jahren haben ergeben: Bereits jedes achte Kind weist eine auffällige Minderung der Hörfähigkeit auf. Die Ergebnisse sind alarmierend:

- 12,8 Prozent der Kinder weisen bei hohen und mittleren Tönen (Frequenzbereich eins bis sechs Kilohertz) eine auffällige Hörminderung von mehr als 20 Dezibel (dB) auf mindestens einem Ohr auf.
- Berücksichtigt man nur die Tonhöhen, bei denen sich lärmbedingte Hörverluste zeigen (Frequenzbereich vier bis sechs Kilohertz), so sind 10,6 Prozent der Kinder betrof-



fen. Jungen hören bei diesem Test schlechter als Mädchen.

- 11,4 Prozent der Kinder berichten über vorübergehende Ohrgeräusche (Tinnitus) nach dem Hören lauter Musik.

### Aufdrehen bis der Arzt kommt

Und laute Musik ist heute allgegenwärtig. 44,6 Prozent der Acht- bis Zehnjährigen und 70,3 Prozent der Elf- bis 14-Jährigen hören Musik aus MP3-Playern und anderen Abspielgeräten mit Kopfhörern. Bei den Älteren beträgt die durchschnittliche Hördauer eine halbe Stunde pro Tag. Fünf Prozent von ihnen hören immerhin täglich mindestens zwei Stunden Musik über Kopfhörer. Besonders bedenklich: Den meisten von ihnen kann die Lieblingsmusik nicht laut genug sein. 23,5 Prozent der Gerätebenutzer

geben an, die Musik laut zu hören, wobei 11,4 Prozent von ihnen den Lautstärkeregler immer am oberen Anschlag haben. Das Umweltbundesamt konstatiert außerdem: „Kinder mit niedrigem Sozialstatus benutzen die Geräte länger und hören lauter“.

Foto: © Klaus Eppel - Fotolia.com

### Wie Lärm das Gehör ruiniert

Im Innenohr übersetzen feinste Sinneshärchen den Schall in Nervenimpulse. Ist die Lärmbelastung zu groß, knicken die filigranen Härchen wie gemähte Grashalme. Ist der Krach nur kurz, können sie sich zwar wieder erholen, bei anhaltendem Lärm werden jedoch mehr und mehr Härchen für immer geschädigt. Die Folge:

- Hohe Töne werden kaum noch oder gar nicht mehr wahrgenommen.

### Was ist wie laut?

0 bis 20 Dezibel, dB(A)*	ruhiges Zimmer in der Nacht	wird als Stille empfunden
30 bis 50 dB(A)	Flüstern, ruhiges Zimmer	stört die Schlafqualität
60 bis 80 dB(A)	Unterhaltung, PKW aus 5 m	erhöhtes Risiko fürs Herz, Aufweckreaktion
85 bis 120 dB(A)	Stadtautobahn, Rockkonzert	Beginn der Innenohrschädigung
130 bis 170 dB(A)	Trillerpfeife am Ohr, Spielzeugpistole am Ohr	Schädigung schon bei einmaliger Einwirkung möglich

\* Dezibel A oder kurz dB(A) ist die Maßeinheit für die Stärke des Schalls, bezogen auf das menschliche Gehör



Foto: © Marzanna Syncerz - Fotolia.com

- Es können Dauer-Hörgeräusche wie Summen oder Ohrenpfeifen entstehen.
- In lärmfüllter Umgebung, zum Beispiel in einer Gesprächsrunde, können einzelne Stimmen oder Geräusche nur noch schwer herausgehört werden.

Ein Hörverlust entsteht aber nicht plötzlich, sondern schleift sich im Laufe der Jahre allmählich ein. Deshalb nehmen die betroffenen Kinder und Jugendliche ihre wachsende Schwerhörigkeit oft nicht bewusst wahr. Sie gewöhnen sich mit der Zeit an das langsame Schwinden ihrer akustischen Wahrnehmung.

Doch nicht nur das Gehör leidet: Kinder, die einer ständigen Lärmkulisse von mehr als 68 Dezibel ausgesetzt sind, zeigen typische Zeichen einer Beeinträchtigung des vegetativen Nervensystems. Ihr Organismus schüttet vermehrt das Stresshormon Adrenalin aus. Folge: Die Durchblutung der Haut nimmt ab, die Muskelspannung steigt und Stoffwechselreaktionen werden beschleunigt. Folgen des Lärms sind neben Höreinbußen Bluthochdruck, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen und ein erhöhtes Herzinfarktrisiko.

## Wie laut ist zu laut?

Viele Menschen können schon von Lärmpegeln von etwa 85 Dezibel (dB) aufwärts einen Lärm schaden erleiden, wenn die Geräusche über längere Zeit auf das Ohr einwirken. Zum Vergleich: So laut ist der Lärm eines Lastwagens in fünf Metern Entfernung.

Ein Staubsauger erzeugt 70 dB, auf einer befahrenen Straße werden 80 dB gemessen. Die Erhöhung eines Geräuschpegels um 10 dB wird subjektiv als Verdoppelung der Lautstärke empfunden. Aus den Kopfhörern der Abspielgeräte wird das Ohr mit durchschnittlich 95 dB belastet, jeder dritte Jugendliche beschallt sich aber mit Schalldruckpegeln von über 110 dB. Bei Rockkonzerten im Zuhörerbereich werden zwischen 95 und 105 dB gemessen, in Diskotheken beträgt der gemessene Schallpegel zwischen 96 und 105 dB.

Nicht nur laute Musik gefährdet das Gehör. Auch Motorräder und Lastwagen, Flugzeuge, Schlagbohrer und Schleifgeräte setzen tagtäglich den Ohren zu. Auch Explosionen wie der Knall einer Spielzeugpistole oder eines Silvesterböllers können in Sekunden-

bruchteilen die Hörsinneszellen im Innenohr schädigen.

Bei einer Untersuchung an der Universität Maine wurden in Videospielhallen so hohe Lautstärken gemessen, dass schon 30 Sekunden in den Spielhallen ausreichen, um einen temporären Gehörschaden zu verursachen. Andauernde oder regelmäßige Beschallung mit solchen Lautstärken kann zu bleibendem Hörverlust und/oder Tinnitus führen. In einer der Videospielhallen wurden Lautstärken von bis zu 114 Dezibel gemessen. Der Durchschnitt lag bei 93 Dezibel. In Deutschland ist der Besuch derartiger Spielhallen erst ab 18 Jahren gestattet.

## Gehör schützen – aber wie?

Diskotheiken kann man nicht verbieten, und man kann Kindern und Halbwüchsigen auch die Kopfhörer nicht vom Kopf reißen. Doch genauso, wie man sie vor den Folgen des Rauchens und des Alkohols warnt, sollte man Kinder auch

vor den Gefahren großer Lautstärken warnen. Eine Stunde Musik aus dem Kopfhörer am Tag sollte die Grenze sein.

Die Fachhochschule München hat ein Präventionskonzept mit dem Namen „earaction“ entwickelt, das sich an Kinder und Jugendliche im Alter von zehn bis 20 Jahre richtet. Mit Hilfe einer Lärm-CD soll versucht werden, die Musikhörgewohnheiten dieser Zielgruppe zu verändern. Zahlreiche Experimente lassen die Kinder und Jugendliche erleben, wie das Gehör arbeitet und was die Ohren stresst. Die earaction-Software läuft entweder direkt im Browser (Online-Version) oder kann aus dem kostenlosen Downloadbereich von [www.earaction.de](http://www.earaction.de) heruntergeladen werden.

P.S. Ein Hinweis für Erwachsene: Wer an Protestkundgebungen teilnimmt, sollte sich vorher mit Ohrenstöpseln wappnen. Die bei Demonstranten beliebten Trillerpfeifen erzeugen im Abstand von einem Meter einen Schallpegel von 120 Dezibel!

Lajos Schöne

## Mit Legasthenie leben!



Rechtschreibhilfe  
für Menschen mit Legasthenie oder LRS

## LingCheck

Erhebliche Fehlerreduktion  
beim Verfassen von Texten am PC



Ausgesprochen leistungsfähige  
Rechtschreibprüfung

## Bedeutungswörterbuch mit Wortdefinition

Sprachsynthese zum Vorlesen von Text

## Einfache Installation

Information, Demo, Bestellung: [www.lingit.de](http://www.lingit.de)

Telefonische Bestellung und Support: 0251/ 980 2283  
Kontakt: LingIT Branch Germany, Mendelstr. 11, 48149 Münster

LingIT



# Schlaues Kauen

Kinder lieben Kaugummis. Sie schmecken gut und man kann so schöne Blasen damit machen. Eltern sind manchmal genervt von dem Anblick ewig kauender Kindermünder. „Nimm doch endlich mal den Kaugummi aus dem Mund,“ sagen sie dann. Sollten sie aber nicht. Denn Kaugummis sind nützlich. Sie helfen, die Zähne sauber zu halten, bekämpfen Reiseübelkeit – und sie machen klug.

Mit Pfefferminz- oder Fruchtgeschmack, als Streifen oder kleines Steinchen, mit Zucker, ohne Zucker und mit einer Extraption Calzium, im Papier oder aus der Dose: das Angebot an Kaugummis ist vielfältig und die meisten Kinder und Jugendlichen haben gleich mehrere Lieblingssorten. Die werden durchgekaut, bis sie nach nichts mehr schmecken. Dann wird ein neuer Kaugummi nachgeschoben und der alte entsorgt – hoffentlich in den Müllimer. Dass Menschen und besonders junge Menschen gerne auf etwas herumkauen, scheint ein Urinstinkt zu sein. Jedenfalls wird seit alters her gekaut. Bereits die Römer kauten auf Baumharz herum. Hierzulande wird erst seit dem Ende des 2. Weltkrieges flächendeckend gekaut. Damals brachten die amerikanischen Besatzungssoldaten die berühmten Wrigley-Streifen nach Europa.

Was damals niemand ahnte: So ein Kaugummi kann viel mehr als einfach nur gut schmecken.

## Schlaues Kauen

Kaugummis helfen bei der Konzentration. Wer kaut, bleibt aufmerksam

und wach – jedenfalls länger als ohne Kaugummi. Denn das Kauen beschäftigt nicht nur die Kiefer, sondern auch das Gehirn – ideal beim Hausaufgabenmachen.

Kaugummikauen hilft auch beim Abbau von Stress. Wer Kaugummi kaut, kaut nicht gleichzeitig aus Nervosität auf den Fingernägeln herum. Durch das Kauen verkrampfen sich die Gesichts-, Nacken- und Kiefermuskeln weniger.

Beim Kaugummikauen werden auch die Gesichtsmuskeln gekräftigt und das Kieferwachstum gefördert. Sogar die Sprachentwicklung profitiert davon.

## Gesundes Kauen

Kinder- und Jugendärzte raten, Kindern nach dem Essen einen Kaugummi zu geben – am besten einen zuckerfreien Kaugummi. Durch das Kauen wird vermehrt Speichel produziert, der die schädlichen Bakterien aus der Mundhöhle spült und Karies vorbeugt. Gröbere Essensreste werden durch das Kauen aus den Zahnzwischenräumen und von den Zähnen entfernt. Außerdem regt Kaugummikauen die Verdauung an. Und es hilft gegen Mittelohrentzündungen, weil durch das stete Training der Mund- und Rachenraummuskulatur die Entlüftung der Gehörgänge besser funktioniert.

Im Flugzeug verhindert Kaugummikauen den lästigen Druck auf die Ohren, der beim Landen entsteht.

Mittlerweile gibt es auch spezielle medizinische Kaugummis. Sie helfen gegen Reiseübelkeit oder auch gegen Durchfall und Verstopfung.

## Hilfe: Kaugummi verschluckt!

Die meisten Kinder haben schon einmal einen Kaugummi verschluckt. Halb so schlimm! Der Körper kann Zucker und Zuckeraustauschstoffe des Kaugummis gut verdauen. Die eigentliche Kaumasse wandert durch den Verdauungstrakt und kommt wie alles andere Unverdauliche zuletzt wieder ans Licht.

## Kaugummi-Tipps

Kaugummis können die Mundhygiene unterstützen, aber sie ersetzen nicht den regelmäßigen Gebrauch der Zahnbürste.

Trägerinnen und Träger fester Zahnsplagen sollten keine Kaugummis kauen. Die Kaugummireste können sich an den Spangen festsetzen. Die Beseitigung ist aufwändig und unangenehm.

Kaugummis auf dem Lieblings-T-Shirt? Nach ein paar Stunden im Gefrierfach kann man das kalte Kaugummi leicht abpulen.

Kaugummis aus Zimt nicht regelmäßig kauen. Zimt kann auf Dauer die Mundhöhle reizen und zu Entzündungen führen.

Wer zuckerfreie Kaugummis mag, sollte darauf achten, dass als Zuckeraustauschstoff Xylit verwendet wird. Der schadet dem Zahnschmelz nicht und beugt Karies vor. Kaugummis mit Sorbitol können, falls man zuviel davon kaut, Durchfall verursachen. Und bitte: Mund zu beim Kauen! Regine Hauch

# Kita-Verbot bei Ringelröteln?

Mit Röteln hat die Krankheit nichts zu tun. Dennoch sollten Schwangere vor dem Parvovirus B19 auf der Hut sein



Foto: www.dermis.net

Früher galten Ringelröteln („Erythema infectiosum“) als eine eher seltene Infektionskrankheit. In letzter Zeit werden jedoch Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen in den Wintermonaten häufiger von regelrechten Epidemien heimgesucht. Dann gibt es sofort Diskussionen zwischen Eltern und Erzieherinnen darüber, ob die Kinder, bei denen der typische girlandenförmige Ausschlag aufgetreten ist, zu Hause bleiben müssen oder nicht. Die Antwort gleich vorweg: Sie müssen nicht.

Doch der Reihe nach. Schon aufgrund des Namens werden Ringelröteln sehr häufig mit den Röteln verwechselt. Dabei wird die Krankheit durch einen vollkommen anderen Erreger ausgelöst, durch das Parvovirus B19. Das ist das kleinste für den Menschen gefährliche Virus überhaupt. Es wird durch Tröpfchen in der Atemluft und über verschmierte Hände übertragen.

Etwa eine Woche nach der Ansteckung vermehren sich die Viren im Körper des Kindes, meist jedoch noch ohne äußere Zeichen. Gerade in dieser Zeit ist das Kind aber hoch ansteckend!

## Bunte Schmetterlinge im Gesicht

Ab der zweiten Woche tritt ein Ausschlag auf, mit bläulich-roter, der Schamröte ähnlicher Verfärbung des Gesichts. Die Mundpartie bleibt frei, es entsteht oft die Form eines Schmetterlings. Die roten Bäckchen lassen das Kind aussehen, als wäre es geschlagen worden. Der Ausschlag fühlt sich etwas heiß an, die Haut spannt und juckt in diesem Bereich. Nach ein bis drei Tagen treten die Flecken auch an den Armen und Beinen auf. Sie bilden dabei ringförmige, girlanden- oder netzartige Zeichnungen. Der Ausschlag verschwindet nach etwa sechs bis 10 Tagen.

So lange muss das Kind allerdings keineswegs zu Hause das Bett hüten, be-

tonen pädiatrische Infektionsexperten. Wenn das Kind sich wohl fühlt, braucht es nicht isoliert zu werden, selbst dann nicht, wenn sein Ausschlag mehrere Wochen anhalten sollte. Die Begründung: Mit dem Auftreten des Ausschlags besteht keine Ansteckungsmöglichkeit mehr.

Im Vorschulalter sind zwischen fünf und 10 Prozent der Kinder bereits mit dem Parvovirus B19 in Kontakt gekommen. Die Durchseuchungsrate im Erwachsenenalter liegt bei 60 bis 70 Prozent. Die Infektion hinterlässt übrigens eine vermutlich lebenslange Immunität.

Für die Kinder ist die Krankheit meist harmlos. Eine Impfung gegen Ringelröteln gibt es deshalb nicht. Auch eine ärztliche Behandlung ist nur selten nötig. Zur Linderung des eventuell auftretenden Juckreizes kann der Kinder- und Jugendarzt Salben (Schüttelmixturen) oder Antihistaminika empfehlen.

## Gefahr für schwangere Frauen?

Viele Schwangere, in deren Umgebung Ringelröteln grassieren, fürchten eine Ansteckung und eine Schädigung ihres ungeborenen Babys. Sie sollten wissen: Bis zu 60 Prozent aller Frauen im gebärfähigen Alter sind wegen einer früher durchgemachten, vermutlich längst vergessenen Infektion bereits immun gegen die Krankheit. Das Abschotten vor einem sichtbar an Ringelröteln erkrankten Kind wäre nur von geringem Nutzen, da das Kind vom Auftreten des Ausschlags kaum mehr ansteckend ist.

Der Erreger der Krankheit ist nicht besonders infektiös, das Ansteckungsrisiko in der Schwangerschaft scheint deshalb relativ gering zu sein. Und selbst wenn sich die Schwangere infiziert hat, heißt das noch nicht, dass das Ungeborene ebenfalls erkrankt. Dieses Risiko liegt bei fünf bis 10 Prozent.

Eine mögliche Folge beim Ungeborenen ist zum Beispiel eine Anämie (Blut-

armut), die eine generalisierte Flüssigkeitsansammlung im Körper des Ungeborenen („Hydrops fetalis“) verursachen und dadurch zu einer Fehlgeburt führen kann. Problematisch sind Infektionen der Schwangeren zwischen der achten und 20. Schwangerschaftswoche. In sehr seltenen Fällen kann die Infektion zum Tod des Babys führen. Angeborene Fehlbildungen dagegen, wie sie zum Beispiel bei einer Rötelninfektion der Mutter drohen können („Rötelnembryopathie“), sind bei Ringelröteln nicht zu befürchten.

## Was Erzieherinnen wissen sollten

Wegen ihres intensiven Kontakts mit Kindern ist das Risiko einer Infektion für das Betreuungspersonal einer Kindertagesstätte, für Erzieherinnen und Lehrer etwa fünfmal höher als in der übrigen Bevölkerung. Deshalb gelten für sie nach der Biostoffverordnung seit 2007 besondere Empfehlungen. Das „Deutsche Grüne Kreuz“ präzisiert: „Für Frauen, die keinen Schutz vor Ringelröteln haben, besteht meistens ein vorübergehendes Beschäftigungsverbot bei Auftreten von Ringelröteln in der Kindereinrichtung, und zwar bis drei Wochen nach dem letzten Erkrankungsfall. Da die Ringelröteln jedoch häufig ohne Krankheitszeichen verlaufen und daher gar nicht erkannt werden, empfehlen manche Bundesländer sogar ein Beschäftigungsverbot für die gesamte Dauer der Schwangerschaft“.

Schwangere sollten bei Verdacht auf eine Infektion ihren Frauenarzt aufsuchen. Er kann mit Hilfe einer Blutprobe überprüfen, ob seine Patientin nicht ohnehin immun ist. Tritt eine Infektion ein, sollte das Kind alle 10 Tage mit Ultraschall überwacht werden. Bei Verdacht auf eine Anämie ist eine Behandlung des ungeborenen Kindes mit einer Bluttransfusion möglich.

Lajos Schöne

Trotzphase, Hilfe,  
mein Kind schlägt mich!

## Mit Pantoffeln zum Protest

hr Kind besteht darauf, in Hausschuhen auf den Spielplatz zu gehen. Es will unbedingt mit einkaufen gehen und nicht bei der Oma bleiben, in der Metzgerei will es zwei Scheiben anstatt nur einer Scheibe „Kinderwurst“, es wirft sich brüllend auf den Boden und schlägt nach Ihnen – Willkommen in der Trotzphase!

Wahrscheinlich fragen Sie sich, was aus dem süßen Wesen geworden ist, das Sie eineinhalb Jahre lang angestrahlt hat und immer so lieb und pflegeleicht war. Jetzt bringt es Sie mit Ihren Wutanfällen und seinem Dickschädel man den Rand der Verzweiflung.

### Was passiert in der Trotzphase mit meinem Kind?

Im Trotzalter macht jedes Kind grundlegende Erfahrungen, die ihm im gesamten weiteren Leben helfen werden. Es beginnt meist schon mit zehn bis zwölf Monaten: das Kind zeigt deutlich Wut und Ärger, wenn es etwas nicht bekommt, das es haben will. In diesem Alter lässt es sich jedoch noch relativ leicht wieder beruhigen oder ablenken. Aber genau das verändert sich im so genannten „Trotzalter“. Ungefähr ab dem zweiten Lebensjahr beginnt das Kind sich selbst als eigenständige Person wahrzunehmen. Das ist ganz normal und muss so sein, damit das Kind sich zu einer selbständigen, autonomen

Persönlichkeit entwickeln kann. Die Trotzphase ist also ein wichtiger Meilenstein in seiner Entwicklung. Sie dauert etwa bis zum vierten Lebensjahr. In dieser Zeit löst sich das Kind aus der Verschmelzung mit den Eltern, vor allem der Mutter.

### Böser Wille?

Trotz, Widerstand und Wutausbrüche bedeuten nicht, dass Ihr Kind Sie ablehnt oder dass es bösartig ist, sondern vielmehr, dass Ihr Kind an seiner eigenen Unzulänglichkeit leidet und in seiner Hilflosigkeit panisch reagiert. Es möchte die Welt erobern und kommt nicht einmal in die Schuhe ohne fremde Hilfe, niemand hört auf es und alle wollen über es bestimmen – am meisten natürlich die Mutter. Überall und ständig sind da Grenzen und Widerstände.

Die Probleme in der Trotzphase verschärfen sich noch, wenn zusätzliche „Stressoren“ auftauchen, etwa die Geburt eines Geschwisterkindes oder Beziehungsprobleme der Eltern.

Diese ersten Erfahrungen mit dem eigenen Willen und den Begrenzungen durch die Umgebung werden zu Grund erfahrungen, die das weitere Leben Ihres Kindes prägen werden. Im Idealfall lernt es in dieser Zeit:

- es ist gut, einen eigenen Willen zu entwickeln. Ein eigener Wille hilft mir, eigene Entscheidungen zu treffen und die Konsequenzen dafür auf mich zu nehmen.

- Konfliktsituationen sind nichts wirklich Bedrohliches, sie gehören zum Leben dazu und helfen, Lösungen zu finden.

- ich darf meine Gefühle zum Ausdruck bringen, meine Eltern halten das aus und helfen mir, sie zunehmend in Worte zu fassen.

### Was braucht Ihr Kind in der Trotzphase?

- Auf keinen Fall harte Strafen für sein „Ausrasten“. Kein Lächerlichmachen und Herabwürdigen. Geben Sie Ihrem Kind statt dessen Aufmerksamkeit und Zuwendung, auch wenn Sie selbst aufgebracht und verärgert über sein Verhalten sind.
- Formulieren Sie für sich Grenzen klar und deutlich. Versuchen Sie, Ihrem Kind in ruhigen Momenten diese Grenzen zu erklären. Am besten nicht in endlos langen Erklärungen und Vorträgen.
- Unterstützen Sie Ihr Kind so viel wie möglich in seinen Bestrebungen nach Selbstständigkeit. Bieten Sie Situationen an, in denen Ihr Kind selbstständig sein kann. Nehmen Sie sich Zeit für gemeinsame Unternehmungen, in denen Ihr Kind das Tempo angibt.
- Bleiben Sie unerbittlich, wenn es für Ihr Kind gefährlich wird: im Auto MUSS der Gurt angelegt werden, Schwimmen ohne Schwimmflügel GIBT'S NICHT.

### Was brauchen Eltern in der Trotzphase ihres Kindes

- Wenn Sie sich selbst überfordert fühlen, ziehen Sie rechtzeitig eine Beratung und Hilfe bei. Ihr Kinder- und Jugendarzt kann Ihnen Anlaufadressen nennen.
- Planen sie mehr Zeit für Ihre Tätigkeiten ein. Wenn Sie in Eile einkaufen gehen und das Kind an der Kasse plötzlich einen Wutanfall bekommt, entgleist die Situation schneller als wenn Sie eine „Wutpause“ bereits einkalkuliert haben.
- Wenn Ihr Kind auf offener Straße oder im Geschäft brüllt und tobt und die Umstehenden Erziehungstipps und allgemeine Lebensweisheiten zum Besten geben: bleiben Sie ruhig, erklären Sie freundlich, dass Sie keine Ratschläge brauchen. Regine Hauch

# Erste Hilfe bei Kindern

## Was Eltern wissen müssen

Die meisten Kinderunfälle passieren nicht im Straßenverkehr, sondern zu Hause und in der Freizeit. Bis ein Notarzt oder Krankenwagen am Unfallort eintrifft, vergehen durchschnittlich 10 bis 15 Minuten. In dieser Zeit müssen die anwesenden Erwachsenen Erste Hilfe leisten. Doch wie? **jung+gesund** hat nachgefragt beim Experten für Kindersicherheit, dem Unfallbeauftragten im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und Buchautor („Kindersicher – notfallfit“), Dr. Jörg Schriever.

**jung+gesund:** Was sind die wichtigsten Grundregeln bei Unfällen im Haushalt?

**Dr. Jörg Schriever:** Das kann pauschal natürlich nicht beantwortet werden, da jeder Unfall spezielle Hilfe benötigt.

Um wirklich rasch und effektiv helfen zu können, heißt es zuerst Ruhe bewahren, sich einen klaren Überblick schaffen, was und mit welchen Folgen passiert ist, um dann umgehend besonnen handeln zu können. Dabei hat sich folgendes Vorgehen bewährt:

Feststellen: Ist das Kind ansprechbar – falls nein – atmet es?

Schlägt das Herz, lässt sich ein Puls fühlen? Den Herzschlag fühlt man durch festes Handauflegen unterhalb der linken Brustwarze, den Puls in der Tiefe neben dem Kehlkopf oder vor dem Ohr läppchen.

Zur Atemkontrolle die Hand auf den Oberbauch legen und fühlen, ob sich der Brustkorb bewegt. Oder die Hand oder Wange vor Mund und Nase des Kindes legen und fühlen, ob das Kind ausatmet.

Falls ja, ist das Kind „nur“ bewusstlos. Dann muss es in stabile Seitenlage gebracht werden, bevor die Eltern Hilfe holen.

Ist das Kind ansprechbar, überprüfen, welche Verletzungen vorliegen und entscheiden, ob ärztlich Hilfe erforderlich ist.

Fehlen Puls und Atmung, sollten Eltern die Atemwege und die Mundhöhle kontrollieren, eventuell Fremdkörper entfernen und sofort mit der

Wiederbelebung beginnen und nicht aufgeben, bevor professionelle Hilfe da ist. Das gilt besonders bei Stromschlag und dem Beinahe – Ertrinken Herzmassage: 30-mal das untere Brustbein eindrücken, dann Nase zuhalten und fünfmal von Mund zu Mund beatmen. Säuglinge: Nach Herzmassage nur zweimal beatmen durch Mund und Nase gleichzeitig.

Übrigens: wird bei einer Rauferie oder bei einem Sturz z. B. auf die Lenkstange ein Zahn ausgeschlagen, unbedingt mitnehmen. Er kann in etwas Milch, auch in einem feuchten Tuch zum Zahnarzt transportiert werden oder aber von einem älteren Schulkind sogar im Mund behalten werden. In der eigenen Mundflora überlebt der Zahn am besten, darf natürlich nicht verschluckt werden. Zweite Zähne, wenn Sie komplett mit der Wurzel verloren werden, kann der Zahnarzt einpflanzen. Ebenso lassen sich im Alter bis etwa vier Jahre die Milchzähne mit der Zahnwurzel wieder gut einsetzen.

**jung+gesund:** Was gehört in einen Verbandskasten?

**Dr. Jörg Schriever:** Eine Rolle mit drei Zentimeter breitem Heftpflaster, Pflasterstreifen in verschiedenen Größen, wasserfest, Wundschnellverbände in unterschiedlichen Größen, zwei kleine, zwei mittelgroße und bei größeren Kindern auch große Verbandspäckchen, zwei bis drei unterschiedlich breite Fixiermullbinden, zwei elastische Binden, Verbandsschere, ein Dreieckstuch z. B. für Armschlingen, Sicherheitsnadeln, Fieberthermometer, Mundspatel und vielleicht eine Zeckenzange mit der man auch kleine Fremdkörper fassen kann. In den Kühlschrank gehört ein Kühlkissen.

**jung+gesund:** Wie rufe ich am besten Hilfe?

**Dr. Jörg Schriever:** Im Ernstfall immer über den Notruf 112. In jedem Haushalt sollten aber zusätzlich jederzeit verfügbar sein die Telefonnummern des behandelnden Kinder- und Jugendarztes,



Foto: © shoddy – Fotolia.com

des zuständigen Krankenhauses und die nächste Vergiftungszentrale. Am besten ans schwarze Brett in der Küche hängen, neben den Festnetzapparat und zusätzlich in alle Telefonregister einspeichern.

**jung+gesund:** Was sollte ich bei einem Notruf wissen und melden?

**Dr. Jörg Schriever:** Merken sie sich unbedingt die fünf W's:

**Wo hat sich der Unfall ereignet?**

**Was ist passiert?** Beschreiben Sie den Unfall.

**Wie viele Verletzte?** Nennen Sie die Zahl der Verletzten, bei Kindern unbedingt auch das Alter.

**Welche Verletzungen?** Beschreiben Sie die Schwere der Verletzung – z.B. atmet nicht, hat sich am ganzen Körper verbrüht, Stromschlag.

**Warten Sie auf Rückfragen,** d.h. bis die Rettungsleitstelle Ihnen sagt, dass sie alle Informationen erhalten hat.

**jung+gesund:** Was kann ich tun, um Unfällen vorzubeugen?

**Dr. Jörg Schriever:** Unfälle sind keine Zufälle. Machen Sie Wohnung und Umgebung kindersicher, z.B. an Hand der Checkliste und der Unfallmerkblätter, die Sie im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen von Ihrem Kinder- und Jugendarzt erhalten haben. Was tun, wenn es dennoch passiert? Da gibt es hervorragende Erste-Hilfe-Kurse für Eltern. Viele Kitas bieten sie an. Man kann aber auch direkt bei den Maltesern, Johannitern, dem Roten Kreuz oder einem anderen Hilfswerk nachfragen. Gut ist, wenn Eltern solche Erste-Hilfe-Kurse von Zeit zu Zeit wiederholen, um jederzeit fit für ihren Einsatz zu sein. Regine Hauch

# Immer mehr zuckerkranke Kinder – warum?

**Junge Diabetiker fühlen sich häufig benachteiligt und brauchen mehr Verständnis**

**B**ei der Zuckerkrankheit denken viele von uns zuerst an ältere Menschen. So falsch ist das nicht, denn der größte Teil der rund vier Millionen Menschen mit einer diagnostizierten Zuckerkrankheit in Deutschland hat einen Diabetes des Typs 2, der mit steigendem Alter häufiger wird. Doch unter den 600 000 Deutschen, die am insulinpflichtigen Diabetes des Typs 1 leiden, sind rund 25 000 Kinder und Jugendliche – manche bereits im Babyalter.

Weltweit leben ca. 440.000 Kinder bis zu 14 Jahren mit einem Diabetes. Jedes Jahr wird von mehr als 70.000 neuen Fällen berichtet. Dies entspricht ca. 200 neuen Diagnosen täglich. „Damit ist die Zuckerkrankheit die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindesalter“, sagt Professor Dr. Berthold Koletzko, Stoffwechselforscher der Münchener Universitätskinderklinik und Vorsitzender der Stiftung Kindergesundheit. „Die Rate der Neuerkrankungen steigt weltweit dramatisch an. Sie liegt in Deutsch-

land bei 12,2 Fällen pro 100.000 pro Jahr. Besonders der Anteil jüngerer Kinder wird immer größer“. Die jährliche Zunahme liegt bei Vorschulkindern bei fünf Prozent und bei Kindern und Jugendlichen bei drei Prozent.

Der Typ-1-Diabetes, auch als „jugendlicher“ oder „insulinabhängiger“ Diabetes bezeichnet, ist eine Krankheit, die schon im frühesten Kindesalter auftreten kann. Es ist eine so genannte Autoimmunerkrankung, das heißt, das körpereigene Immunsystem greift die Insulin-produzierenden „Inselzellen“ der Bauchspeicheldrüse an und zerstört sie. Der Körper benötigt den hormonellen Botenstoff Insulin, um Zucker aus der Nahrung in Energie umzuwandeln. Kinder mit Typ-1-Diabetes müssen sich mehrmals täglich Insulin zuführen, um gesund zu bleiben. Ein Diabetes in der Kindheit erhöht das Risiko von Komplikationen wie das frühzeitige Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Folgeerkrankungen wie Erblindung,

Nierenversagen oder neurologische Schäden. Die Lebenserwartung verkürzt sich im Mittel um 10 bis 20 Jahre.

## Rätselraten über die Zunahme

Die genaue Ursache der stetigen Zunahme ist (noch) nicht bekannt, sagt Professor Dr. Anette-Gabriele Ziegler vom Münchener Institut für Diabetesforschung an der Kinderklinik der TU München. In Frage kommen moderne Lebensgewohnheiten, Umweltfaktoren, Geburten mit Kaiserschnitt oder der Rückgang von Infektionen im Kindesalter. Es werden mehrere Hypothesen diskutiert:

**Vererbung.** „Die Gene des Diabetesrisikos werden in größerem Maße weiter vererbt“, so Professor Ziegler. „Es ist noch nicht so sehr lange her, dass Frauen mit Typ 1 Diabetes kaum Kinder bekommen konnten. Vor weniger als 100 Jahren gab es noch kein Insulin und Menschen mit Typ 1 Diabetes sind an ih-

rer Krankheit gestorben. Heute können auch diese Diabetiker ohne weiteres Kinder bekommen. Damit geben sie aber ihre Gene weiter und das Krankheitsrisiko breitet sich aus“.

Dieses Risiko lässt sich in Zahlen darstellen: Das allgemeine Typ 1 Diabetes-Erkrankungsrisiko liegt etwa bei 0,3 Prozent. Das bedeutet, dass drei von 1000 Kindern einen Typ 1 Diabetes bekommen werden. Bei Kindern mit einem von Typ 1 Diabetes betroffenen Verwandten (Vater, Mutter oder Geschwister) liegt das durchschnittliche Erkrankungsrisiko bereits bei etwa 5 Prozent. Kinder aus Familien, in denen bereits mehrere Personen (Vater, Mutter oder Geschwister) an Typ 1 Diabetes erkrankt sind, haben ein Risiko von etwa 30 Prozent. Wenn ein Kind neben einem erkrankten Geschwisterkind oder mehreren betroffenen Verwandten zudem selbst noch bestimmte Vererbungs-Merkmale aufweist, die mit der Erkrankung des Typ 1 Diabetes in Verbindung stehen (so genannte Diabetes-Risikogene), so besteht ein sehr hohes genetisches Diabetesrisiko von etwa 50 Prozent.

Dennoch stammen die meisten neu erkrankten Kinder aus Familien, in denen bisher kein Typ 1 Diabetes aufgetreten war.

**Umwelt.** Professor Anette-Gabriele Ziegler: „Übergewicht, Ernährungsgewohnheiten, Hygienemaßnahmen und Infektionen im Kindesalter beeinflussen sowohl die Entwicklung des Immunsystems als auch den Stoffwechsel und die Insulinempfindlichkeit. Die Veränderungen dieser Faktoren spielen möglicher-

weise bei der Zunahme der Autoimmunerkrankung Typ 1 Diabetes eine Rolle“.

**Ernährung.** Muttermilch hat einen schützenden Effekt. Gestillte Kinder erkranken später seltener an Diabetes, sowohl an Typ 1 als auch an Typ 2. Der Konsum von Lebensmitteln mit Omega-3-Fettsäuren (zum Beispiel fetter See-fisch, Lebertran oder mit solchen Fetten angereicherte Produkte) schon von der frühen Kindheit scheint ebenfalls das spätere Diabetes-Risiko zu senken.

### Spritzen nicht zu umgehen

Die Behandlung zuckerkranker Kinder beruht auf drei Säulen: Auf den Ersatz des fehlenden Insulins, auf der Einhaltung einer kontrollierten Ernährung und auf regelmäßigen, mehrmals durchgeführten Kontrollen der Stoffwechselsituation.

Das fehlende Insulin muss immer von außen durch Spritzen in das Fettgewebe zugeführt werden. Die Dosis des verabreichten Insulins muss der jeweiligen Situation angepasst sein. Bei zu viel Insulin droht die Gefahr eines Schocks durch Unterzuckerung (*Hypoglykämie*), der zu tiefer Bewusstlosigkeit führen kann. Bei zu wenig Insulin sind die Blutzuckerwerte erhöht (*Hyperglykämie*), was schlimmstenfalls ebenfalls zur tiefen Bewusstlosigkeit, zum Diabetischen Koma führt. Solche Entgleisungen des Stoffwechsels wiederum erhöhen das Risiko der an Diabetes erkrankten Kinder, Spätkomplikationen wie Netzhautablösung, neurologische Störungen oder Nierenschäden zu erleiden.

### Nicht nur das Kind leidet

Die Krankheit Diabetes macht die Mutter zur Kontrollperson, die ständig dafür sorgt, dass die Diät eingehalten, die nötigen Tests durchgeführt, die Spritzen gesetzt werden. Eltern stehen

Foto: © Célio Pupo - Fotolia.com



### Mehr Infos im Internet

<http://www.diabetes-kinder.de>  
[www.institut-diabetesforschung.de/Teddy.html](http://www.institut-diabetesforschung.de/Teddy.html)  
[www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de)  
[www.diabetes-kids.de](http://www.diabetes-kids.de)  
[www.ispad.org](http://www.ispad.org)  
[www.diabetes-deutschland.de](http://www.diabetes-deutschland.de)  
[www.teddstudy.org](http://www.teddstudy.org)  
[www.diabetes-point.org](http://www.diabetes-point.org)  
[www.diabetes-world.net](http://www.diabetes-world.net)



Ausführliche Informationen zur TEDDY- und Pre-POINT Studie erhalten Sie per E-Mail:  
[teddy.germany@lrz.uni-muenchen.de](mailto:teddy.germany@lrz.uni-muenchen.de)  
[prevent.diabetes@lrz.uni-muenchen.de](mailto:prevent.diabetes@lrz.uni-muenchen.de)  
 Die Hotline für beide Studien lautet: 0800 – 33 83 339

## Klinik Norddeich

### Familienreha an der Nordsee

Ihr Kind leidet an Asthma oder Neurodermitis? Sie selbst haben Rückenprobleme? In der Klinik Norddeich können Kinder gemeinsam mit ihren Eltern therapiert werden – auch bei unterschiedlichen Erkrankungen. Nutzen Sie unsere langjährige medizinisch-therapeutische Kompetenz, die moderne Ausstattung unserer Klinik direkt am Strand wie auch das allergenarme Nordseeklima zur nachhaltigen Gesundung.

#### Lebensqualität und -freude zurückergangen

Wir behandeln z. B. Atemwegserkrankungen, Allergien, Hautkrankheiten, internistische Erkrankungen, Probleme des Bewegungsapparates oder Adipositas mit zertifizierten und auf Wirksamkeit überprüften Therapien. Wir arbeiten u. a. mit den Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen sowie der Deutschen Rentenversicherung zusammen. Wie Sie, Ihr Kind oder alle zusammen eine Rehabilitation in der Klinik Norddeich erhalten können, erläutern wir Ihnen gerne. **Rufen Sie uns an und bestellen Sie kostenfrei unser Info-Paket.** Wir freuen uns auf Sie!

Tel. 0 49 31 / 9 85-0 [www.klinik-norddeich.de](http://www.klinik-norddeich.de)



Klinik Norddeich  
 Badestraße 15  
 26506 Norden-Norddeich  
[info.klinik-norddeich@dbkg.de](mailto:info.klinik-norddeich@dbkg.de)

Chefarzt:  
 Dr. med. Thomas Drücke  
[tdrueke@dbkg.de](mailto:tdrueke@dbkg.de)



Dr. Becker - gemeinsam gesund

vor dem täglichen Spagat, einerseits liebevolle Erzieher, andererseits konsequente Therapeuten zu sein. Sie müssen ihrem Kind einerseits die Freiheit lassen, die es dringend braucht, andererseits müssen sie aber den kleinen Diabetiker dauernd überwachen.

Es ist meist die Mutter, die ständig an alles denken muss: An die vielen genau überlegten Mahlzeiten. An die vier bis fünf Blutzuckermessungen pro Tag (dabei wird mit einer Lanzette in eine Fingerkuppe gestochen und ein kleiner Blutstropfen auf einen Teststreifen aufgetragen). An die täglichen drei bis vier Insulininjektionen in Bauch oder Bein. An das Führen eines Diabetiker-Tagebuchs mit allen Daten.



Foto: © Monika Adamczyk - Fotolia.com

Besonders belastend ist dabei die Situation für Mütter und Väter von sehr jungen Kindern, die den Sinn der vielen therapeutischen Maßnahmen noch nicht verstehen können und sich deshalb häufig mit aller Gewalt widersetzen. Welche Kraft Mütter dazu brauchen, zeigt das Ergebnis einer Umfrage bei über 500 Familien über die Auswirkung der Zuckerkrankheit eines Kindes: Nahezu alle Mütter der jüngeren Kinder und die Hälfte der Mütter älterer Kinder haben nach der Diagnose „Diabetes“ bei ihrem Kind ihre Berufstätigkeit aufgegeben und auch nicht wieder aufnehmen können.

Kinder mit Diabetes sollten wie alle anderen in einen Kindergarten gehen und die Schule besuchen. Größeren Kindern ist es allerdings oft peinlich, Diabetiker zu sein. Sie möchten nicht auffallen

und niemanden von ihrem Diabetes wissen lassen. Besonders die „Null-Bock-Phase“ der Pubertät stellt die Eltern vor eine gewaltige Herausforderung. Die Teenager rebellieren gegen den täglichen Zwang von Blutzuckerkontrollen, Spritzen und Einschränkungen beim Essen und Trinken. Damit gefährden sie aber die so wichtige Einstellung ihres Stoffwechsels.

## **Vorurteile und Mobbing in der Schule**

Die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) beklagt: „Kinder mit Diabetes fühlen sich in der Schule häufig benachteiligt. Dabei liegt das selten an der Krankheit selbst, sondern vielmehr am Verhalten der Lehrer und Mitschüler gegenüber der Krankheit: Das ist von Unwissenheit, Übervorsicht und Vorurteilen geprägt. Immer wieder kommt es vor, dass Kinder mit Typ 1 Diabetes vom Sport und Schulausflügen ausgeschlossen werden und im Schulalltag auf sich allein gestellt sind. Dabei sind viele Kinder mit Diabetes Typ 1 kleine Experten ihrer Krankheit: Sie wissen, wann sie Blutzucker messen müssen, wann und wie viel sie spritzen sollten. Sie benötigen daher keine aufwändige Betreuung, sondern vor allem Verständnis, Freiräume und Unterstützung während der Schulzeit“. Die AGPD betont: Erzieher und Lehrer müssen über das Problem des Kindes informiert sein. Sie hat dazu Informationsbroschüren aufgelegt, die ein gegenseitiges Verständnis und die Abstimmung mit den Betreuern unterstützen sollen. Man findet sie im Internet unter [www.diabetes-kinder.de](http://www.diabetes-kinder.de).

## **Neue Studien – neue Hoffnung**

Seit einigen Jahren läuft am Institut für Diabetesforschung München sowie an fünf weiteren Studienzentren in Finnland, Schweden und den USA eine der größten internationalen Studien zu den Ursachen des Typ 1 Diabetes: Die Studie TEDDY (The Environmental Determinants of Diabetes in the Young) möchte die umweltbedingten Ursachen des Diabetes bei Kindern aufdecken. Deshalb bietet sie für Neugeborene bis zu drei Monaten deutschlandweit eine kostenlose Typ-1-Diabetes-Risikountersuchung an. Die Eltern können sich auf diese Weise über das individuelle Risiko ihres Neugeborenen informieren.

Stellt das Institut für Diabetesforschung ein erhöhtes Risiko fest, kann das Baby am zweiten Teil der TEDDY-Studie teilnehmen. Hier untersucht das Institut für Diabetesforschung das Kind regelmäßig und sammelt umfassend Daten zu Infektionen, Lebens- und Essgewohnheiten.

Insgesamt werden in der TEDDY Studie 7000 Kinder nachuntersucht; über die Hälfte der Kinder ist bereits in die Studie aufgenommen. In Deutschland werden noch weitere Babys zur Teilnahme an der TEDDY-Studie gesucht. Werdende Mütter, die ihr Baby auf sein individuelles Typ 1 Diabetes-Risiko testen lassen möchten, erhalten nähere Informationen bei: Forschergruppe Diabetes, TEDDY-Studie, Kölner Platz 1, 80804 München, Hotline 0800-33 83 33 9 (gebührenfrei), E-Mail: [teddy.germany@lrz.uni-muenchen.de](mailto:teddy.germany@lrz.uni-muenchen.de)

Die Pre-POINT-Studie ist eine weitere internationale Studie. Sie soll die Frage klären, ob man durch eine vorbeugende Behandlung mit Insulin die Entstehung des Typ-1-Diabetes bei Kindern mit einem hohen familiären und genetischen Risiko verhindern kann. Auch für diese Studie werden noch Teilnehmer gesucht. In Deutschland wird die Studie von der Forschergruppe Diabetes der TU München durchgeführt. Die Studie richtet sich an Kinder im Alter zwischen 2 und 7 Jahren, die entweder ein Geschwisterkind mit Typ-1-Diabetes oder zwei erstgradig Verwandte (Mutter und Vater, ein Elternteil und ein Geschwisterkind oder zwei Geschwisterkinder) mit Typ-1-Diabetes haben. Weiterführende Informationen gibt es bei der Forschergruppe Diabetes der TU München, Leitung: Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler, Kölner Platz 1, 80804 München, Studienkoordinator: Dr. med. Peter Achenbach, Tel: 089 3068 5578, E-Mail: [Peter.Achenbach@lrz.uni-muenchen.de](mailto:Peter.Achenbach@lrz.uni-muenchen.de)

Professor Dr. Anette-Gabriele Ziegler ist besorgt über die steigenden Diabetes-Zahlen: „Gerade bei diesem Anstieg an Neuerkrankungen und der beunruhigenden Prognose für die nächsten Jahre dürfen wir die Hände nicht in den Schoß legen. Wir müssen versuchen, die Ursachen von Typ-1-Diabetes zu erforschen und so die Welle an Erkrankungen bei Kindern aufzuhalten. Deshalb hoffen wir, dass möglichst viele Eltern mit ihren Neugeborenen an der TEDDY-Studie teilnehmen. Denn nur mit einer hohen Teilnehmerzahl können wir von den Daten Rückschlüsse auf die Ursachen ziehen“. *Lajos Schöne*

## Impfen – warum so viel in einer Spritze?

Kinder- und Jugendärzte, die vor der Impfung eines Babys die Eltern über die Notwendigkeit von Impfungen aufklären, werden immer wieder mit der Frage konfrontiert: „Warum soll schon ein winziges Baby, kaum einige Wochen auf der Welt, mit gleich fünf oder sechs Impfstoffen in einer Spritze geimpft werden? Wird sein zartes Immunsystem dadurch nicht überfordert?“

Die Antwort lautet eindeutig: Nein. Jedes Kind kommt schon unmittelbar nach der Geburt ständig mit neuen Keimen, Krankheitserregern und Antigenen in Berührung und beginnt so, zunehmend sein eigenständiges Abwehrsystem gegen die verschieden-

ten Krankheiten aufzubauen. Das Immunsystem des Kindes ist in der Lage, sich gleichzeitig mit mehreren Erregern auseinanderzusetzen. Impfstoffe machen nur einen kleinen Bruchteil dieser täglichen Auseinandersetzung aus. Sie schädigen keineswegs das Immunsystem, eher im Gegenteil: Sie stimulieren es.

Die heute empfohlenen Impfungen für Kinder enthalten übrigens wesentlich weniger Antigene als die früheren. Die Routineimpfungen des Jahres 1960 enthielten zum Beispiel noch rund 3.200 Antigene, während heutigen Impfungen nur noch etwa 50 Antigene enthalten. Dieser Fortschritt konnte durch die Ausrottung der Pocken, den

Foto: © Jamie Duplessis - Fotolia.com



Verzicht auf die Tuberkuloseimpfung (BCG) und durch verbesserte Impfstoffe z. B. gegen Keuchhusten erreicht werden.

Die Verträglichkeit und Wirksamkeit von Mehrfachimpfungen wurde schon in vielen Studien untersucht. Sie unterscheidet sich nicht von Impfstoffen, mit denen nur vor einer Krankheit geschützt wird. Ihr großer Vorteil dagegen: Es sind wesentlich we-

niger Injektionen notwendig. So werden mit Hilfe eines Sechs-fach-Impfstoffes bei der Grundimmunisierung nur noch sieben statt 32 Injektionen benötigt. Dr. Gunhild Kilian-Kornell, Kinder- und Jugendärztin in Starnberg und Chefredakteurin dieser Zeitschrift: „Babys sind doch keine Nadelkissen. Mit Hilfe der Mehrfachimpfstoffe können wir den Kindern unnötige Schmerzen ersparen“. LS

## Neu, hässlich, gefährlich: Ohrlochweiten

Auf der Suche nach neuen Einnahmequellen sind Piercingstudios auf eine neue Idee gekommen: Ohrlochweiten. Und viele Teenies finden es cool. Sie lassen sich große Löcher in die Ohren bohren, um dicke Stifte, Pflöcke und so genannte Fleshtunnels darin zu befestigen. Wo das Taschengeld nicht reicht, wird das Ohrloch eigenhändig geweitet. Den meisten Teenies sind die Gefahren des Ohrlochweitens nicht klar. Eltern sollten ihnen eindringlich klar machen:

- Beim Weiten entstehen oft schwerwiegende Verletzungen. Das Gewebe reißt unter der Spannung der Dehnung und entzündet sich, bei der Abheilung entstehen Narben. Später im Leben, etwa durch Diabetes und andere Krankheiten, die die Durchblutung stören, kann es zum Absterben des Gewebes kommen.
- Geweitete Ohrlöcher sind anders als kleine Piercings oder Ohrlöcher eine bleibende und auffallende Veränderung. Spätere Arbeitgeber oder Kunden finden das in der Regel nicht schön.
- Rückgängig machen ist fast unmöglich. Das große Loch einfach auf der Vorder- und Rückseite zunähen – so einfach geht das nicht. Ein plastischer Chirurg muss den Kanal vorsichtig von innen nach außen verschließen. Die Kosten dafür – mehrere hundert Euro – übernimmt nicht die Krankenkasse. Und: das „ausgeleerte“ Ohrläppchen bleibt in jedem Fall.

## Nasenbluten – Kopf nach vorn & Kaltes in den Nacken

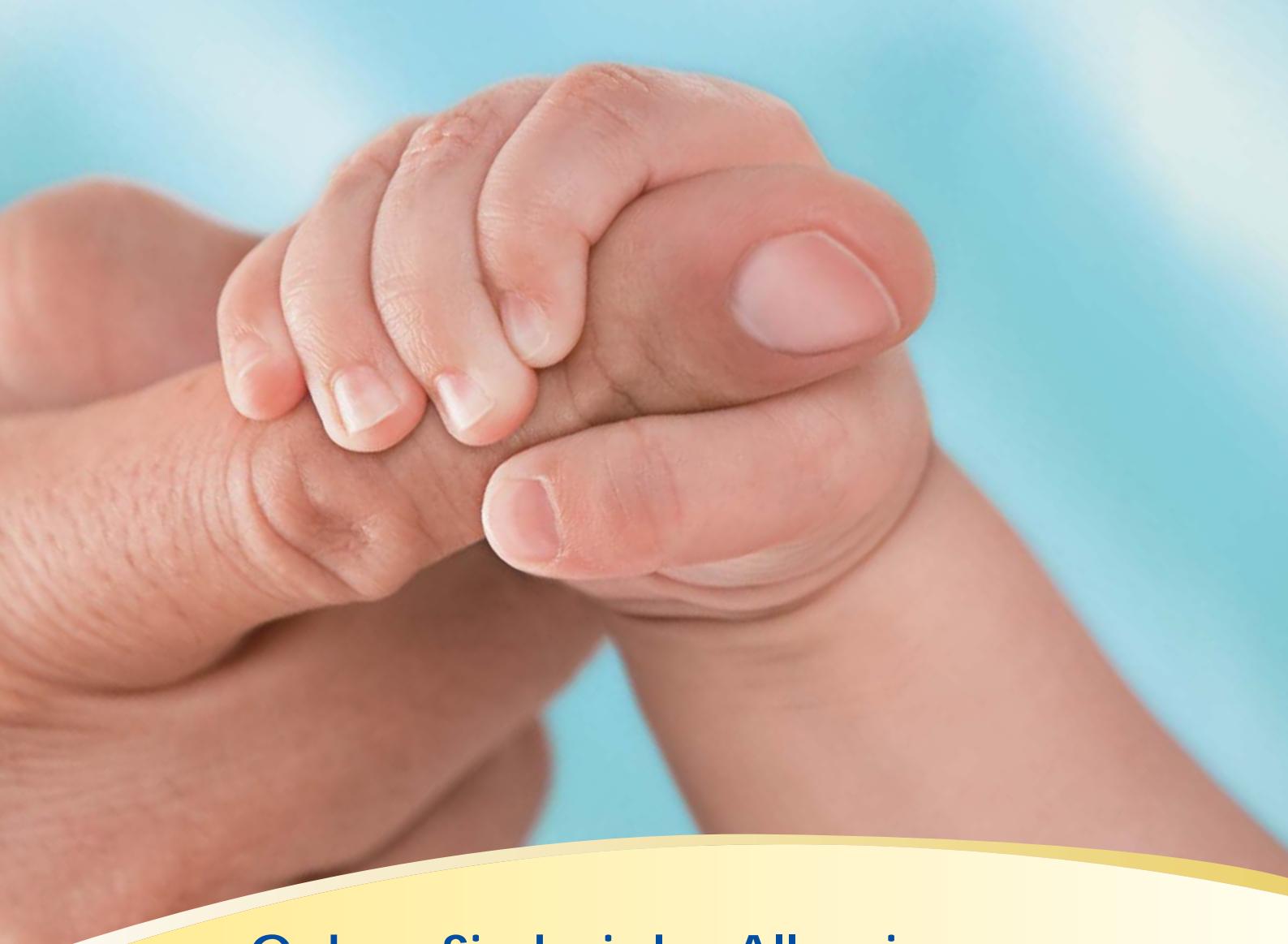
Bei Nasenbluten sollte man sich aufrecht hinsetzen oder zumindest den Kopf hochlagern, um den Blutdruck im Kopf zu verringern, und den Kopf nach vorne (!) hängen lassen. Eine effektive Maßnahme zum Stoppen der Blutung ist das Zusammendrücken der Nasenflügel für einige Minuten. Unterstützend kann man einen kalten Lappen oder ein Kühl-Pack in den Nacken legen. Die Blutgefäße ziehen sich zusammen. Diese Erste-Hilfe-Maßnahmen sollten die Blutung im Normalfall schnell zum Stillstand bringen. Blutet die Nase nach 15 Minuten immer noch, droht ein zu hoher Blutverlust. Das betroffene Kind muss umgehend zum Arzt! Ebenso, wenn die Blutung außergewöhnlich stark ist oder die Nase sichtbar verletzt ist.

Auf keinen Fall sollte man bei Nasenbluten den Kopf in den Nacken legen! Dadurch

läuft das Blut nach hinten in den Rachen und durch die Speiseröhre in den Magen. Das kann zu Übelkeit und Erbrechen führen. Außerdem besteht die Gefahr, dass das Blut in die Atemwege gerät. Das ist besonders gefährlich, wenn der kleine Patient ohne Bewusstsein ist.

### Wiederholtes Bluten ärztlich abklären lassen

Bei wiederkehrendem Nasenbluten ist es ratsam, einen Termin beim Kinder- und Jugendarzt auszumachen, um die Ursache der erhöhten Blutungsneigung abzuklären. Nasenbluten tritt bei Kindern oft entwicklungsbedingt auf, ist also meist harmlos. In einigen Fällen kann es aber auch auf eine ernsthafte, dringend behandlungsdürftige Erkrankung hinweisen. Beispielsweise kann es sich um ein mögliches Frühsymptom einer Aortenisthmusstenose handeln (weitere Infos unter: [www.bvhk.de](http://www.bvhk.de)). MT



## Gehen Sie bei der Allergievorsorge auf Nummer sicher!

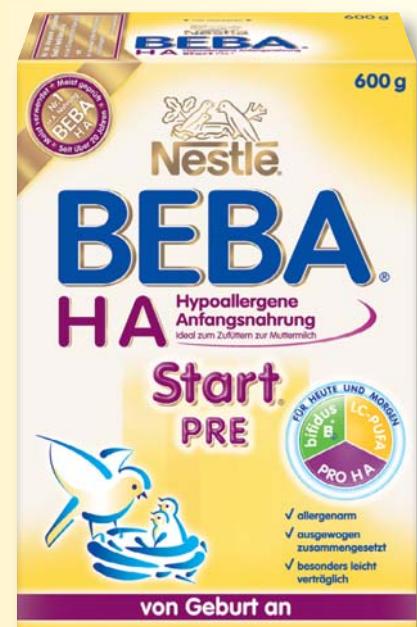


Für allergiegefährdete Babys, die in den ersten 6 Monaten nicht voll gestillt werden, empfehlen wissenschaftliche Fachgremien nur HA-Säuglingsnahrung, deren schützende Wirkung in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen ist.

Nur Beba HA mit dem allergenarm gespaltenen Eiweiß PRO HA bietet Ihnen die Sicherheit aus 15 wissenschaftlichen Studien, das Allergierisiko – ähnlich der Muttermilch – um bis zu 50% zu verringern.

Eine allergievorbeugende Wirkung bestätigt zusätzlich die weltweit größte Allergiepräventionsstudie GINI.

**Wichtiger Hinweis:** Stillen ist das Beste für Ihr Baby. Wenn Sie eine Säuglingsanfangsnahrung verwenden wollen, sprechen Sie bitte mit Ihrer Klinik oder Ihrem Kinderarzt.



**Das sichere Gefühl, das Richtige zu tun.**