

Chronische Erkrankungen im Kindesalter

Ein gemeinsames Thema von Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule



Informationen für Eltern





Chronische Erkrankungen im Kindesalter

Ein gemeinsames Thema von Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule

Herausgegeben von der
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung

Inhaltsübersicht

1 Zur Einleitung	6
Tod im Schwimmbad – ein unvermeidbares Unglück?	6
Ihr Kind hat eine chronische Krankheit ...	7
... die Freundin, der Freund Ihres Kindes hat eine chronische Krankheit	8
Was heißt hier „normal“?	8
2 Welche Krankheiten sind gemeint?	10
3 Häufige chronische Erkrankungen im Kindesalter und damit zusammenhängende gemeinsame Probleme für Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule	12
3.1 Allergien	12
Krankheitsbilder	12
Die Krankheiten im Alltag von Kindertagesstätte und Schule	14
■ Nahrungsmittelallergien	14
■ Heuschnupfen	15
■ Hausstauballergie	16
Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht	16
3.2 Erkrankungen der Atemwege	17
Krankheitsbilder	17
■ Asthma bronchiale	17
■ Mukoviszidose/Zystische Fibrose (CF)	18
Die Krankheiten im Alltag von Kindertagesstätte und Schule	19
■ Asthma bronchiale	19
■ Mukoviszidose/Zystische Fibrose (CF)	20
Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht	21
3.3 Erkrankungen der Haut	23
Krankheitsbilder	23
■ Neurodermitis	23



■ Psoriasis und Ichtyosis	24
Die Krankheiten im Alltag von Kindertagesstätte und Schule	25
Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht	27
3.4 Neurofibromatose Typ 1 (früher: Morbus Recklinghausen)	27
Krankheitsbild	27
Die Krankheit im Alltag von Kindertagesstätte und Schule	28
Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht	28
3.5 Chronische Darmentzündungen: Colitis ulcerosa und Morbus Crohn	29
Krankheitsbilder	29
Die Krankheiten im Alltag von Kindertagesstätte und Schule	30
Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht	30
3.6 Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2 („Zuckerkrankheit“)	31
Krankheitsbild	32
Die Krankheit im Alltag von Kindertagesstätte und Schule	33
Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht	34
3.7 Angeborene Herzfehler	35
Krankheitsbilder	36
Die Krankheit im Alltag von Kindertagesstätte und Schule	37
Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht	39
3.8 Epilepsien	40
Krankheitsbilder	40
Die Krankheit im Alltag von Kindertagesstätte und Schule	42
Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht	43
3.9 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	44
Krankheitsbild	45
Die Krankheit im Alltag von Kindertagesstätte und Schule	47
Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht	48
4 Sehen Sie es mal aus der Sicht von Kindertagesstätte & Schule	49
5 Was können Eltern tun?	53
6 Informationsquellen und Adressen	56
7 Medien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	57
Impressum	59

1 Zur Einleitung

Tod im Schwimmbad - ein unvermeidbares Unglück?

Vor kurzem war im Lokalteil einer Zeitung im Rheinland der Bericht über eine 13-jährige Hauptschülerin zu lesen, die einem „plötzlichen Herztod“ erlegen war – im Beisein einiger Schulkameraden und -kameradinnen auf der Liegewiese in einem öffentlichen Schwimmbad. Als Anke vorher bewusstlos geworden war, wollte man den Bademeister rufen. Aber das Mädchen, das bald wieder zu sich kam, wollte das nicht. Die anderen respektierten ihren Willen. Im Nachhinein waren alle klüger: Anke hatte einen schweren angeborenen Herzfehler und war mehrmals operiert worden. Davon wussten die anderen Kinder nichts. Anke war erst seit ein paar Wochen in der Klasse und hatte noch kaum Kontakt zu ihren Mitschülern und Mitschülerinnen. Ihre Mutter und sie selbst hatten der Klassenlehrerin gegenüber angedeutet, dass das Mädchen körperlich nicht so belastbar sei und auch Medikamente nehmen müsse. Beide aber hatten nicht gewollt, dass andere Lehrpersonen und die Klasse etwas von der Krankheit wussten. Anke wollte und sollte so „normal wie möglich“ leben können. Die Klassenlehrerin hatte das zur Kenntnis genommen und nicht weiter nachgefragt ...

Sicherlich ist dies ein tragischer Einzelfall. Dennoch ist er typisch für einen Konflikt, der zwischen Elternhaus, Tagesstätte und Schule entstehen kann, wenn es um ein Kind mit chronischer Erkrankung geht.



- Warum hatte Anke Probleme damit, über ihre Krankheit zu sprechen?
- Hat ein erkranktes Kind Angst davor, zum Außenseiter zu werden?
- Hat es Angst davor, die anderen könnten meinen, es werde wegen der Krankheit von Lehrern und Lehrerinnen bevorzugt?
- Hat es Angst, von den anderen gemieden zu werden?
- Hat es Angst, keine Freunde und Freundinnen zu finden?
- Hat es Angst, von Klassenfeiern und -fahrten ausgeschlossen zu werden?
- Oder hat ein erkranktes Kind einfach nur keine Lust, ständig an seine gesundheitlichen Probleme erinnert zu werden?

Und ist das dann ein „normales“ Leben für ein Kind, wenn es alle diese Ängste mit sich schleppt und nicht offen über das reden kann, was es bewegt? Wenn es sich nicht einfach zurückziehen kann, wenn es zu anstrengend wird? Und wenn es noch nicht einmal zustimmen kann, wenn Hilfe geholt werden müsste?

- Was hätte in Ankes Fall anders, besser laufen können?

Ich möchte die Leserin, den Leser bitten, über die Antwort auf die gerade gestellte Frage nachzudenken ...

Ihr Kind hat eine chronische Krankheit ...

Sie interessieren sich für diese Broschüre, weil Sie selbst ein Kind mit einer chronischen Krankheit haben.

Geht Ihr Kind in eine Tagesstätte oder schon zur Schule oder ist es noch die meiste Zeit zu Hause? War die Krankheit vor der Einschulung oder vor der Aufnahme in die Tageseinrichtung bekannt oder ist sie erst offenkundig geworden, nachdem das Kind schon eine Weile dorthin gegangen ist? Oder haben Sie gerade jetzt erst erfahren, dass Ihr Kind überhaupt eine chronische Krankheit hat?

Sicherlich steht bei Ihnen das Kind mit seinen Problemen im Mittelpunkt Ihres Denkens, aber haben Sie sich selbst schon mit der Situation arrangiert? Hatten Sie nicht Pläne,

Wünsche, Träume bezüglich des Umgangs mit Ihrem Kind und bezüglich seiner und Ihrer Zukunft?

Wie haben Ihr Partner, Ihre Partnerin, Ihre eigenen Eltern, Ihre Geschwister, Ihr Freundes- und Kollegenkreis darauf reagiert oder wie werden sie darauf reagieren, dass Ihr Kind in manchem nicht so mithalten kann mit Gleichaltrigen und

- wegen der Neurodermitis keine „makellose“ Haut hat,
- wegen einer Nahrungsmittelallergie nicht alles essen kann, was auf den Tisch kommt,
- wegen des Heuschnupfens im Sommer wie verheult aussieht,
- wegen des Diabetes mellitus ständig seinen Blutzucker misst und durch Spritzen korrigiert oder
- zeitweise einen Helm tragen muss, weil es sich sonst bei einem seiner epileptischen Anfälle verletz?

Erklären Sie kurz und ohne Umschweife, was mit Ihrem Kind los ist, wenn Ihr Kind auffällt? Sagen Sie ehrlich auf einer Geburtstagsfeier:

„Bitte keinen Kuchen für Andreas. Er reagiert überempfindlich auf Hühnereweiß. Es kann gefährlich für ihn werden. Er hat sich besondere Kekse mitgebracht.“

... oder bei einem Ausflug mit Freunden:

„Klettert ihr mal allein auf die Burg. Ich warte mit Silke hier auf der Bank auf euch. Ihr wisst ja: Silke hat schon seit der Geburt Probleme mit dem Herzen. Das wäre jetzt zu anstrengend. Wir hören in der Zeit Musik.“

Oder „reden Sie um den heißen Brei“ und versuchen abzulenken oder zu vertuschen?



Etwa so:

„Andreas isst heute keinen Kuchen, er ist sowieso schon ein bisschen zu dick.“

... oder so:

„Müssen wir denn unbedingt da noch rauf klettern? Silke hat auch schon keine Lust mehr.“

Und das auf die Gefahr hin, dass man Sie bzw. Ihr Kind für „Spielverderber“ hält?

Oder unterliegen Sie – ganz im Gegenteil – der Versuchung, bei jeder Gelegenheit lang und breit von den Problemen Ihres Kindes bzw. von Ihren Problemen mit dem Kind zu erzählen, bis Ihnen und dem Kind alle aus dem Weg gehen? Ihr Kind lernt an Ihrer Reaktion, ob es – so wie es ist – o.k. ist oder ob es etwas zu verheimlichen hat oder es besser verheimlichen sollte.

Natürlich muss man nicht in jeder – vielleicht einmaligen – Situation (z.B. im Urlaub oder in der Straßenbahn) jedem fremden Menschen gegenüber offen legen, was Sache ist. Wenn man aber häufig mit Menschen zu tun hat, denen mit Sicherheit irgendetwas an dem Kind auffällt und auf deren Rücksichtnahme oder gar Hilfe das Kind einmal angewiesen sein kann, dann ist Offenheit für alle bestimmt das Beste.

... die Freundin, der Freund Ihres Kindes hat eine chronische Krankheit

Vielleicht interessieren Sie sich aber auch für diese Broschüre, weil nicht Ihr eigenes Kind eine chronische Krankheit hat, sondern weil sich Ihr Kind mit einem Jungen oder Mädchen angefreundet hat, von dem Sie wissen, dass es „chronisch krank“ ist. Nun kommt dieses Kind zu Ihnen nach Hause, Ihr Kind verkehrt in der Familie des kranken

Kindes und die beiden Kinder stecken im Kindergarten oder in der Schule und in der Freizeit dauernd zusammen. Da möchten Sie doch wissen, was mit dem Freund oder mit der Freundin Ihres Kindes „los ist“, möchten wissen, wie Sie sich ihm oder ihr gegenüber verhalten sollen.

Vielleicht hilft Ihnen in dieser Situation diese Broschüre, das kranke Kind besser zu verstehen und Ihre Ängste und Vorbehalte gegenüber der Freundin oder dem Freund Ihres Kindes abzubauen oder aber auch Ungeschicklichkeiten im Umgang mit dem Kind zu vermeiden.

Was heißt hier „normal“?

Wissen Sie eigentlich, wie „normal“ es ist, dass ein Kind gesundheitliche Probleme hat?

5 bis 10 % aller Kinder haben heute eine Allergie oder Asthma, haben einen angeborenen Herzfehler oder müssen mit epileptischen Anfällen rechnen, sind „zuckerkrank“ und müssen sich Insulin spritzen oder sind als „Zappelphillip“ (aufmerksamkeitsgestört/hyperaktiv) auf Medikamente und auf besondere pädagogische Begleitung angewiesen und, und, und ...

Die meisten dieser Kinder sind aber so fit, dass sie einen Kindergarten, andere Tageseinrichtungen und Regelschulen besuchen können – so wie Ihr eigenes Kind.

Außerdem ist eigentlich auch jedes Kind, das wegen Kurz- oder Weitsichtigkeit eine Brille



braucht oder wegen Gebissproblemen jahrelang eine Klammer trägt, chronisch beeinträchtigt, und Kinder mit erheblichem Über- oder Untergewicht sind auch im strengen Sinne des Wortes nicht richtig gesund.

Keiner weiß, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Kindern in letzter Zeit wirklich zugenommen haben – den Pädagogen und Pädagoginnen in Kindergarten und Schule scheint es jedenfalls so. Vielleicht ist man aber auch nur aufmerksamer und fürsorglicher diesen Kindern gegenüber geworden und kann ihre Krankheit heute früher erkennen, besser ärztlich behandeln und die Kinder pädagogisch gezielter fördern als früher.

Tatsache ist: Immer mehr Kinder mit chronischen Krankheiten sind in der Lage, Kindergarten und Schule zu besuchen und immer mehr Kinder, deren Lebenserwartung früher nur gering war, erreichen das Erwachsenenalter.

Sollen alle diese Kinder und ihre Eltern so tun, als wäre nichts? Müssen sie sich an die Kinder anpassen, denen es sowieso schon ein bisschen besser geht, weil sie keine chronische Krankheit haben?

Anke könnte vielleicht noch leben, wenn die Klassenkameraden gewusst hätten, dass Anke in höchster Gefahr ist, wenn sie bewusstlos wird – egal was Anke in der Situation selbst dann zur Beruhigung der anderen sagt.

- Ankes Mutter müsste nicht mit dem Vorwurf leben, sie habe ihre Tochter einer vermeidbaren Gefahr ausgesetzt durch ihr Schweigen,
- die Klassenlehrerin müsste sich nicht mit der Frage auseinandersetzen, ob sie nicht ein wenig mehr hätte in Erfahrung bringen müssen über die Krankheit der neuen Schülerin, und
- den Klassenkameraden und -kameradinnen wäre das schockierende Miterleben des Sterbens eines gleichaltrigen Kindes erspart geblieben.

Deshalb diese Broschüre, die dafür wirbt, im Interesse aller Beteiligten chronische Erkrankungen von Kindern als gemeinsames Thema von Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule zu sehen, zu akzeptieren und die auftretenden Probleme zusammen mit dem betroffenen Kind zu meistern.

2 Welche Krankheiten sind gemeint?

„Chronisch“ nennt man Krankheiten, bei denen eine länger oder lebenslang andauernde gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt, die man ärztlich behandeln kann oder sogar behandeln muss, die man aber nicht heilen kann. Dazu gehören streng genommen auch einige Infektionskrankheiten, die hier aber nicht mit angesprochen werden. In dieser Broschüre geht es nur um nicht ansteckende Krankheiten und Krankheiten, die nicht durch gesundheitsbewusstes Verhalten verhindert werden können.

Manchmal kommen diese Krankheiten in Familien gehäuft vor, sodass man von einer erblichen Anfälligkeit für die Krankheit sprechen kann. Männer und Frauen, die aus ihrer Familie solche Krankheiten kennen, lassen sich – auf eigenen Wunsch – meist von einem Arzt beraten, wenn sie eigene Kinder haben wollen. Eine solche Krankheit kann aber auch überraschend erstmals in der Familie auftreten. Die Ursache dafür ist in der Regel unklar.

Wenn man ein wenig über die Entwicklung des menschlichen Körpers von der (einen!) befruchteten Eizelle an bis zum lebensfähigen Körper mit seinen vielen Billionen spezialisierten Zellen weiß, dann ist man eigentlich erstaunt darüber, dass die meisten Menschen körperlich von Geburt an so gut funktionieren. Unendlich viele „Weichenstellungen“ müssen bei der vorgeburtlichen Entwicklung gelingen – und können misslingen. Schon ein winziger Fehler



im Programmablauf einer Zelle kann schwerwiegende Störungen verursachen. Und auch nach der Geburt sind sehr viele Anpassungsprozesse vom kindlichen Körper zu leisten, weil er sich mit der Umwelt auseinandersetzen muss. Auch hierbei gibt es keine Garantie für perfektes Gelingen.

Nun haben Sie vielleicht die Liste der hier angesprochenen Krankheiten schon durchgesehen und stellen fest, dass „Ihre“ Krankheit, d. h. die Krankheit Ihres Kindes oder die, für die Sie sich besonders interessieren, nicht aufgeführt ist.

Das kann mehrere Gründe haben. Nicht zu den chronischen Krankheiten im hier verstandenen Sinne gehören

- Suchterkrankungen und
- Tumor- und Krebserkrankungen bzw.
- andere Krankheiten, bei denen die Frage eines frühzeitigen Todes im Kindes- oder Jugendalter realistischerweise mit bedacht werden müsste.

Suchtprobleme und auch das Einbeziehen des Gedankens an den baldigen Tod eines Kindes bedürfen eigener Überlegungen.

Darüber hinaus fehlen hier einige chronische Erkrankungen, weil eine vollzählige Darstellung den Rahmen dieser Broschüre sprengen würde. Informationen dazu erhält man bei Selbsthilfeorganisationen und -gruppen, deren Adressen im Internet zu finden sind oder die man bei Gesundheitsämtern oder bei überregionalen Datenbanken, Dachverbänden und Netzwerkeinrichtungen abfragen kann (siehe Adressen in Kapitel 6). Dennoch enthält diese Broschüre eine Vielzahl von Aspekten, z.B. zum Umgang mit chronisch kranken Kindern, die unabhängig von einer bestimmten Erkrankung zu sehen sind.



3 Häufige chronische Erkrankungen im Kindesalter und damit zusammenhängende gemeinsame Probleme für Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule

3.1 Allergien

Allergien gehören zu den „Zivilisationskrankheiten“ der westlichen Welt, manche bezeichnen sie bereits als „Volksseuche“. Derzeit ist nahezu **jedes dritte Schulkind** als allergiekrank einzustufen. Über die Ursachen für die Zunahme an Allergien gibt es widersprüchliche Theorien. Sicher ist, dass Allergien familiär gehäuft vorkommen. Dabei werden nicht die speziellen Allergien vererbt, sondern – wenn überhaupt – nur die Anlage zu allergischen Reaktionen. Diese „atopische Veranlagung“ kann sich u.a. durch Heuschnupfen, Asthma (siehe auch Kapitel 3.2), durch eine Nahrungsmittelallergie oder Neurodermitis (siehe auch Kapitel 3.3) bemerkbar machen. Umwelteinflüsse und Lebensgewohnheiten spielen sicherlich auch eine entscheidende Rolle bei der Entstehung einer Allergie.

Krankheitsbilder

Eine Allergie ist eine überschießende Reaktion des menschlichen Immunsystems auf bestimmte, in der Regel völlig harmlose Substanzen, die für den Allergiker zum **„Allergen“** werden. Der Körper reagiert mit Tränenfluss, Niesattacken, Anschwellen der Schleimhäute, Hautrötung, Quaddeln, Juckreiz, Atemnot, Magenkrämpfen usw. auf z. B. Hühnereiweiß, Nüsse, Vanille, Blütenpollen, Hausstaub usw.

Von den vier Allergietypen machen nur Allergien vom Typ I – man spricht auch vom Soforttyp – in Elternhaus,

Tagesstätten und Schulalltag Ärger und werden hier näher besprochen.

Wichtig zu wissen ist, dass es bei der Allergie immer eine Sensibilisierungsphase gibt. Davon merkt der Betroffene nichts! Der Körper bereitet sich „still und heimlich“ auf den Abwehrkampf gegen das Allergen vor, indem er Antikörper bildet. Antikörper müssten eigentlich nur gebildet werden, wenn es sich bei dem eingedrungenen Stoff um Krankheitserreger oder Parasiten handeln würde. Die Antikörper, um die es hier geht, heißen Immunglobuline vom Typ E (IgE).

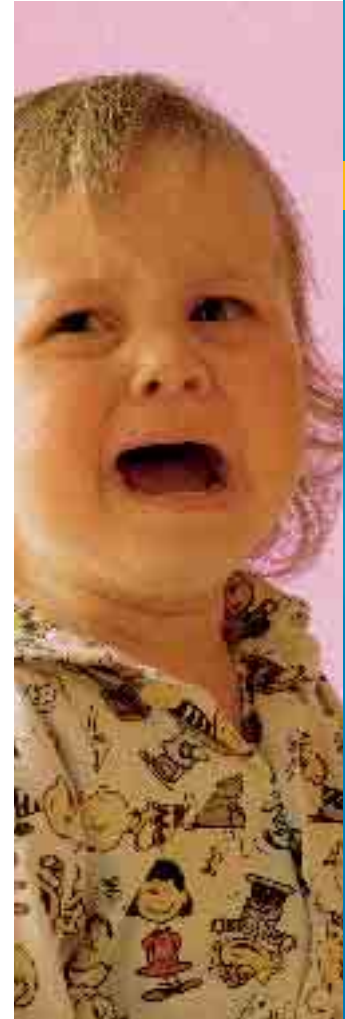
Nach der Sensibilisierung kommt es dann bei erneutem Allergenkontakt zur allergischen Reaktion an der Haut, in den Atemwegen oder im Verdauungstrakt. Histamin ist ein körpereigener Stoff, der dabei eine entscheidende Rolle spielt. Bedrohlich ist der **anaphylaktische Schock**: Blutgefäße erschlaffen, werden im ganzen Körper durchlässig. Das führt zu dramatischem Blutdruckabfall und Organversagen und kann tödlich enden, wenn nicht sofort ärztliche Hilfe geholt wird. Mit so einer dramatischen Reaktion muss man – theoretisch – z. B. bei Wespenstichen rechnen, wenn vorher eine Sensibilisierung stattgefunden hat.

Bei den Allergien vom Soforttyp kann man verschiedene Auslöser unterscheiden:

- **Inhalations-/Atemwegsallergene** (u.a. Pollen, Hausstaub mit seinen vielfältigen Allergenen, wie Milbenkot oder Schimmelpilzsporen, Hautschuppen von Tieren),
- **Kontaktallergene** (u.a. Tierhaare, Blumen und Pollen, Formaldehyd in Kosmetika, Latex in Einmalhandschuhen oder Kondomen),
- **Insektenallergene** (vor allem Bienen- und Wespengift),
- **Nahrungsmittelallergene** (Milch, Fisch, Schalentiere, Gewürze, Sellerie, Kiwi, Nüsse u. a. m.),
- **Medikamente** als Allergene (Antibiotika wie Penicillin, bestimmte Schmerzmittel u. a. m.).

Wenn der **Zusammenhang** zwischen einer Substanz und der allergischen Reaktion offenkundig ist, kann man die Reaktionen durch konsequentes Meiden der Substanz verhindern. Spezielle Tests beim Arzt helfen, das Allergen herauszufinden. Blutuntersuchungen zeigen, ob ungewöhnlich hohe IgE-Werte vorhanden sind.

Wenn es zu einer allergischen Reaktion kommt, bzw. diese im Vorfeld unterdrückt werden soll, sind vor allem **Antihistaminika** angesagt. Das sind **Medikamente**, die die Wirkung des ausgeschütteten Histamins hemmen. Die leicht beruhigende Wirkung vieler Antihistaminika ist oft ein **störender Nebeneffekt**. Bei Schockzuständen wird das Spritzen von Adrenalin nötig.





Die Krankheiten im Alltag von Kindertagesstätte und Schule

■ Nahrungsmittelallergien

Ist Ihr Kind oder ein Kind, das Sie besucht, allergisch gegen ein seltenes Nahrungsmittel (z.B. Austern), so wird sich seine Allergie im Alltag praktisch überhaupt nicht bemerkbar machen, weil das Kind „sein Allergen“ konsequent meiden kann.

Andere **Nahrungsmittelallergien** können jedoch deutliche **Auswirkungen** auf den Alltag haben, so z.B. die auf Hühnereiweiß oder auf Erdnüsse. Schon Spuren dieser nahezu allgegenwärtigen Substanzen (z.B. in Mayonnaise, Süßigkeiten, Käsezubereitungen oder Speiseeis) können unangenehme bis bedrohliche Reaktionen auslösen, sodass bei allen Nahrungsangeboten zu Hause, im Kindergarten oder in der Klasse Rücksicht auf das betroffene Kind genommen werden muss. Besonders schwierig ist die Situation, wenn das Kind gegen irgendwelche Farbstoffe, Geschmacksverstärker oder ähnliche „versteckte“ Stoffe allergisch ist.

In der Tagesstätte und in der Schule und auch dann, wenn es irgendwo zu Besuch ist, ist das Kind darauf angewiesen, **sich selbst zu schützen**. Das äußert sich z.B. darin, dass es sich scheinbar eigensinnig weigert, das gemeinsam zubereitete Müsli zum Frühstück zu genießen und statt dessen sein Leberwurstbrötchen essen will. Vielleicht hat es Angst vor den vielen unbekanntenen „Körnern“ im Müsli, von denen niemand in der Klasse so recht weiß, welche zu den Nüssen gehören. Auch wird es „Nein“ sagen müssen, wenn es von anderen zum Eis eingeladen wird oder seinen Apfel gegen einen Schoko-Riegel tauschen soll. Es weiß, dass in Schokolade häufig Erdnüsse mit verarbeitet werden bzw. bei der Herstellung eine „Verunreinigung“ mit Nüssen vorkommen kann.

Spiele oder Schulversuche, bei denen essbare Dinge gekostet und erraten werden sollen, darf das Kind nicht mitmachen, wenn es nicht im Voraus genau weiß, um was es geht.

Ganz schlimm ist die Situation für ein betroffenes Kind, wenn es bei Einladungen, Ausflügen und Klassenfahrten zusammen mit anderen beköstigt wird und es nur die Wahl hat, zu hungern bzw. zu „fasten“ oder das Risiko einzugehen, Juckreiz, Krämpfe, Atemnot, Durchfall usw. zu bekommen bzw. anschließend Medikamente nehmen zu müssen. Da hat die Gastgeberin lauter gute Sachen zubereitet oder eingekauft und dann sagt ein Gast bei allem „Nein“! Und während die anderen Kinder in der Jugendherberge essen müssen, „was auf den Tisch kommt“, darf(?) sich das Kind mit der Allergie gegen Hülsenfrüchte evtl. etwas Anderes aus der Küche besorgen. Das ist sicherlich erklärungsbedürftig.

■ „Heuschnupfen“

Wer kennt sie nicht – die bemitleidenswerten Menschen, die regelmäßig im Frühling oder Sommer mit „verheultem“ Gesicht, Sonnenbrille und ständig griffbarem Taschentuch rumlaufen und immer wieder darum bitten, dass man das Fenster schließt? Diese Menschen leiden an „**Heuschnupfen**“ (Rhinitis allergica) oder – korrekter ausgedrückt – an einer **Pollenallergie**. So wie der Nahrungsmittelallergiker auf Inhaltsstoffe in Lebensmitteln reagiert, so leidet ein Mensch mit „Heuschnupfen“ an seinen



Reaktionen auf Blütenstaub. Sei es die Linde oder die Hasel oder jedwedes Gras – wenn andere sich über deren Blüten freuen, beginnt beim Allergiker der Kampf gegen tränende Augen und laufende Nase.

Leidet ein Kind unter **Heuschnupfen**, dann kann es zumindest zeitweise schwer in seiner Leistungs- und Aufnahmefähigkeit beeinträchtigt sein und zwar sowohl durch den Heuschnupfen selbst, der es oft sogar am Schlafen hindert, als auch durch die meist unumgänglichen Medikamente.

Wanderungen und Spiele im Freien können das Kind während der Blühzeit bestimmter Pflanzen sehr belasten. Pollenflugkalender und Pollenflugvorhersagedienste helfen bei der Planung solcher Unternehmungen. Auch Bastelaufgaben mit Blüten oder bestimmte Lernangebote (z.B. Bestimmungsübungen im Biologieunterricht an frischen oder getrockneten Pflanzen) können allergische Reaktionen auslösen.

■ Hausstauballergie

Laufende Nase und Atembeschwerden, die nicht jahreszeitabhängig sind, wohl aber in bestimmten Räumlichkeiten verstärkt auftreten, deuten auf eine Hausstauballergie hin. Im Hausstaub, auch in Polstermöbeln und Matratzen, wimmelt es selbst in sehr „sauberen“ Haushalten von winzigen **Milben**, die für den Menschen völlig harmlos sind. Sie ernähren sich von seinen Hautschuppen im Hausstaub. Ihr Kot macht die Probleme: Eingeatmet wirkt er auf manche Menschen als Allergen. Auch **Schimmelpilzsporen** im Hausstaub können Allergien verursachen.

Menschen mit einer Hausstauballergie haben ständig Angst, sich in Räumen aufhalten zu müssen, in denen die Beschwerden schlimmer werden: schlecht geputzte Räume, Räume mit Teppichböden, „Kuschelecken“ oder vielen Stofftieren, Übernachtungsstätten mit den üblichen Matratzen, verstaubte Keller und Dachböden usw. sind ihnen ein Gräuel.

Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht

Kinder mit einer Allergie brauchen Gruppenmitglieder, die

- ihre Vorsicht gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln akzeptieren, sie zu nichts drängen und ihnen auf keinen Fall „heimlich“ ihr Allergen zu verabreichen versuchen,
- große Angst einzelner Kinder vor Bienen- oder Wespenstichen ernst nehmen, insbesondere wenn bereits (möglicherweise) eine Sensibilisierung stattgefunden hat,
- verstehen, warum sich ein Kind vor Blütenstaub schützt und evtl. ein Ausflug verschoben oder auf einen regnerischen Tag verlegt wird,
- hinnehmen, dass das Sofa in der Kuschelecke mit

einem Kunststofftuch bedeckt wird, usw.

Sie brauchen auch Pädagoginnen und Pädagogen, die

- um ihre Probleme wissen und sie unterstützen in dem Bemühen, ein „Allergen“ zu meiden,
- durch Nutzung von Pollenflugkalender und Pollenflugvorhersagediensten vor Ausflügen und Klassenfahrten vermeidbare Belastungen durch Blütenstaub umgehen,
- bei der Wahl von Ausflugszielen Rücksicht auf eine Hausstauballergie nehmen,
- ein betroffenes Kind evtl. an die Mitnahme seines Allergiepasses und seines Medikaments gegen allergische Reaktionen erinnern,
- darüber informiert sind, dass es Notsituationen geben kann, in denen ein Kind mit einer Allergie sofort ärztliche Hilfe braucht,
- ggf. selbst ein Notfallset (Spritzbesteck mit Medikament) bei sich haben, auch wenn sie selbst die Spritze nicht setzen würden (siehe Kapitel 4).



3.2 Erkrankungen der Atemwege

Jeder weiß aus Erfahrung, welche Angst es auslöst, wenn man nicht richtig durchatmen kann. Auf Nahrungsaufnahme oder Bewegung kann man zeitweise verzichten, aber die Atmung muss ununterbrochen weitergehen. Selbst das willentliche Luftanhalten funktioniert nur für ein bis zwei Minuten – dann atmet man wie unter Zwang weiter, weil der Körper **ununterbrochen Sauerstoff braucht und Kohlenstoffdioxid ausscheiden** muss. Deshalb werden Störungen der Atemwegsfunktionen von den Betroffenen oftmals bedrohlicher erlebt als andere Störungen oder Krankheiten.

Voraussetzung für den störungsfreien Ablauf von Ein- und Ausatmung ist vor allem die **Durchgängigkeit** der Atemwege: Luftröhre, Bronchien und Lungenbläschen. Sind sie – aus welchem Grund auch immer – verengt oder verlegt, tritt **Atemnot** auf. Auch mangelhafte Selbstreinigung der Atemwege beeinträchtigt die Atmung. Diese Selbstreinigung gelingt mit Hilfe von Flimmerhärchen, die auf der Schleimhaut der Atemwege sitzen und die durch ständige Bewe-

gung Fremdkörper und Schleim rachenwärts transportieren.

Zwei chronische Erkrankungen, die das Atmen schwer machen, sind das **Asthma bronchiale** und die **Mukoviszidose/Zystische Fibrose**.

Krankheitsbilder

■ Asthma bronchiale

Asthma bronchiale (Bronchialasthma) ist in Deutschland die **häufigste chronische Kinderkrankheit**. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa zwei Millionen Menschen unter 18 Jahren davon betroffen sind. Bis zum Schulalter erkranken Jungen zwei- bis dreimal so häufig wie Mädchen.

Asthma ist eine **chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege**. Es zeigt sich in chronischem **Husten** und/oder in „**Asthmaanfällen**“. Bei einem Asthmaanfall zieht sich die Muskulatur der Atemwege bis hin zu den kleinen Bronchien zusammen. Die Schleimabsonderung ist erhöht. Das Atmen fällt schwer. Kommt es zu einer Verkrampfung der Muskeln, kann die eingeatmete Luft nicht mehr widerstandslos ausgeatmet werden. Der Kranke leidet nach einigen Minuten unter Sauerstoffmangel. Er gerät in Todesangst.



Eine solche **Atemnotattacke** kann zu jeder Tages- und Nachtzeit auftreten; gehäuft wird sie in den frühen Morgenstunden zwischen 2.00 Uhr und 6.00 Uhr beobachtet.

Auslöser eines Asthmaanfalls oder von chronischem Asthma können sein:

- Allergene („allergisches Asthma“, siehe Kapitel 3.1): Pollen, Hausstaub, Ausdünstungen von Nahrungsmitteln usw.
- Chemische und physikalische Reize: Tabakrauch (auch beim Passivrauchen!), Ozon, Dieselabgase, diverse Stickstoffoxide in der Luft, Kälte, Nebel,
- Atemwegsinfekte („Infekt-Asthma“),
- körperliche Anstrengungen („Anstrengungs-Asthma“),
- Schmerzmittel („Analgetica-Asthma“),
- emotionale Faktoren („psychogenes Asthma“): Trennung, Tod, Schmerzen, Aufregung, Stress.

Die im akuten Anfall unverzichtbaren **Medikamente** wirken in erster Linie bronchienerweiternd und werden inhaliert (**Dosieraerosol/„Pümpchen“/Spray**). Bei vielen Menschen mit Asthma ist eine **Dauerbehandlung** über den akuten Anfall hinaus unabwendbar. Dabei kommen auch Cortison-Präparate zur Anwendung.

■ Mukoviszidose/Zystische Fibrose (CF)

Mukoviszidose ist eine Erbkrankheit, die dann beim Kind zum Ausbruch kommt, wenn das Merkmal von Vater und Mutter vererbt wird. Eines von 2000 Neugeborenen leidet an Mukoviszidose.

Noch vor 40 Jahren starben die meisten Menschen mit Mukoviszidose im Kindesalter. Die Lebenserwartung der Kinder ist inzwischen deutlich gestiegen und wird weiter steigen, sodass diese Kinder Tagesstätten und Schulen besuchen können und man sie genauso behandeln kann



wie andere kranke Kinder, bei denen keine akute Lebensgefahr besteht. Dennoch ist ihre Lebenserwartung deutlich geringer als bei gesunden Menschen, was betroffene Kinder meist auch wissen.

Bei der Mukoviszidose handelt es sich primär eigentlich nicht um eine Erkrankung der Atemwege, aber in den Atemwegen macht sie sich besonders dramatisch bemerkbar. Es handelt sich um eine **Fehlfunktion von Drüsen**, die Flüssigkeit (Sekrete) ausscheiden: Schweißdrüsen, die Bauchspeicheldrüse, die Gallengänge in der Leber, die Dünndarmschleimhaut und vor allem die Schleimhaut in den Bronchien sind betroffen. Die Funktionen der genannten Drüsen werden durch „Verstopfungen“ gestört.

Während die Störungen an Gallengängen und Bauchspeicheldrüse medikamentös behandelt werden, müssen die Atemwege zusätzlich intensiv durch **aufwendige Physiotherapie** vom Schleim freigehalten werden (**„Bronchialtoilette“**).

Die Probleme mit den Atemwegen machen sich durch Hustenreiz und Auswurf, Atemnot und durch **vermehrte Erkrankungen** der

Atemwege bemerkbar. Der Schleim verursacht die erhöhte Anfälligkeit für bakterielle und virale Infektionen und Pilzbefall. Diese können lebensbedrohlich werden. Für manche Menschen mit Mukoviszidose ist eine **Lungentransplantation** schließlich die einzige Hoffnung auf eine längere Überlebenschance.

Die Kinder weisen zum großen Teil Wachstumsstörungen auf. Sie sind auf besondere Ernährung angewiesen.

Die Krankheiten im Alltag von Kindertagesstätte und Schule

■ Asthma

Wer einmal einen Asthmaanfall miterlebt hat, versteht, warum im Umfeld eines betroffenen Kindes alles versucht wird, so einen Anfall zu vermeiden. Meist durchlaufen diese Kinder und Jugendlichen ein umfangreiches Schulungsprogramm, sodass sie selbst in der Lage sind Anfällen vorzubeugen. Dabei helfen **Medikamente**, die die Bronchien weiten, bestimmte Körperhaltungen und besondere **Atemtechniken**, die das Kind anzuwenden lernt. Dazu braucht es dann aber entsprechenden Handlungsfreiraum in der Gruppe.

Medikamentöse Dauervorsorge verlangt eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten – evtl. auch während der Zeit in der Tagesstätte und im Unterricht.

Die gewohnten, vom behandelnden Arzt verordneten Medikamente sollten nicht nur zu

Hause, sondern auch in Kindergarten und Schule leicht erreichbar deponiert sein.

Je nach Schwere der – oft nächtlichen – Asthmaanfälle kann es zu **Fehlzeiten** und sogar zu stationären Klinikaufenthalten kommen.

Schließlich müsste – ähnlich wie bei einem Kind mit einer Allergie – geklärt werden, ob anfallauslösende Faktoren in der Tagesstätte und in der Schule ausgeschaltet werden können. Dies bedarf einer eingehenden auf den Individualfall ausgerichteten **Analyse** (siehe Auflistung der möglichen **Auslöser** oben).

Es ist auch zu prüfen, ob **Ausdünstungen** von Arbeitsmaterialien bei bestimmten Spiel- und Lernsituationen die Atemwege belasten. **Vorsicht** ist in jedem Fall geboten bei Kontakt mit Tieren oder bei Aufenthalt in Ställen, bei Spielen im Freien und Spaziergängen oder Wanderungen während des Pollenflugs, bei jedem Aufenthalt in ungeputzten oder verpilzten Räumen, bei Besichtigungen von Industriebetrieben oder Werkanlagen, bei Aufenthalt in Räumen ohne Rauchverbot (Gastwirtschaften, Kneipen).





Anstrengende Wanderungen bei erhöhtem Ozongehalt oder in eisiger Luft sollten nicht unternommen werden. Auch das Risiko eines Asthmaanfalls bei Nahrungsmittelallergien (z. B. durch den intensiven „Duft“ von Erdnüssen) muss mit bedacht werden.

Bei Ausflügen und Reisen ist auf die Mitnahme der gewohnten **Medikamente** in ausreichender Menge, ggf. auch die eines Inhaliergerätes zu achten. Wenn das Reiseziel klar ist, sollte die Anschrift des nächsten Arztes, der nächstgelegenen Notfallaufnahme bzw. des nächstgelegenen Krankenhauses geklärt sein.

Bei Spiel und Sport sollte Rücksicht genommen werden auf individuelle **Belastungsgrenzen**.

Erzieher und Lehrer sind solchen Kindern gegenüber verständlicherweise oft gehemmt bei der Durchsetzung von Leistungsanforderungen und bei disziplinierenden Maßnahmen, weil sie keinen Anfall provozieren wollen. **Pädagogisches „Fingerspitzengefühl“** ist gefordert, um das betroffene Kind „normal“ zu behandeln ohne es zu überfordern und es durch Sonderbehandlung nicht zum Außenseiter werden zu lassen.

Ein Kind mit Asthma gerät sowieso leicht in die Rolle eines Außenseiters, weil sich viele Kinder und Jugendliche scheuen,

einen Menschen, der von dramatischer Atemnot bedroht ist, in eine Freizeitunternehmung einzubinden. Schon allein die Tatsache, dass im Beisein eines Menschen mit Asthma nicht geraucht werden darf, stört von einem bestimmten Alter an in manchen Jugendgruppen erheblich.

Akute Atembeschwerden unterbrechen auf jeden Fall den geregelten Tages- und Unterrichtsablauf, da das betroffene Kind sofort sein Medikament einnehmen bzw. atemerleichternde Techniken anwenden muss. Darüber muss in der Gruppe offen gesprochen werden.

Wenn der Anfall länger als 20 Minuten dauert oder das Kind blaue Lippen bekommt, muss der Notarzt gerufen werden. Das Kind darf nicht allein gelassen werden. Darüber müssten auch Mitschüler und Mitschülerinnen Bescheid wissen.

Das Vorhalten einer **Notfallspritze** in Tageseinrichtung und Schule ist ratsam, auch wenn sie nicht vom Personal im Kindergarten oder in der Schule angewendet wird.

■ Mukoviszidose

Der Krankheitsverlauf der Mukoviszidose hängt sehr davon ab, ob das Kind frühzeitig und konsequent behandelt wird. Dabei kommt dem Schutz vor Infektionen und der konsequenten **Pflege der Atemwege** (Physiotherapie) besondere Bedeutung zu. Diese nimmt in der Regel mindestens eine volle Zeitstunde pro Tag in Anspruch, was für

die betroffenen Kinder eine starke Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität bedeutet. Es geht darum, die Atemwege von Schleim zu befreien und durch Inhalationen vor Verschleimung und Infektionen zu schützen.

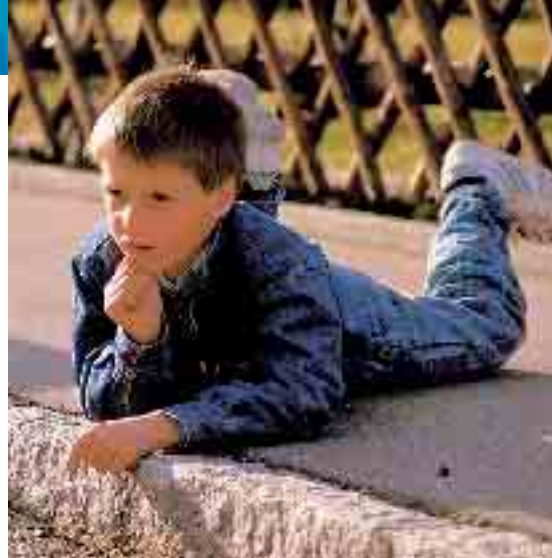
In der Schule macht sich die fehlende Freizeit unter Umständen durch unzureichende Erledigung von Hausaufgaben bemerkbar. Das Kind kann durch den **Zeitmangel** auch in soziale Isolation geraten. Tritt eine Infektion ein, sind **Fehlzeiten** unvermeidbar.

Im Übrigen ähneln die Vorsichtsmaßnahmen denen bei Kindern mit Asthma. Da der Abwehrmechanismus der Flimmerhärchen in den Atemwegen bei Kindern mit Mukoviszidose wegen der chronischen Verschleimung versagt, müssen sie jedwede Belastung der Atemluft meiden. Darüber hinaus sollen sie sich nicht in Räumen mit Hydrokultur aufhalten, weil dort die für sie besonders gefährlichen feuchtigkeitsliebenden Keime gehäuft vorkommen.

Diese **Vorsichtsmaßnahmen** führen zu einer starken Einschränkung der Bewegungsfreiheit betroffener Kinder. Wer mit ihnen außerhalb der Wohnung umgeht, einen Ausflug oder eine Besichtigung mit ihnen unternimmt oder sie zu sich nach Hause einlädt, hat einiges zu bedenken!

Ähnlich wie bei Kindern mit Asthma tut ihnen Bewegung gut, ihre **körperliche Belastbarkeit** bei Spiel und Sport ist aber eingeschränkt.

Da Kinder mit Mukoviszidose (im Schulalter) inzwischen auch Techniken beigebracht bekommen, wie sie ohne fremde Hilfe ihre Atemwege freimachen können, ist ihnen hierzu der notwendige **Freiraum** in der Unterrichtszeit zu gewähren.



Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht

Kinder mit Atemwegserkrankungen brauchen Gruppenmitglieder, die

- Verständnis für die besondere Bedrohlichkeit von Atemnot aufbringen,
- bereit sind, Zugeständnisse zu machen, damit sich betroffene Kinder in den gemeinsam benutzten Räumen wohl fühlen und besondere Unternehmungen (z. B. Ausflüge) mitmachen können,
- wissen, wann sie für ein betroffenes Kind Hilfe holen müssen,
- bereit sind, bei längeren Fehlzeiten dem Kind bei der Aufarbeitung des Unterrichtsstoffs zu helfen bzw. einen Besuchsdienst zu organisieren,
- verstehen, warum bei den Leistungsanforderungen zum Teil oder zeitweise differenziert werden muss.



Sie brauchen auch Pädagoginnen und Pädagogen, die

- **bei Asthma** um ihre Probleme und Ängste wissen und sie unterstützen in dem Bemühen, Asthmaanfälle zu vermeiden,
- die notwendigen Medikamente griffbereit halten,
- Rücksicht auf evtl. Verhaltens- und Leistungsschwierigkeiten nach durchwachter Nacht nehmen,
- sie bei **Mukoviszidose** gegen Diskriminierungen wegen krankheitsbedingter körperlicher Wachstumsrückstände verteidigen,
- ein betroffenes Kind ohne Überbehütung darin unterstützen, sich vor Atemwegsinfektionen zu schützen,
- Rücksicht nehmen auf die zeitaufwendige Physiotherapie und die damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Erledigung von Hausaufgaben,
- Ängste bezüglich der zukünftigen Entwicklung der Krankheit und eines möglicherweise frühzeitigen Todes ernst nehmen,
- **bei Asthma und Mukoviszidose** Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit anzupassen wissen.

3.3 Erkrankungen der Haut

Die Haut ist nicht nur das größte Organ des Menschen (beim Erwachsenen bis zu ca. zwei m²) mit einer Vielzahl wichtiger Aufgaben, sondern spielt auch für sein Selbstwertgefühl und seine sozialen Beziehungen eine bedeutende Rolle. Die Haut hat wesentlichen Anteil an **sozialer Akzeptanz und Attraktivität**. Hauterkrankungen erhalten dadurch eine besondere **psychosoziale Dimension**. Sie sind sichtbar, für andere Menschen erkennbar, insbesondere dann, wenn sie nicht von Kleidung bedeckt sind oder verhüllt werden können. In Anbetracht der hohen Bedeutung, die derzeit makellosem Aussehen beigemessen wird, sind krankhafte Hautveränderungen eine Belastung gerade für junge Menschen. Textilarme Mode (z.B. Mini-Rock, nabelfreie Shirts) setzt besonders Mädchen unter Druck. Die Aufnahme intimer Beziehungen in der Pubertät kann nachhaltig gestört werden.

Der Laie kann in der Regel die Symptome von übertragbaren und nicht übertragbaren Hauterkrankungen kaum voneinander unterscheiden. Deshalb leiden Betroffene oftmals unter der (unbegründeten) Angst ihrer Mitmenschen vor Ansteckung.

„**Berührungängste**“ – im wahrsten Sinne des Wortes – sind die Folge. Bei manchen Hauterscheinungen „ekeln“ sich auch viele Menschen vor direktem Kontakt. Da es in der Tat einige sehr unangenehme ansteckende Hauterkrankungen gibt, die bei Körperkontakt übertragen werden

können (u.a. Herpes, Warzen, Pilzkrankungen, Borkenflechte/Impetigo contagiosa) ist eine grundsätzliche Entwarnung nicht angebracht, sondern nur – aber hier mit Nachdruck! – bei den für andere absolut harmlosen Krankheiten, wie der **Neurodermitis**, der **Schuppenflechte (Psoriasis)** und der „**Fischschuppenkrankheit (Ichthyosis)**“.

Krankheitsbilder

■ Neurodermitis

Als häufigste chronische Hauterkrankung in den westlichen Industrieländern gilt heute die Neurodermitis (= endogenes oder atopisches Ekzem, atopische Dermatitis). Über zwölf Prozent der Schulkinder (etwa fünf Prozent der Erwachsenen) sind davon betroffen. Die Erkrankungen haben in den letzten Jahren erheblich zugenommen.

Neurodermitis kann zu den **allergischen Hauterkrankungen** gezählt werden. Sie ist eine chronische und schubweise wiederkehrende entzündliche, ekzemähnliche und stark juckende Hauterkrankung, die oft mit sehr trockener, geröteter, rissiger Haut einhergeht.

In der Regel tritt Neurodermitis in den ersten Lebensmonaten eines Menschen erstmals auf: **Juckende Rötungen** und **Bläschen** im Gesicht und an den Streckseiten von Armen und Beinen, die sich nach dem Aufkratzen entzünden. „**Milchschorf**“ kann ein Frühsymptom einer Neurodermitis beim Säugling sein. Das Erscheinungsbild der Neurodermitis ist nicht einheitlich und wandelt sich mit dem Lebensalter. Gleichbleibend schlimm ist in jedem Fall der Juckreiz. Aufkratzen und Bluten des Ekzems kann zu einer zusätzlichen Infektion der Haut führen, sodass in einem **Teufelskreis** von Juckreiz/Kratzen mit einer Verschlimmerung der Krankheit zu rechnen ist. Phasen der akuten Entzündung wechseln mit relativ beschwerdefreien Phasen ab; der Betroffene muss jedoch jederzeit mit einem Schub rechnen.

Eine genaue Ursache für die Neurodermitis ist nicht bekannt. Man geht heute von einer genetischen Disposition aus. **Auslöser** für Krankheitsschübe gibt es viele (Kontakt mit Wolle, scharfen Waschmitteln, Schweiß u.a.m.). Die Erfahrung zeigt, dass – ähnlich wie beim Asthma – auch **psychische Faktoren** (vor allem Stress) beim Ausbruch eines Anfalls eine Rolle spielen können. Oft lässt sich aber auch kein Auslöser identifizieren. Unstrittig ist die Beteiligung von IgE (vgl. Kapitel 3.1), das in großen Mengen im Blut von Menschen mit Neurodermitis nachgewiesen wird. Außerdem haben sie oft zusätzlich eine **Allergie** vom Soforttyp. Wegen dieser Nähe zu den Allergien nennt man die Neurodermitis auch „atopisches Ekzem“ oder „atopische Dermatitis“.



■ Psoriasis und Ichtyosis

Obgleich die Psoriasis und die Ichtyosis unterschiedliche Erkrankungen und unterschiedlich stark belastend für die Betroffenen sind und nichts miteinander zu tun haben, kann man sie im Kontext mit Schule hier durchaus gemeinsam ansprechen.

Bei der **Psoriasis** (Schuppenflechte) beruht die Hautkrankheit auf einer genetisch bedingten Funktionsstörung der Keimschicht in der Oberhaut. Aus ungeklärtem Grund erneuert sich die Haut statt in 26 bis 27 in sechs bis sieben Tagen. Dabei entzündet sie sich und es kommt zu einer deutlich sichtbaren Schuppenbildung. Die **silbrig glänzenden Schuppen** lassen sich abheben. Darunter werden blutunterlaufene oder blutende Stellen sichtbar. Betroffen sein können prinzipiell fast alle Teile des Körpers. Es gibt juckende und nicht juckende Formen der Psoriasis. Die Krankheit tritt schubweise auf und belastet die Kranken nicht nur physisch, sondern auch psychisch sehr.

Ichtyosis („Fischschuppenkrankheit“) geht auf eine **Verhornungsstörung** der Haut zurück, die die Haut insgesamt **trocken** und immer **schuppig** erscheinen lässt. Sie ist vor allem ein ästhetisches Problem (wenn sie nicht Begleiterscheinung einer anderen Grunderkrankung ist).

Bei beiden Erkrankungen muss die Haut regelmäßig **medikamentös** oder durch Spezialbäder abgeschuppt und sorgfältig **gepflegt** werden. Aussicht auf Heilung besteht nicht.

Die Krankheiten im Alltag von Kindertagesstätte und Schule

Generell gleichen sich die Auswirkungen jeder Hauterkrankung: Sie wirken wie **„Kainsmale“**. Insbesondere wenn die erkrankten Hautpartien entblößt werden sollen, kann es für erkrankte Kinder sehr unangenehm werden. Unaufgeklärten Kindern kann man es nicht verübeln, dass sie Scheu davor haben, erkrankte Haut beim Spielen oder beim Sport anzufassen. Das **Taktgefühl** der Erwachsenen ist in besonderem Maße gefordert. Darüber hinaus wirken sich Psoriasis und Ichtyosis kaum auf Kindergarten- oder Schulalltag aus, wohl aber die **Neurodermitis**.

Der wichtigste Faktor dabei ist – so banal das klingen mag – der Juckreiz. Erkrankte Kinder wissen, dass Kratzen den Juckreiz nicht lindert, trotzdem kratzen sie sich – manchmal bis Blut fließt. Das verschlimmert nicht nur die ästhetischen Probleme, sondern führt zu zusätzlichen Entzündungen und Infektionen.

Kinder mit Neurodermitis sind nicht selten unausgeschlafen, weil **nächtliche Juckreizattacken** sie aus dem Schlaf gerissen haben. Dieser Zustand geht oft über mehrere Tage bzw. Nächte. Das führt dazu, dass sie dem Geschehen in Kindergarten oder Schule nicht konzentriert folgen können und sie auch nicht die entsprechenden **Leistungen** erbringen, obgleich sie genau so intelligent und leistungswillig sind wie ihre gesunden Spiel- und Schulkameraden. Regelmäßige Hautpflege und Arztbesuche rauben Zeit, die zumindest phasenweise für die Hausaufgaben fehlt. Mit Kuren und anderen **Fehlzeiten** ist zu rechnen.

Ähnlich wie bei Kindern mit Asthma können **Stresssituationen** (wie z.B. belastende Familiensituationen, Mobbing in der Klasse, Leistungsprobleme) Krankheitsschübe auslösen. Hier kann qualifizierte psychologische Unterstützung mitunter Besserung bringen.





Kinder mit Neurodermitis haben ihre Erfahrungswerte, welche **Nahrungsmittel** ihnen gut tun und welche nicht, auch wenn ursächliche Zusammenhänge schwer nachzuweisen sind. Darauf müssen sie bei gemeinsamen Mahlzeiten in Kindertagesstätte und Schule achten. Trockene, überheizte Räume, in denen evtl. auch noch geraucht wird, sind auf jeden Fall ungünstig für sie.

Kinder mit einem **akuten Schub von Neurodermitis** versuchen meist, den Juckreiz auszuhalten, ohne ihm nachzugeben. Das erfordert Konzentration und Selbstbeherrschung. Oft schaffen sie das durch **Autogenes Training**. Darüber hinaus gibt es viele „Tricks“, das Kratzen zu vermeiden, die die Kinder in speziellen Schulungen lernen: Klopfen und Kneifen in der Umgebung der juckenden Hautstelle, Auflegen von Kühlelementen aus dem Eisschrank, sich Verkrallen in ein Stofftier, das ersatzweise Kratzen über einen lederbezogenen „Kratzstein“, das Überstreifen von Handschuhen usw. Das alles muss ihnen im Kindergarten und im Unterricht erlaubt sein, ohne dass Erzieher oder Gruppenmitschüler darauf in irgendeiner Weise reagieren – außer anerkennend bezüglich der gezeigten **Selbstkontrolle** und Disziplin des Kindes. Dass dies alles die Aufmerksamkeit des Kindes in Anspruch

nimmt, kann man sich gut vorstellen. Effektiv bzw. hilfreich kann es sein, das Kind durch eine Sachfrage oder eine praktische Aufgabe abzulenken.

Bei außerschulischen **Unternehmungen** sind für Kinder mit Neurodermitis und auch anderen Hauterkrankungen Fragen der Ernährung (Diätpläne), der Unterkunft (bei zusätzlichen Allergien), des erlaubten Maßes an Sonneneinwirkung mit den Eltern und den betroffenen Kindern zu klären. Die begleitenden Erzieher sollten über die anzuwendenden **Medikamente und Hautpflegemittel** informiert sein. Zeit und Muße für Pflegemaßnahmen sollen Kindern mit Neurodermitis, Psoriasis und Ichtyosis gewährt werden. Ansonsten gibt es keine Einschränkungen.

Bei Spiel und **Sport** gilt: Grundsätzlich ist Bewegung, vor allem an frischer Luft, für die meisten Menschen mit einer Hautkrankheit günstig. Bei Neurodermitis ergibt sich aber folgendes Problem: Durch **Schwitzen** kann Juckreiz ausgelöst werden und nach einem Duschbad sollte ausreichend Zeit für das Einreiben mit **rückfettender Salbe** zur Verfügung stehen. Der Aufenthalt in gechlortem Wasser kann bei Psoriasis und Neurodermitis zu einer **Verschlechterung** bis hin zur Vereiterung von Entzündungsherden führen. Kinder mit Ichtyosis sollten generell wenig baden. Im Sportunterricht kann der Zwang zum Entkleiden zu einer psychischen Belastung werden. Hier ist im Einzelfall eine **Befreiung** ratsam.

Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht

Kinder mit Neurodermitis, Psoriasis und Ichtyosis brauchen Gruppenmitglieder, die

- verstanden haben, dass von den Hauterscheinungen keinerlei Gefahr für sie ausgeht,
- ihre Scheu vor Berührungen und Nähe überwinden können,
- das erkrankte Kind in Ruhe gewähren lassen, wenn es seine „Tricks“ gegen Juckreiz anwendet oder seine Haut pflegt.

Sie brauchen auch Pädagoginnen und Pädagogen, die

- verstehen, warum ein erkranktes Kind zumindest zeitweise Hemmungen hat sich auszuziehen,
- das Kind unterstützen bei seinen Bemühungen, sich nicht zu kratzen und seine Pflegemaßnahmen zulassen,
- bei besonderen Unternehmungen die Probleme des Kindes mit berücksichtigen,
- bei Leistungsbewertungen aktuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen mit in Betracht ziehen.

3.4 Neurofibromatose Typ 1 (früher: Morbus Recklinghausen)

Krankheitsbild

Neurofibromatose gibt es als Typ 1 und Typ 2. Im Kindesalter spielt Typ 1 eine wichtige Rolle: eines von 3000 Kindern ist von dieser in der Regel genetisch bedingten Krankheit betroffen. **Vordergründig** scheint diese Krankheit vor allem die Haut zu befallen: typische Kennzeichen der Krankheit sind **hellbraune Flecken** (Café-au-lait-Flecken/Milchkaffee-Flecken) und Sommersprossen in der Achsel oder Leistenregion. Charakteristisch sind in jedem Fall Neurofibrome, **knotige Veränderungen der Haut**, die aber vorwiegend aus Nerven- und Bindegewebe bestehen.

Sie treten meist erst ab der Pubertät auf. Viele Kinder haben dadurch keine wesentlichen gesundheitlichen Beschwerden. Störende oder schmerzhaftes Neurofibrome können operativ entfernt werden. Eine medikamentöse Behandlung gibt es nicht. Um verschiedenen möglichen Komplikationen vorzubeugen, wie z. B. einer Sehminderung durch einen Tumor des Sehnervs, sollen Kinder und Jugendliche mit Neurofibromatose regelmäßig untersucht werden.



Die Krankheit im Alltag von Kindertagesstätte und Schule

Bei 40 bis 50% der Kinder mit Neurofibromatose treten bei normaler Intelligenz Störungen auf, die sich als **Teilleistungsschwächen** bemerkbar machen. Bei einigen Kindern besteht eine Minderbegabung. Verwaschene Sprache und andere Verhaltensauffälligkeiten (u.a. Aufmerksamkeitschwäche) machen es zusammen mit den Teilleistungsstörungen dem Betreuer oder der Betreuerin in Kindergarten und Schule schwer, das Kind richtig einzuschätzen. Störungen können auftreten bei der Informationsaufnahme und/oder bei der Informationsverarbeitung und/oder bei Gedächtnisleistungen (vor allem beim Kurzzeitgedächtnis) und/oder bei der Informationsweitergabe (insbesondere beim Beantworten von Fragen). Die Diagnose von Fachleuten ist wichtige Voraussetzung für einen angemessenen Umgang mit diesen Schwächen.

Auch die körperlichen Symptome haben Auswirkungen auf den Alltag in Kindergarten und Schule. Regelmäßige **Untersuchungen**, die ständige Beobachtung der Flecken und Knoten, evtl. **Operationen** und auch Probleme mit der **sozialen Akzeptanz** wegen der Flecken und der beulenartigen Verdickungen der Haut sind Belastungen für Kinder mit Neurofibromatose. Die sportliche Leistungsfähigkeit ist wegen verminderter Spannkraft der Muskulatur und evtl. motorischer Schwierigkeiten beeinträchtigt.

Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht

Kinder mit Neurofibromatose brauchen Gruppenmitglieder, die

- ein krankes Kind nicht wegen seiner Flecken und Tumoren hänseln oder gar ablehnen,
- ihm helfen, seine Teilleistungsstörungen zu kompensieren,
- Mitgefühl und Hilfsbereitschaft zeigen, wenn es zu aktuellen Problemen kommt (vor allem Operationen).

Sie brauchen auch Pädagoginnen und Pädagogen, die

- bei Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes den Rat von Fachleuten einholen und befolgen,
- über die Krankheit genug wissen, um ein betroffenes Kind vor Diskriminierungen zu schützen,
- bereit sind, sich mit seinen Teilleistungsstörungen auseinander zu setzen und ihm bei der Kompensation zu helfen.

3.5 Chronisch entzündliche Erkrankungen des Darms:

■ Colitis ulcerosa und Morbus Crohn

Der Darm ist ein mehrere Meter langer Schlauch, der vom Magen bis zum After reicht. Er ist mit Schleimhaut ausgekleidet. Er gliedert sich in den **Dünndarm** und in den wesentlich kürzeren **Dickdarm**. Von der einwandfreien Funktion des Darms hängt sowohl das Wohlbefinden als auch die gesunde Entwicklung des Körpers ab.

Schätzungsweise 240.000 Menschen in Deutschland leiden an zwei Formen **chronischer Entzündungen der Darmschleimhaut**: 90.000 an **Colitis ulcerosa** und 150.000 an **Morbus Crohn**. Während man früher glaubte, solche Krankheiten träten im Kindesalter noch nicht auf, weiß man heute, dass jeder dritte Patient bei der Diagnose einer dieser chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen jünger als 18 Jahre alt ist, davon sind – je nach Studie – 20 bis 38% unter 10 Jahren. Die Krankheitsbilder bei Kindern sind nicht völlig identisch mit denen bei Erwachsenen.

Krankheitsbilder

Die Krankheitsbilder von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn ähneln sich. Bei beiden Krankheiten dominieren als Symptome schubweise auftretende **Bauchschmerzen**





und **Durchfälle**, die manchmal **blutig** sind. Gewichtsstillstand oder -verlust, **Wachstumsstörungen** und bei Morbus Crohn während der Pubertät auch Entwicklungsstörungen kommen häufig zusätzlich vor. Zu betonen ist, dass beide Erkrankungen – im Gegensatz zu einigen anderen Krankheiten, die von Durchfällen begleitet sind – **nicht ansteckend** sind.

Außerdem gibt es bei Kindern mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen des Darms **psychische Probleme**, weil sie oft Schmerzen haben, ständig mit Durchfällen rechnen müssen und manchmal unter Übelkeit und Schwächegefühlen leiden. Bei der Ernährung müssen sie bestimmte Regeln einhalten, weil sie manche Nahrungsmittel nicht vertragen. Sie wissen, dass ihnen Operationen bevorstehen können und auch das Risiko einer Darmkrebserkrankung besteht.

Die Krankheiten im Alltag von Kindertagesstätte und Schule

Kinder mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen fallen in Kindertagesstätte und Schule vor allem dadurch auf, dass sie zeitweise sehr oft zur Toilette müssen. Dabei sind sie auf besonders saubere Verhältnisse angewiesen. Je nach Situation in der Einrichtung sollte man dem Kind das Benutzen der Mitarbeiter-/Lehrertoilette erlauben. Zeitlich ausgedehnte Unternehmungen können für die Kinder zur Quälerei werden, wenn sie nicht zur Toilette können. Das

Gleiche gilt für die Unterbringung in Gemeinschaftsschlafräumen. Sie sind – ähnlich wie Kinder mit Nahrungsmittelallergien – auf besondere Ernährung angewiesen, was bei Gemeinschaftsverpflegung zum Problem werden kann.

Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht

Kinder mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen brauchen Gruppenmitglieder, die

- Verständnis für ihre besonderen Probleme mit Ernährung und Verdauung aufbringen und betroffene Kinder nicht hänseln,
- bei Zugeständnissen an das Kind (u. a. beim häufigen Aufsuchen der Toilette) keine Bevorzugung unterstellen.

Sie brauchen auch Pädagoginnen und Pädagogen, die

- gut über die Alltagsprobleme der Kinder Bescheid wissen und bereit sind, Zugeständnisse zu machen,
- Ängste bezüglich der Weiterentwicklung der Krankheit ernst nehmen.



3.6 Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2 („Zuckerkrankheit“)

Zucker und andere Kohlenhydrate, die wir mit der Nahrung aufnehmen, werden bei der Verdauung in „Einfachzucker“ zerlegt. Das sind die Bausteine, die aus dem Darm ins Blut übertreten und in den Zellen zur **Energieversorgung** des Körpers genutzt werden können. Ein Teil wird in der Leber umgebaut und als Reserve gespeichert. Dies alles gelingt nur in Anwesenheit von Insulin. Insulin ist ein Hormon, das in bestimmten Zellen der **Bauchspeicheldrüse** gebildet und direkt ins Blut abgegeben wird.

Fehlt Insulin oder sprechen die Körperzellen nicht hinreichend auf Insulin an, kann die Energie aus dem aufgenommenen Zucker nicht optimal genutzt und auch nicht gespeichert werden. Energiereserven für besondere Anstrengungen fehlen.

Solche Probleme liegen beim **Diabetes mellitus** (der „Zuckerkrankheit“) vor. Es gibt zwei Typen des Diabetes mellitus: Typ-1 wurde früher vor allem im Kindesalter, Typ-2 im Erwachsenenalter beobachtet. So bürgerten sich die Begriffe „Jugenddiabetes“ und „Altersdiabetes“ ein. Heute verzichtet man auf diese Begriffe und unterscheidet nur noch Typ-1 und Typ-2, weil Typ-1 auch im Erwachsenenalter, Typ-2 (in zunehmendem Maße) auch im Kindes- und Jugendalter auftritt.

Der Zusatz „mellitus“ (dt.: honigsüß) entfällt oft beim Sprechen über den Diabetes – so auch an manchen Stellen im folgenden Text – weil andere Formen des Diabetes als chronische Erkrankung im Kindesalter sehr selten sind.

Umgangssprachlich heißt die Krankheit, um die es hier geht, **„Zuckerkrankheit“**: Ein Zuviel an Zucker im Blut („erhöhter Blutzuckerspiegel“) und Zucker im Urin sind typisch für einen (unbehandelten) Diabetes.

Krankheitsbild

Die dem Diabetes-Typ-1 und Diabetes-Typ-2 zugrundeliegenden Mechanismen sind unterschiedlich.

Der **Diabetes-Typ-1** ist wahrscheinlich eine **Auto-Immunerkrankung**, bei der sich Abwehrreaktionen des Körpers gegen körpereigenes Gewebe richten – in diesem Fall gegen die für das Insulin zuständigen Zellen in der Bauchspeicheldrüse. Es ist häufig ein schleichender Prozess, der sich (unbemerkt) über Jahre hinziehen kann. Er muss mit Insulin, das gespritzt wird, behandelt werden.

Der **Diabetes-Typ-2** tritt gehäuft bei Fehlernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel auf. Insulin wird über einen längeren Zeitraum vermehrt aus der Bauchspeicheldrüse freigesetzt, wird aber immer uneffektiver genutzt, weil die Körperzellen nicht mehr hinreichend reagieren (**Insulinresistenz**). Schließlich versiegt die Insulinproduktion, und der Körper leidet dann an Insulinmangel. Rechtzeitig erkannt, hilft beim Diabetes-Typ-2 oft eine Umstellung der Lebens- und Ernährungsgewohnheiten oder die Verabreichung von Tabletten. Das Spritzen von Insulin ist seltener nötig als beim Diabetes-Typ-1.

Symptome eines (unbehandelten) Diabetes sind u.a.: Abgeschlagenheit, Müdigkeit, vermehrter Harndrang und (als Folge des häufigen Wasserlassens) Durst, Entzündungen, schlechte Wundheilung, Juckreiz. Im Extremfall kann es zum hyperglykämischen **Schock** (bei **Überzuckerung**) mit Bewusstlosigkeit kommen. **Unterzuckerung** kann ebenfalls zu schockartigen Zwischenfällen führen (hypoglykämischer Schock).

Ein auf Dauer zu hoher Blutzuckerspiegel kann schwerwiegende Organschäden zur Folge haben.

Sowohl die akuten Probleme als auch die Spätschäden können durch **regelmäßige** Kontrolle und **Regulierung**



des Blutzuckerspiegels auf Normalniveau – bei Typ-1 immer mit Hilfe von Insulin – verhindert werden.

Die notwendige Insulinmenge hängt von der **Nahrungszufuhr** einerseits und vom **Energieverbrauch** (körperliche Arbeit, Spiel, Sport) andererseits ab.

Für von Diabetes betroffene Kinder kommt die Diagnose meist völlig unerwartet und stellt insbesondere beim Typ-1 hohe Ansprüche an ihre Fähigkeit, die Therapie – einschließlich Spritzen! – einerseits und die **psychosozialen Probleme** andererseits zu verkraften.

Die **Herausforderung** im Alltag besteht darin, Insulinzuführung, Nahrungsaufnahme und Bewegung so aufeinander abzustimmen, dass es weder zur Überzuckerung noch zur Unterzuckerung (durch überhöhte Insulinzufuhr) kommt. Die Basisbehandlung mit Insulin besteht aus einer Injektion morgens und einer Injektion abends. Heute ist es üblich, dass Kinder mit Diabetes-Typ-1 darin



geschult werden, ihren Blutzucker tagsüber selbst zu messen und sowohl die Nahrungsaufnahme als auch die Insulinmenge, die sie sich zusätzlich zur Basisversorgung spritzen, den aktuellen Blutzuckerwerten anzupassen. Das Spritzen erfolgt mit Hilfe von „Pens“ (Ähnlichkeit mit Füllfederhalter) oder – in zunehmendem Maße – über Insulinpumpen.

Bei der Ernährung müssen sich Kinder mit Diabetes an Tabellen orientieren, die ihnen auch sagen, welche Nahrungsmittel sie gegeneinander austauschen können, damit ihre Diät nicht einseitig wird. In Deutschland wird mit Broteinheiten gerechnet (BE).

Die Krankheit im Alltag von Kindertagesstätte und Schule

Grundsätzlich sind Kinder mit Diabetes geistig und körperlich **genauso leistungsfähig** wie gesunde Kinder. Die von ihnen abverlangte Selbstdisziplin lässt sie oft sogar besonders leistungswillig werden.

Kinder und Jugendliche mit Diabetes-Typ-1 müssen in der Regel **mehrere kleine Mahlzeiten** über den Tag verteilt zu sich

nehmen – auch während des Aufenthaltes in Kindergarten oder Schule. Auch müssen sie regelmäßig den Blutzuckerspiegel **kontrollieren**: Das Kind sticht sich in die Fingerkuppe, gibt einen **Blutstropfen** auf einen Teststreifen und bestimmt dann mit einem elektronischen Messgerät den Blutzuckergehalt. Das dauert insgesamt kaum zwei Minuten. Ist zu wenig Zucker im Blut (**Unterzuckerung**), muss das Kind sofort etwas „Süßes“ essen (keine „light“-Produkte!). Ist der Blutzuckerspiegel zu hoch (**Überzuckerung**), muss das Kind Insulin zuführen. Dies geschieht durch das eigenständige Setzen einer **Insulinspritze** unter die Haut.

Bei einem Kind mit Diabetes-Typ-1 ist also mit folgenden „Auffälligkeiten“ zu rechnen:

- Das Kind verweigert spontane Nahrungsangebote.
- Das Kind nimmt Nahrung zu sich, wann es will.
- Kind misst seine Blutzuckerwerte – auch mitten im Unterricht.
- Das Kind setzt sich – evtl. zurückgezogen hinter einem Sichtschutz oder in einem ruhigen Nebenraum – eine Spritze.
- Das Kind geht häufiger zur Toilette als andere Kinder.

In der **Eingewöhnungszeit** kurz nach der Diagnose sind vor allem jüngere Kinder darauf angewiesen, dass sie an die für sie gültigen „Spielregeln“ in Kindergarten und Schule erinnert werden. Auch in der Pubertät brauchen viele



betroffene Kinder eine solche Unterstützung, weil ihre Motivation, sich an strenge Regeln zu halten, nachlassen kann.

Bei **Unternehmungen**, die den gewohnten Tagesrhythmus durchbrechen (Klassenfahrt, Ausflug), sollten Eltern und Kind das Ausmaß der zu erwartenden körperlichen Anstrengung kennen, damit evtl. eine zusätzliche Mahlzeit und auch eine zusätzliche Ration Insulin mitgenommen werden. Wenn ein Kind vorsorglich wegen einer erwarteten körperlichen Anstrengung eine Extra-Mahlzeit zu sich nimmt, diese Anstrengung dann aber ausbleibt (z.B. weil die Planung ohne Vorankündigung geändert wird), droht **Überzuckerung**. Bei zu viel unerwarteter körperlicher Anstrengung droht **Unterzuckerung**, die sich schleichend einstellt und vom Kind selbst nicht immer bemerkt wird. Symptome können sein: Blässe (vor allem um den Mund), Schweißausbruch, Schläfrigkeit, Zittern, Gleichgewichtsstörungen, Konzentrationsschwäche und Kopfschmerzen. Manche Kinder reagieren dann langsamer, hören nicht mehr richtig zu, sind wie erstarrt. Bei einer schweren Unterzuckerung treten auch Sprachstörungen und **andere Verhaltensauffälligkeiten** auf (clownhaftes oder aggressives Verhalten, Gereiztheit, Launenhaftigkeit, Weinerlichkeit). Hier ist das Kind unbedingt auf **Hilfe von außen** angewiesen: Es muss sofort etwas Zuckerhaltiges essen. Gelingt diese Versorgung, so ist der „Spuk“ nach rund 10 Minuten vorbei. Das Kind sollte eine Weile beobachtet werden und keinesfalls ohne Begleitung nach Hause geschickt werden. Im schlimmsten Fall kann eine nicht beachtete Unterzuckerung zur **Bewusstlosigkeit** mit Krämpfen führen. Der **Arzt** muss umgehend

gerufen werden. Die Eltern sollten benachrichtigt werden.

Dass ein Kind mit Diabetes seine **Mess- und Spritzutensilien** auf die Klassenfahrt mitnimmt, sollte die Lehrperson vorsichtshalber persönlich überprüfen. Eine Packung Traubenzucker und ein zuckerhaltiges Getränk in der Tasche der Lehrperson geben zusätzlich Sicherheit.

Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht

Kinder mit Diabetes mellitus brauchen Gruppenmitglieder, die

- verstehen, warum für ein Kind mit Diabetes andere Spielregeln bei der Nahrungsaufnahme gelten als für gesunde Kinder,
- ein betroffenes Kind unbehelligt seine Messungen und Injektionen durchführen lassen,
- wissen, wann sie für das Kind Hilfe holen müssen (vor allem bei Unterzuckerung).

Sie brauchen auch Pädagoginnen und Pädagogen, die

- ein Kind bei der Einhaltung seiner „Spielregeln“ unterstützen,
- bei Planungen von besonderen Unternehmungen die speziellen Bedürfnisse des Kindes mit bedenken,
- die Symptome von Über- und vor allem Unterzuckerung wahrnehmen,
- wissen, wie sie dem Kind in Krisensituationen helfen können.

3.7 Angeborene Herzfehler

Jährlich kommt etwa ein Prozent aller Kinder mit einem **angeborenen Herzfehler** zur Welt. Durch stark verbesserte Diagnostik, Operations- und Behandlungsmethoden erreichen immer mehr dieser Kinder das Schulalter, und die Anzahl betroffener Kinder in den Schulen steigt.

Wichtig am Bau des Herzens und der angrenzenden Blutgefäße ist der getrennte Transport von sauerstoffarmem und sauerstoffreichem Blut. Das **sauerstoffarme** – mit Kohlenstoffdioxid angereicherte – Blut aus dem Körper muss von der rechten Herzhälfte über Lungenarterien in den **Lungenkreislauf** (Herz-Lunge-Herz) gepumpt werden, sodass es beim Atmen Kohlenstoffdioxid abgeben und sich mit Sauerstoff anreichern kann. Das **sauerstoffreiche** Blut aus der Lunge gelangt dann über die Lungenvenen in die linke Herzhälfte und von dort über die Aorta (größte Körperarterie) in den **Körperkreislauf** (Herz-Körper-Herz). Eine Vermischung von sauerstoffarmem und sauerstoffreichem Blut würde zu einer Mangelversorgung des Körpers mit Sauerstoff führen. Die beiden Herzhälften sind durch die Herzscheidewand voneinander getrennt. In beiden Herz-





hälften sorgen **Herzklappen** dafür, dass das Blut immer in die richtige Richtung fließt. Sie wirken wie Ventile.

Das **ungeborene Kind** wird über die Nabelschnur mit sauerstoffreichem Blut aus dem Blutkreislauf der Mutter versorgt und atmet noch nicht selbst. Eine strikte Trennung von Lungen- und Körperkreislauf vor der Geburt gäbe deshalb keinen Sinn. Bis zur Geburt strömt Blut, das von der Nabelschnur her kommt, durch ein Loch in der **Herzscheidewand** vom rechten Vorhof direkt weiter in die linke Herzhälfte und dann in den Körperkreislauf. Außerdem gibt es beim ungeborenen Kind gleich hinter dem Herzen eine Verbindung („Kurzschluss“) zwischen dem Blutgefäß, das von der rechten Herzhälfte zur Lunge führt (Lungenarterie), und der Aorta, die den Körper mit sauerstoffreichem Blut versorgen soll. So wird die Lunge umgangen.

Krankheitsbilder

Angeborene Herzfehler betreffen meist die **unvollständige Trennung** der beschriebenen Kreislauf- bzw. Herzteile: Bei manchen Kindern schließen sich das Loch in der Herzscheidewand (Foramen ovale) und die Verbindung zwischen den beiden Kreisläufen hinter dem Herzen (Ductus arteriosus Botalli) nicht spontan nach der Geburt. Diese Fehler können meist operativ behoben werden, und die Kinder sind auf Dauer kaum beeinträchtigt.

Es gibt aber auch **komplexe Herzfehler**, von denen entweder das Herz selbst oder die angrenzenden Gefäße betroffen sind: Herzkammern können z. B. zu klein sein oder Herzklappen können fehlen oder verengt sein. Herznahe Gefäße können verlagert oder vertauscht sein. Derartige Herzfehler werden heutzutage – z.T. in mehreren Schritten – in der Regel erfolgreich operiert. Auch Herztransplantationen im Kindesalter gibt es. Meist sind **Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit** die Langzeitfolge, auch wenn man den Kindern „eigentlich nichts anmerkt“.

Immer besteht nach Herzoperationen erhöhte Gefahr von **Herzinnenhautentzündungen**, wenn durch Infektionen oder Verletzungen Bakterien in die Blutbahn gelangen. In einigen Fällen sind **blutverdünnende Medikamente** nötig. Dadurch können innere und äußere Verletzungen für diese Kinder besonders gefährlich werden.

Bei manchen Kindern gibt es auch **Störungen des Herzrhythmus**, die – unerkannt und unbehandelt – ein **hohes Risiko** bedeuten können. Diese Kinder benötigen **Medikamente** zur Regulierung der Herzrhythmus oder sogar einen Herzschrittmacher.



Angeborene Herzfehler können in Familien gehäuft vorkommen, können aber durch besondere Einflüsse auch erstmalig in einer Familie auftreten: Rötelerkrankung der Mutter während der Schwangerschaft und Nebenwirkungen von bestimmten Medikamenten gehören u.a. zu solchen Einflüssen.

Die Krankheit im Alltag von Kindertagesstätte und Schule

Mehr noch als bei anderen chronischen Erkrankungen hängen die Auswirkungen bei herzkranken Kindern ganz vom **Einzelfall** ab. Es gibt in Kindertagesstätten und Schulen Kinder und Jugendliche, die schon vor mehreren Jahren am Herzen operiert worden sind und heute praktisch normal belastbar sind – wenn man von körperlichen Höchstleistungen absieht. Ein anderes „Herzkind“ kann dagegen in seiner **Belastbarkeit** so eingeschränkt sein, dass es ständig Hilfe braucht (vom Abholen am Auto bis hin zur Begleitung auf die Toilette). Ein solcher Fall ist jedoch sehr



selten! Kinder mit Herzproblemen brauchen für manche körperlichen Aktivitäten einfach etwas **mehr Zeit** als andere. Sie sind dadurch in Gefahr, ständig zu spät zu kommen, wenn z. B. Wechselzeiten zwischen Spiel- oder Klassenräumen zu kurz bemessen sind. Wichtig ist auch die Frage: Wie kann man regeln, dass sich das Kind aus dem Pausen-„Getümmel“ zurückziehen und in Ruhe seine Pause verbringen kann?

Medikamente, auf die „Herzkinder“ angewiesen sind, haben unterschiedliche **Nebenwirkungen**, die sich spezifisch auf den Alltag auswirken können: Beta-Blocker lassen den Herzmuskel langsamer und ökonomischer arbeiten und können nebenbei Konzentrationsprobleme verursachen, was bei längeren Spiel- und Arbeitsphasen (Klassenarbeiten!) hinderlich ist. Entwässernde Medikamente entlasten die Herzarbeit, bedeuten aber einen häufigeren Gang zur Toilette. Gerinnungshemmende/„blutverdünnende“ Mittel, die „Verklumpungen“ des Blutes verhindern, erhöhen insgesamt die Blutungsneigung (nach außen und nach innen). Unfälle und Verletzungen können deshalb besonders gefährlich werden.

Wegen des Risikos einer **Herzinnenhautentzündung** sollen sich betroffene Kinder vor dem Eindringen von Keimen über verletzte Haut oder Schleimhaut schützen. Für sie ist es u. a. wichtig, eine sorgfältige Mundhygiene zu betreiben, damit möglichst selten zahnärztliche Eingriffe (auch Zahnsteinentfernung) erforderlich werden.

Für **besondere Unternehmungen** ist die Frage zu klären: Welche Unterkünfte, Ausflugsziele, Wanderungen und sportliche Aktivitäten sind auch für das Kind mit dem Herzfehler geeignet? In enger Zusammenarbeit mit dem Elternhaus und in besonderen Fällen auch mit dem behandelnden Arzt müssen die Möglichkeiten für die Teilnahme des Kindes an der Unternehmung geklärt werden. Für Zwischenfälle sollte der **Herzpass** immer mitgeführt werden. Die erwachsene Begleitperson sollte eine Fotokopie davon haben.

Bei mehrtägigen außerschulischen Veranstaltungen überwacht die Begleitperson die **Medikamenteneinnahme**. Dazu muss sie über Art und Menge der Medikamente informiert werden – günstig ist ein schriftlicher „Laufzettel“.

In besonderen Fällen kann – vor allem bei jungen Kindern – erwogen werden, ein Familienmitglied auf Klassenfahrt mitzunehmen.

Kinder, die gerinnungshemmende Medikamente nehmen und die ihre Blutungsneigung (Quick-Wert) selbst kontrollieren sollen, müssen Gelegenheit haben, die entsprechende Messung in Ruhe durchzuführen. Sie läuft ähnlich ab wie die mit einem modernen Blutzuckermessgerät.

Grundsätzlich nehmen herzkranke Kinder am **Sportunterricht** teil, wenn auch manchmal nur **eingeschränkt** und **ohne Betonung**. Kinder, die gerinnungshemmende Präparate nehmen, sind von Übungen mit hohem Verletzungsrisiko (auch Prellungen) fernzuhalten; ggf. muss sofort ein Arzt gerufen werden. Herzkranken Kindern sollte das Recht eingeräumt werden, jederzeit eine **Pause** einzulegen. Bei Herzrhythmusstörungen („Herzrasen“) erhält das Kind die Möglichkeit, in Ruhe die erlernte Atemtechnik („Pressatmung“) anzuwenden.

Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht

Kinder mit angeborenen Herzfehlern brauchen Gruppenmitglieder, die

- Sonderregelungen und Sonderbehandlungen betroffener Kinder nicht als Bevorzugung interpretieren,
- verstehen, warum sich diese Kinder manchmal „auffällig“ verhalten (häufiger Toilettengang, sorgfältige Zahnpflege, Medikamenteneinnahme, evtl. Blutmessungen usw.),
- bereit sind, notwendige Hilfen zu leisten, um dem Kind den Besuch der Tageseinrichtung oder der Schule zu ermöglichen,
- wissen, wann sie Hilfe für das Kind herbeirufen müssen.

Sie brauchen auch Pädagoginnen und Pädagogen, die

- Bescheid wissen über die Belastbarkeit des Kindes und diese bei Planungen berücksichtigen,
- notfalls Hilfen für das Kind organisieren,
- bereit sind, es bei der Medikamenteneinnahme zu unterstützen,
- wissen, wann das Kind ärztliche Hilfe braucht.





3.8 Epilepsien

Vier bis fünf Prozent aller Kinder haben in den ersten Lebensjahren einen oder mehrere **Krampfanfälle**. Das hat zu tun mit der Unreife und der Stoffwechsellabilität des kindlichen Gehirns. Solche „Gelegenheitskrämpfe“ treten u. a bei hohem Fieber oder Vergiftungen auf. Nur bei einem Teil dieser Kinder entwickelt sich eine Epilepsie. Etwa 200.000 Kinder in Deutschland haben diese Krankheit. Einer von 200 Menschen in der Gesamtbevölkerung hat eine Epilepsie. Obwohl die Epilepsie eine **häufige Erkrankung** ist, wird wenig – und auch eher ungern – darüber gesprochen. Unwissenheit, Verunsicherung und Ängste haben zu vielen Vorurteilen geführt. Dabei kann jeder Mensch in jedem Lebensalter an einer Epilepsie erkranken, sodass es eigentlich ein allgemeines Interesse an **Aufklärung** geben müsste.

Die Epilepsie beruht auf einer **Funktionsstörung des Gehirns**. Das Gehirn besteht aus ca. 100 Milliarden Nervenzellen. Alle Meldungen an das Gehirn und alle Befehle des Gehirns an den Körper basieren auf Erregungen der Nervenzellen. Diese **Erregungen** sind gleichzusetzen mit **elektrischen Impulsen**, vergleichbar denen, die in Kabeln entlang laufen, wenn sie unter Strom stehen. Solche elektrischen Impulse kann man mit Hilfe des Elektroencephalo-

gramms (EEG) sichtbar machen. Wichtig für alle körperlichen und geistigen Leistungen ist, dass die mit den Erregungen verbundenen elektrischen „Entladungen“ im Gehirn wohl dosiert und **geordnet** ablaufen.

Krankheitsbilder

Kennzeichnend für Epilepsien sind **„epileptische Anfälle“**. Bei einem solchen Anfall kommt es zu „kurzschlussartigen“ diffusen Entladungen, d. h. der elektrische Strom läuft im Gehirn nicht zu seinem Bestimmungsort, sondern nimmt einen falschen „chaotischen“ Weg, was sich als „Anfall“ darstellt.

Erbanlagen und **äußere Einflüsse** (Entzündungen, Blutungen, Durchblutungsstörungen, Sauerstoffmangel, Unfallverletzungen, Narbengewebe, Stoffwechselstörungen und Tumore im Gehirn) können für Epilepsien verantwortlich sein.

Man unterscheidet verschiedene **Anfallstypen**, die sich im Erscheinungsbild stark unterscheiden: Ein **„großer Anfall“** beginnt mit plötzlicher **Bewusstlosigkeit** und einer Versteifung der Muskulatur. Das Kind stürzt abrupt zu Boden. Es kommt zu **Zuckungen** von Armen und Beinen, häufig auch im Kopf-

bereich. So ein Anfall dauert wenige Minuten. Vor einem solchen „großen Anfall“ haben einige Kinder Missempfindungen, die sie im Laufe der Erkrankung gut als Vorboten („**Aura**“) des Anfalls deuten lernen. Unter Umständen kann das Kind dann selbst dafür sorgen, dass es während des Anfalls nicht unkontrolliert hinfällt.

Sollte ein „großer Anfall“ überraschend auftreten, kann sich das Kind **verletzen**. Darauf ist von Außenstehenden zu achten.

Den Anfall selbst kann man **in Ruhe** abwarten. Den Kopf sollte man in Seitenlage auf ein flaches Kissen legen. Niemals darf mit Gewalt versucht werden, Verkrampfungen zu lösen oder den Anfall zu unterbrechen. Es gibt krampflösende Mittel, die man anwenden kann, wenn der Anfall sich ungewöhnlich lange hinzieht und der Arzt dies ausdrücklich empfohlen hat. Nach Abklingen des Anfalls braucht das Kind Ruhe.

Ein **Arzt** muss nur gerufen werden, wenn der Anfall **länger als fünf Minuten** dauert, sich das Gesicht bläulich verfärbt oder evtl. eine Verwirrtheit nach dem Anfall länger als 30 Minuten andauert.

„**Kleine Anfälle**“ erscheinen weit weniger dramatisch: Sie treten in verschiedenen Formen auf, so unter anderem als „**Blitzkrämpfe**“ von wenigen Sekunden in einzelnen Extremitäten. Bei Kindern äußern sich „kleine Anfälle“ oft als **Absencen**; das sind „**Bewusstseinspausen**“, die einige Sekunden dauern. Bei diesen Absencen sind die

Augen halb geöffnet. Das Kind wirkt „verträumt“. Die Bewegungen sind verlangsamt. Momentane Tätigkeiten werden kurz unterbrochen oder mechanisch fortgeführt. Oft äußert sich der Anfall auch „nur“ in **Verhaltensauffälligkeiten** („psychomotorische Anfälle“): Das Kind wird unruhig, nestelt an der Kleidung, läuft unmotiviert herum, macht Schluck- und Leckbewegungen und spricht unverständlich.

Unabhängig davon, ob sich die Epilepsie in „großen“ oder „kleinen“ Anfällen zeigt, unterscheidet man die Anfälle in **medizinischen Fachkreisen** heutzutage vor allem nach dem Grad der **Beteiligung des Gehirns** zu Beginn eines Anfalls.

Epileptische Anfälle treten in der Regel ohne **konkrete Auslöser** auf. Dennoch können körperliche oder geistige Überlastung, Fieber, Witterungswechsel, Schlafmangel, überraschende Geräusche oder ein anderer Schreck (**Reflex-Anfall**) das Auftreten begünstigen. Manche Kinder reagieren auch auf flackerndes oder kontrastreiches Licht (Fernsehen, Kino, Computer, Diskotheken) mit einem Anfall. Eine Sonnenbrille bietet einen gewissen Schutz.

Kinder mit Epilepsie werden mit **speziellen Medikamenten** (Antiepileptika) behandelt, die die Anfallbereitschaft herabsetzen. Manche haben als **Nebenwirkung**





einen leicht sedierenden (= beruhigenden, dämpfenden) Effekt. Antiepileptika müssen regelmäßig eingenommen werden, um den Wirkstoffspiegel im Blut konstant zu halten.

Die individuelle Einstellung des Kindes auf ein optimal wirkendes Medikament braucht manchmal einige Zeit (oft mit Krankenhausaufenthalt). Dann aber sind ca. 70 Prozent aller betroffenen Kinder **anfallfrei**. Bei den anderen Kindern treten Anfälle nur noch selten auf. Weglassen des Medikamentes oder Umstände, die die Aufnahme ins Blut beeinträchtigen (Erbrechen, Durchfall), können zu einem Anfall führen.

Es gibt **Notfallausweise** für Menschen mit Epilepsie, die einem fremden Arzt Auskunft über frühere und aktuelle medikamentöse Behandlungen geben.

Die Krankheit im Alltag von Kindertagesstätte und Schule

In der Regel ergeben sich im Alltag **kaum Auswirkungen**, wenn ein Kind mit Epilepsie in der Gruppe ist, insbesondere wenn das Kind medikamentös gut eingestellt ist und alle Beteiligten informiert sind.

Die **Lern- und Leistungsfähigkeit** eines Kindes ist grundsätzlich von einer Epilepsie nicht betroffen. Sie kann aber durch die den Anfällen zugrunde liegende Störung der Gehirnfunktionen, durch Nebenwirkungen der Medika-

mente, längere Krankenhausaufenthalte und durch psychosoziale Belastungen beeinträchtigt werden. Teilleistungsschwächen kommen vor. „Kleine Anfälle“ wirken sich – je nach Zeitpunkt des Auftretens – beim Schreiben, Rechnen und Sprechen aus. Beim Spielen gibt es „Aussetzer“. Im Werk-, Chemie- oder Physikunterricht oder bei entsprechenden Freizeitaktivitäten sollten Kinder mit einer Epilepsie keine **gefährlichen** Arbeiten oder Experimente durchführen. Beim **Sport** (einschließlich Schwimmen!) ist Vorsicht geboten.

Absenzen und „psychomotorische Anfälle“ können von Erziehern und Erzieherinnen, Lehrern und Lehrerinnen – und auch von Gruppenmitgliedern – fälschlicherweise als Unkonzentriertheit, fehlende Anstrengungsbereitschaft oder als Störung interpretiert und sanktioniert werden.

Wird man in der Tagesstätte oder im Unterricht Zeuge eines **„kleinen Anfalls“**, sollte man das Kind in **Ruhe lassen** und beobachten.

Das Miterleben eines **„großen Anfalls“** ist für **unvorbereitete** Kinder und Erwachsene in der Regel ein Schock und führt leicht zu

unüberlegten Reaktionen, die dem betroffenen Kind schaden können. Es kann das Kind auch in soziale Isolation drängen.

Die Mitnahme eines Kindes mit einer Epilepsie zu **besonderen Unternehmungen** (Ausflug, Klassenfahrt) wirft Fragen auf, die einvernehmlich zwischen Eltern, Betreuern bzw. Betreuerinnen und dem Kind zu klären sind. Die **Mitnahme eines Familienmitglieds** des Kindes ist in vereinzelt Fällen zu erwägen. Auf jeden Fall muss im Vorfeld geklärt sein, welcher Arzt ggf. gerufen werden kann. Ein Handy ist unverzichtbar. Der **Notfallausweis** muss griffbereit sein.



Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht

Kinder mit einer Epilepsie brauchen Gruppenmitglieder, die

- die Möglichkeit „kleiner“ und „großer“ Anfälle kennen und gelassen zu reagieren gelernt haben,
- wissen, wann sie Hilfe holen müssen,
- akzeptieren, wenn Rücksicht auf ein krankes Kind genommen wird.

Sie brauchen auch Pädagoginnen und Pädagogen, die

- wissen, dass mit „großen“ und „kleinen“ Anfällen zu rechnen und wie zu reagieren ist,
- Absenzen nicht mit anderen Aufmerksamkeitsstörungen verwechseln,
- die Medikamenteneinnahme unterstützen und deren Nebenwirkungen kennen,
- bei besonderen Unternehmungen (z. B. bei der Wahl von Ausflugszielen) die spezielle Situation des Kindes mit bedenken, einschätzen können, wann sie ärztliche Hilfe holen müssen.



3.9 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Ihrem Kind oder einem Kind im Bekanntenkreis geht der Ruf voraus „schwierig“ zu sein, - ein bisschen zu lebhaft, ein bisschen zu spontan, ein bisschen zu unkonzentriert, manchmal unberechenbar. Kommentar von Erwachsenen aus dem Umfeld des Kindes: „Dieses Kind bringt mich zur Verzweiflung – ich weiß nicht, wie ich damit umgehen soll.“

Das Erscheinungsbild ist nicht neu: Der Nervenarzt Heinrich Hoffmann hat diese Kinder, in der Gestalt des „**Zappelphilipp**“, schon vor 150 Jahren beschrieben.

In fast jeder Kindergruppe und Klasse trifft man inzwischen ein Kind, das durch **Unaufmerksamkeit**, impulsives, „undiszipliniertes“ Verhalten, **überschießende Motorik** und **Kontrollverlust** in bestimmten Situationen auffällt. Man schätzt den Anteil auf drei bis fünf Prozent. Jungen sind ungefähr dreimal häufiger betroffen als Mädchen. Diese Kinder machen nicht nur anderen das Leben schwer. Sie leiden selbst unter ihrem Verhalten und den Folgen.

Für das Störungsbild gab es schon viele unterschiedliche Benennungen. Heute wird die Krankheit in der Regel ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) genannt. Früher stand S für das Wort Syndrom. Es gibt Kinder, die vorwiegend **hyperaktiv-impulsiv sind**, andere Kinder sind vorwiegend **aufmerksamkeitsgestört**, und



eine dritte Gruppe ist **aufmerksamkeitsgestört und hyperaktiv**. Immer noch wird über die Ursachen der Störung diskutiert und darüber, wie man Kinder (und Erwachsene) mit ADHS am besten behandelt.

Krankheitsbild

Mehr noch als bei Epilepsien gibt es bei Nicht-Fachleuten Widerstände gegen die Einstufung von ADHS als organisch begründete Krankheit. Die Vorbehalte kann man verstehen, weil fast jede der **Verhaltensauffälligkeiten** für sich genommen (und oberflächlich betrachtet) auch eine normale Entwicklungserscheinung bei Kindern oder Reaktion auf belastende Lebenssituationen oder andere Umwelteinflüsse oder auch das Ergebnis „schlechter“ Erziehung sein kann.

Als gesichert gilt, dass **neurobiologische** und **psychoziale** Faktoren zusammen wirken, wenn tatsächlich ADHS vorliegt.

Zu den psychosozialen Faktoren gehören beispielsweise Reizüberflutung, instabile Familiensituationen und wechselndes Erziehungsverhalten.

Die neurobiologischen Faktoren hängen zusammen mit dem Mangel an einem bestimmten „Botenstoff“ im Gehirn, der zu spezifischen **Funktionsstörungen** führt.

Die **Erregungsleitung** im Gehirn erfolgt nicht nur durch elektrische Impulse entlang der Nervenzellen (vgl. Kapitel 3.8), sondern auch durch **biochemische Stoffe**

(Fachausdruck: Neurotransmitter). Diese überbrücken den Spalt zwischen zwei Nervenzellen. Die Mengen an chemischen Substanzen, um die es hier geht, sind unvorstellbar klein, und jeder **Mangel**, jedes **Ungleichgewicht** kann eine **Störung** hervorrufen. Um ein solches Ungleichgewicht geht es nach heutigem Kenntnisstand auch bei ADHS. Dadurch wird die Fähigkeit der **Selbststeuerung** bei betroffenen Kindern deutlich herabgesetzt. Das Verhalten wird impulsiv, unbedacht, sprunghaft, die Aufmerksamkeit lässt rasch nach bzw. wird leicht gestört; Kinder mit ADHS sind relativ häufig in Unfälle verwickelt.

Die **typischen Auffälligkeiten** treten bereits in den ersten Lebensjahren auf und verschärfen sich in der Regel bei Schuleintritt. Dann ist meist erst eine gesicherte Diagnose möglich. Sie kann nur von einem **erfahrenen Arzt** gestellt werden.

Die Symptome von ADHS werden in der **Pubertät** bei vielen Kindern schwächer. Bei rund einem Drittel der Kinder mit ADHS machen sich Störungen – wenn auch mit etwas veränderter Symptomatik – aber auch im **Erwachsenenalter** noch bemerkbar. Es gibt inzwischen Selbsthilfegruppen von betroffenen Erwachsenen.

Eine **rechtzeitige Behandlung** ist für Kinder mit ADHS sehr wichtig, da ansonsten weitere psychische Störungen hinzukommen können. Die ständigen Ermahnungen und Sanktionen, die nahezu ununterbrochenen Misserfolgserlebnisse, die Übernahme problematischer Rollen in der Gruppe („Klassendown“, „Depp“, „Hans guck in die Luft“, „Taugenichts“) schwächen das Selbstwertgefühl der Kinder und drängen sie in eine **Außenseiterrolle**. Besonders gravierend ist diese negative Entwicklung, wenn zu den Aufmerksamkeitsstörungen und der Hyperaktivität destruktives und aggressives Verhalten hinzukommt. Da die Kinder selbst spüren, dass sie sich nicht anders verhalten können, obgleich sie es sich vornehmen, sind sie oft



traurig und wütend auf sich selbst und fühlen sich als chronische Versager.

Dieser „**Teufelkreis**“ kann und muss durch eine angemessene Therapie möglichst frühzeitig unterbrochen werden.

Die **Therapie** erfolgt in einem sogenannten „multimodalen Behandlungskonzept“. Es bezieht neben einer sorgfältigen Diagnose auch die Beratung der Eltern, Angehörigen und anderer Bezugspersonen sowie psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen ein. Verschiedene Vorgehensweisen wie Psychotherapie, medikamentöse Therapie, pädagogische Maßnahmen und psychosoziale Hilfestellungen greifen so ineinander.

Als Medikament wird überwiegend ein **Stimulans** (meist das Präparat Ritalin[®] mit dem Wirkstoff Methylphenidat) eingesetzt, das aktivierend auf die von dem biochemischen Ungleichgewicht betroffene Gehirnregion wirkt. Es darf nur im Rahmen intensiver ärztlicher Begleitung verordnet werden. **Die Fähigkeit zur Selbststeuerung** nimmt nach Einnahme des Medikaments „schlagartig“ zu. Das Medikament muss **individuell dosiert** und regel-

mäßig eingenommen werden. Bei den neueren Depotpräparaten genügen ein bis zwei Einnahmen pro Tag. 75 Prozent der betroffenen Kinder sprechen auf die medikamentöse Behandlung gut an.

Die Gefahr einer Entwicklung von Abhängigkeit und **Sucht** (wie bei Erwachsenen, die Medikamente dieses Typs als „Weckmittel“ missbrauchen) ist bei Kindern nachgewiesenermaßen **nicht** gegeben. Man geht davon aus, dass eine spätere Drogengefährdung bei medikamentös behandelten Kindern sogar vergleichsweise geringer wird, weil diese Kinder im Rahmen der Behandlung befähigt werden, mit ihren Problemen umzugehen.

Das Medikament sollte jedoch **nur** verordnet werden, wenn nach umfassender Untersuchung die **Diagnose ADHS** eindeutig gestellt worden ist, wenn pädagogisch-psychologische Interventionen allein offenbar nicht ausreichen oder wegen der Schwere der Störung rasche Hilfe notwendig ist.

Ergänzend sollte in jedem Fall eine **psychotherapeutische** oder **heilpädagogische Behandlung** stattfinden. Mit der medikamentösen Behandlung allein ist dem Kind in der Regel nicht geholfen. In manchen Fällen ist eine solche pädagogische Behandlung aber erst **nach** Beginn einer medikamentösen Therapie möglich.

Eltern, Erzieher und Lehrer brauchen **sachkundige seriöse Beratung** und Unterstützung beim alltäglichen Umgang mit einem betroffenen Kind, insbesondere wenn

pädagogische Maßnahmen im Sinne eines „Programms“ oder einer „Abmachung“ über die Therapiesitzungen hinaus umzusetzen sind.

Die Krankheit im Alltag von Kindertagesstätte und Schule

Für Eltern mit einem Kind, bei dem der Verdacht auf ADHS besteht, ist der Übergang in eine Tageseinrichtung, den Kindergarten oder in die Schule ein **wichtiger Zeitpunkt**. Erst wenn sich jetzt herausstellt, dass die Auffälligkeiten, die zu Hause beobachtet wurden, auch in der neuen Umgebung zu Schwierigkeiten führen, kann eine gesicherte Diagnose gestellt und evtl. mit einer medikamentösen Behandlung begonnen werden.

Alle bereits genannten Verhaltensauffälligkeiten machen dem Kind und allen anderen Beteiligten in Kindertagesstätte und Schule das Leben schwer. Maximal 10 bis 20 Minuten – je nach Alter – können sich die Kinder konzentrieren. Dann werden sie **unruhig und rastlos**. **Hyperaktivität** und **mangelnde Impulskontrolle** führen ständig zu Störungen in der Gruppe. Häufige **Interventionen** der Erzieher oder Lehrpersonen machen ein kontinuierliches harmonisches Spielen oder Arbeiten zeitweise unmöglich. Es kommt zu **ablehnenden Reaktionen** seitens der Gruppenmitglieder. Fast genauso ungünstig ist es, wenn das Kind zum „Klassendown“ wird, der ständig im Mittelpunkt steht. **Beschwerden** der Eltern nicht betroffener Kinder belasten die Arbeit oftmals noch zusätzlich.

Wie intelligent und **leistungsfähig** ein Kind mit ADHS eigentlich ist, lässt sich in vielen Fällen schwer feststellen, weil sich das Kind den üblichen Anforderungen und Kontrollen im Unterricht entzieht bzw. weil es ihnen nicht gerecht werden kann. Auch **die Hausaufgaben** werden oft nicht im vollen Umfang erledigt.



Wesentlich gemildert wird die Schulproblematik durch eine qualifizierte heilpädagogische und evtl. auch eine gut angepasste medikamentöse Behandlung. Für das betroffene Kind, die Lehrperson und die Klassenkameraden ist es wie eine Erlösung, wenn die Behandlung Erfolge zeigt. Kommt ein derart therapiertes Kind neu in eine Gruppe, fällt es möglicherweise überhaupt nicht auf.

Für **Spiel und Sport** gilt: Bewegung führt im Prinzip zu Entlastung und Entspannung. Wenn aber Spielregeln und Vorsichtsmaßnahmen nicht beachtet werden, dann kann es problematisch und auch gefährlich werden. In Einzelfällen kann die medikamentöse Behandlung Voraussetzung dafür sein, dass ein Kind mit ADHS an **außerschulischen Unternehmungen** (Ausflügen, Klassenfahrten) teilnimmt, weil es unbehandelt für sich und andere ein **Risiko** darstellen kann. Nimmt ein Kind **Medikamente**, dann ist im Vorfeld mit dem Elternhaus sorgfältig abzusprechen, wann und wie die **regelmäßige Einnahme** sicher zu stellen ist.

Es gibt inzwischen zahlreiche Ratschläge für den Umgang mit betroffenen Kindern, die allen Beteiligten das Leben erleichtern können. Dazu gehört vor allem der Rat, das Kind – auch das ärztlich behandelte – im Elternhaus, in der Kindertagesstätte und in der Schule **von vermeidbaren Reizen fernzuhalten**, ihm klare **Orientierungslinien** für sein Verhalten zu bieten und verlässliche, einschätzbare Bindungen im Elternhaus und gute persönliche Kontakte zu den Betreuern bzw. Betreuerinnen in den Einrichtungen aufzubauen.

Der **akute Erregungszustand** eines Kindes mit ADHS ist ein „**pädagogischer Notfall**“. Generell ist zu beachten, dass das Kind im Zustand der Erregung für Belehrungen, Ermahnungen und Aufforderungen nicht erreichbar ist. Man sollte nur beruhigend auf das Kind einwirken und es von der Gruppe abschirmen.

Was das Kind in Kindertagesstätte und Schule braucht

Kinder mit ADHS brauchen Gruppenmitglieder, die

- ihre Verhaltensschwierigkeiten als krankheitsbedingt tolerieren,
- alles zu unterlassen versuchen, was ein betroffenes Kind in eine Krise treibt,
- Sonderabsprachen des Erziehers bzw. der Erzieherin oder einer Lehrperson mit dem Kind akzeptieren,
- bereit sind, das Kind zu integrieren.

Sie brauchen auch Pädagoginnen und Pädagogen, die

- das Krankheitsbild und derzeit gültige wissenschaftlich begründete Konzepte zum Umgang mit ADHS kennen,
- bereit sind, mit Eltern und Therapeuten zusammen zu arbeiten und Absprachen zu treffen,
- wissen, wie man ein Kind mit ADHS unterstützen kann,
- motiviert sind, das Kind gegen Diskriminierungen und Ausgrenzungen zu schützen.

4 Sehen Sie es einmal aus der Sicht von Kindertagesstätte und Schule

Die Sicht der **Eltern** eines chronisch kranken Kindes ist Ihnen bekannt, sofern Sie ein betroffenes Kind haben. Wenn Sie Ihr Kind dem Kindergarten oder der Schule anvertrauen, dann fällt es Ihnen wie den meisten Eltern vielleicht schwer, sich in die Situation der dann zuständigen Betreuer und Betreuerinnen hinein zu versetzen. Für eine Lösung der anstehenden gemeinsamen Probleme, die im Interesse des Kindes **partnerschaftlich** gelöst werden müssen, ist ein solcher **Perspektivwechsel** aber hilfreich.

Im Kindergarten und in der Schule hat man mit **Gruppen** von 10 bis 30 Kindern zu tun – mit lauter kleinen Individualisten. Die einen fügen sich leicht in die Gruppe, andere tun sich schwer. Die einen sind von Hause aus „gut erzogen“, die anderen widersetzen sich mehr oder weniger erfolgreich solchen Bemühungen. Die einen lernen rasch, den anderen muss man immer wieder helfen. Die einen kommen gut mit den Betreuerinnen und Betreuern aus, die anderen haben ständig Konflikte mit ihnen, usw.

Wenn nun ein Kind in die Gruppe kommt, das gesundheitlich vorbelastet bzw. **chronisch krank** ist, dann kommen auf die Pädagogen und Pädagoginnen **Zusatzbelastungen** zu, auf die sie in der Regel **nicht vorbereitet** sind.

Die Belastung besteht einerseits darin, dass er oder sie sich mitverantwortlich fühlt bzw. **mitverantwortlich** ist für das Wohlergehen des Kindes in seiner oder ihrer Obhut, andererseits aber auch in konkreten **Zusatzüberlegungen** und zusätzlichen Vorkehrungen im Alltag.



Das Kind bedarf einer gewissen **Beobachtung**, die auf keinen Fall in **überfürsorgliche Kontrolle** ausarten darf. Dafür braucht die Betreuerin, der Betreuer gute **Kenntnisse** über die Symptome der Krankheit, die sie/er meist erst erwerben muss. Er oder sie muss krankheits- oder therapiebedingte **Verhaltensbesonderheiten** kennen und Wege für eine angepasste körperliche und geistige Beanspruchung und eine individuelle gerechte **Leistungsbeurteilung** finden.

Risikante Situationen müssen richtig eingeschätzt und möglichst vermieden werden. **Krisensituationen** müssen sachgerecht gemeistert werden. Der **Kontakt** mit dem Elternhaus und evtl. sogar mit dem Hausarzt muss gepflegt werden – und das alles ggf. nicht nur für ein Kind mit einer chronischen Krankheit, sondern für **mehrere Kinder** mit unterschiedlichen Erkrankungen.

Hinzu kommen ein paar **praktische Probleme**, die gar nichts mit der Krankheit des Kindes direkt zu tun haben: ein funktionsfähiges Handy muss bei allen Unternehmungen außerhalb bewohnter Gebiete verfügbar sein. Medikamente müssen in Reserve gehalten werden und dabei zwar griffbereit, aber vor dem Zugriff von Kindern geschützt sein. Im Falle eines Kindes mit Epilepsie muss ein waschbares Kopfkissen in der Nähe sein; bei gemeinsamen Mahlzeiten muss die Lebensmittelallergie eines Kindes oder die Nahrungsunverträglichkeit eines Kindes mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung mit bedacht werden. Bei Heuschnupfen, Asthma und Mukoviszidose muss überlegt werden, welchen Reizstoffen das Kind außerhalb des Kindergartens oder der Schule ausgesetzt werden kann. Bei



Kindern, die regelmäßig Medikamente nehmen, muss während der Betreuungszeit, insbesondere bei Ausflügen mit darauf geachtet werden, dass das Kind seine Zeiten einhält, usw.

Neben diesen Erwägungen, die das kranke Kind betreffen, muss die Betreuerin oder der Betreuer immer auch die **Gruppe** im Auge behalten: Für die anderen Kinder ist es nicht selbstverständlich, die Sonderbehandlungen eines Kindes gelassen und kommentarlos hinzunehmen (z.B. vernachlässigte Hausaufgaben). Sie wollen schon wissen, warum ein Kind mitten im Unterricht essen darf, was das für Spritzen oder Tabletten sind, die sich ein Kind auf Ausflügen oder mehrtägigen Touren dauernd verabreicht, warum ein Kind sein Plüschtier mit in den Unterricht nehmen und sich darin verkralen darf. Auch wollen Kinder wissen, ob ein Kind mit Ekzemen oder Flecken ansteckend ist, warum ein Kind epileptische Anfälle hat und warum ein Kind im Sport nicht alles mit zu machen braucht, usw.

Geht man in der Tagesstätte oder in der Schule nicht auf diese Fragen ein, besteht die Gefahr der **„Gerüchteküche“**, an der sich auch bald Eltern beteiligen. Da wird ein Kind mit Psoriasis ein Kind „mit Ausschlag“, aus dem herzkranken Kind, dem die Kindergärtnerin oder die Lehrerin



auf besondere Weise hilft, „der bevorzugte Liebling“ und aus dem Kind mit ADHS, das während der Betreuungszeit seine Tablette einnimmt, die oder der „Süchtige“.

Und dann gibt es noch **rechtliche Probleme**: Über Diagnosen und Therapien der Kinder, von denen Erziehungs- oder Lehrpersonen von Amts wegen etwas wissen, dürfen sie eigentlich weder mit Kollegen noch mit der Gruppe sprechen, wenn nicht eine **ausdrückliche Genehmigung** der Eltern dazu vorliegt. Aus pädagogischen Gründen sollte auch das **Einverständnis des Kindes** gegeben werden, damit es – was einem chronisch kranken Kind in therapeutischen Zusammenhängen ständig droht – nicht zum „Objekt“ gemacht wird.

Diese Genehmigung der Eltern und das Einverständnis des Kindes müssen erst einmal erwirkt und **dokumentiert** werden. Und wie soll sich ein Erzieher oder eine Erzieherin verhalten, wenn aus sachlichen Gründen und im Interesse des Kindes Kollegen, Kolleginnen und Gruppe informiert werden müssten, die Einwilligungen aber nicht vorliegen? Und was ist in dem Fall, in dem Eltern die Betreuer und Betreuerinnen in Kindertagesstätte und Schule nur andeu-

tungsweise informieren – wie offenbar in dem eingangs geschilderten Fall der herzkranken Anke? Muss die Kindergärtnerin oder die Lehrerin dann nicht vom Schlimmsten ausgehen und das Kind von allen möglichen Aktivitäten **ausschließen**, um keinen Fehler zu machen?

Das widerspricht aber eindeutig dem **Grundsatz: soviel Normalität wie möglich und nur so viel Sonderbehandlung wie unbedingt nötig!**

Ein weiteres Problem besteht darin, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Kindergarten und Schule **keine Medikamente** verabreichen, geschweige denn **Spritzen** setzen dürfen. Dennoch brauchen viele Kinder mit chronischen Erkrankungen mitunter solche Unterstützung, wenn sie ihr Medikament zu Hause gelassen haben und auf das Reservepräparat in der Tagesstätte oder in der Schule angewiesen sind. Aus die-

sem Dilemma hilft nur eine klare Abmachung mit den Eltern, dass die Betreuerin oder der Betreuer dem Kind „sein“ Medikament verabreichen darf. Solche Abmachungen sind auch nötig, wenn ein Kind mit auf einen Ausflug oder eine mehrtägige Fahrt geht und es nach einem bestimmten „Fahrplan“ Medikamente zu sich nehmen muss, wobei die Begleitperson es unterstützen soll.

All diese vorsorglichen Überlegungen genügen nicht, wenn es um das Setzen von Spritzen geht. Hier sollte man immer einen Arzt oder eine andere medizinische Fachkraft zu Hilfe rufen. Wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter in Kindertagesstätte oder Schule aufgrund privat erworbener Qualifikationen oder Erfahrungen in der Lage und bereit ist, dem allergie/asthma- oder zuckerkranken Kind im Notfall eine Spritze zu setzen, dann muss es darüber eine **schriftliche Vereinbarung** mit den Eltern geben, in der eine Haftung ausgeschlossen wird.



5 Was können Eltern tun?



Wenn Sie ein Kind mit einer chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigung haben, sollten Sie evtl. **zusammen mit dem Hausarzt** überlegen, ob folgende Kriterien zutreffen:

1. Fällt das Kind durch irgendetwas, das mit der Krankheit zu tun hat, **physisch** auf? Gibt es z. B. Hauterscheinungen (Flecken, Ekzeme) oder zeitweise starken Schnupfen?
2. Fällt das Kind durch **ungewöhnliche Verhaltensweisen** auf? Muss es Blutwerte (Blutzucker oder Quick-Wert) messen, muss es im Beisein anderer Medikamente nehmen oder Spritzen setzen, muss es inhalieren, muss es zeitweise besondere Körperhaltungen einnehmen (wie beim Asthma), muss es sich durch auffällige „Tricks“ gegen Juckreiz wehren (wie bei Neurodermitis), muss es sich konsequent gegen Infektionsrisiken schützen (wie bei Mukoviszidose, angeborenen Herzfehlern oder chronisch-entzündlichen Darmkrankungen), fallen Nebenwirkungen von Medikamenten auf (z. B. bei Antiepileptika, Antihistaminika, Beta-Blockern, Diuretika u.a.m.)? Besteht etwa das Leitsymptom der Krankheit in auffälligem Verhalten (ADHS)? Ist mit Absenzen und Teilleistungsstörungen zu rechnen (wie bei Epilepsie oder Neurofibromatose)?

3. Muss mit **kritischen Situationen** gerechnet werden, in der sachgerechtes Reagieren wichtig ist (etwa beim hyper- bzw. hypoglykämischen oder anaphylaktischen Schock oder beim asthmatischen oder epileptischen Anfall)?
4. Ist das Kind auf **Rücksichtnahme** und besondere Fürsorglichkeit seitens der Betreuer und Betreuerinnen in Tagesstätte und Schule angewiesen?
5. Besteht die Gefahr von **Diskriminierungen**, Missverständnissen und Fehlinterpretationen seitens der Gruppenmitglieder?
6. Kann das Kind in Krisensituationen auf die Aufmerksamkeit oder **Hilfe von Gruppenmitgliedern** angewiesen sein?

Wenn diese Fragen zum Teil mit „Ja“ beantwortet werden müssen, dann sollten Sie von sich aus alles versuchen, den Betreuer oder die Betreuerin Ihres Kindes in Kindertagesstätte oder Schule als Ihren Partner bzw. als Ihre Partnerin zu gewinnen.

Suchen Sie ein **Einzelgespräch** mit besonderem Termin. Bereiten Sie sich auf das Gespräch vor, indem Sie **Material** (z. B. einer zuständigen Selbst-

hilfeorganisation oder -gruppe) mitnehmen, das Sie Ihrem Gesprächspartner oder Ihrer Gesprächspartnerin überlassen können. Vermitteln Sie – wenn möglich – den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe, die dann evtl. auch einmal einen Vertreter oder eine Vertreterin in den Unterricht oder in die Kindergruppe schickt oder zumindest zu einem Informationsgespräch mit der Betreuerin oder dem Betreuer der Einrichtung bzw. Schule bereit ist.

Schildern Sie die **Probleme**, die Ihr Kind zu Hause hat, und seine Bewältigungsstrategien anschaulich, lenken Sie das Gespräch aber bald auf die Situation in der Tagesstätte bzw. Schule. Haben Sie Verständnis für Gegenfragen, in denen Ihnen die speziellen **Rahmenbedingungen** in der Einrichtung (siehe Kapitel 4) vorgehalten werden.

Haben Sie vor allem **Verständnis** dafür, dass Betreuer und Betreuerinnen in Kindergarten und Schule immer für alle Kinder da sein müssen und ein chronisch krankes Kind auf keinen Fall eine solche Sonderstellung einnehmen kann, wie es das von zu Hause aus vielleicht gewöhnt ist. Das sollte man auch als **Chance** auffassen, das



Kind ein Stück **„Normalität“** erleben zu lassen, die Normalität, nach der es sich sehr wahrscheinlich sehnt.

Besprechen Sie die Form der **Genehmigung**, die Sie für die Weitergabe von Daten im Kollegenkreis, die Information der Gruppe und die Verabreichung von Medikamenten schriftlich geben wollen. Bedenken Sie, dass Sie die Genehmigung jederzeit zurückziehen können. Legen Sie als Beleg eine **ärztliche Verordnung** für die Medikamente vor, die Sie in der Tagesstätte oder in der Schule deponieren wollen und übergeben Sie evtl. eine Kopie des Spezialausweises mit Krankheits- oder Therapiedaten, den Ihr Kind hat. Bieten Sie Ihre Unterstützung bei besonderen Unternehmungen an.

Auf jeden Fall sollte ein weiterer Gesprächstermin im Beisein und unter **Beteiligung des betroffenen Kindes**



stattfinden, damit es sich nicht manipuliert und fremd bestimmt vorkommt. Auf dieses Gespräch können Sie Ihr Kind vorbereiten.

In der Folgezeit brauchen Sie sich eigentlich nur mit dem Kindergarten oder mit der Schule bezüglich der Krankheit in Verbindung zu setzen, wenn sich etwas Neues ergibt (z.B. anstehender Krankenhausaufenthalt, Änderung des Medikaments o.ä.) oder wenn Ihr Kind Probleme sieht oder wenn die Betreuer und Betreuerinnen in Kindergarten oder Schule darum bitten (z.B. anlässlich einer besonderen Unternehmung).

Selbstverständlich sollten Sie vereinbaren, dass man Sie immer informiert, wenn an dem Kind eine gesundheitliche Veränderung oder eine andere Auffälligkeit festgestellt wird. Tauschen Sie dazu mit Ihrem Gesprächspartner oder Ihrer Gesprächspartnerin die **dienstlichen und privaten Telefonnummern** aus.

Betrachten Sie die Zeit, die das Kind in der Tagesstätte oder in der Schule verbringt, auch als **Entlastung für Sie**. Es kann und darf eine Entlastung für Sie sein, wenn Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Einrichtung bzw. Schule durch Ihre Kooperation in die Lage versetzt haben, diese Entlastung zu leisten.

6 Informationsquellen und Adressen



Materialien (einschl. Internetseiten) von **Selbsthilfeorganisationen** und **-gruppen** sind in der Regel verlässliche Informationsquellen. Hinweise auf seriöse Anbieter erhält man u.a. bei den angegebenen Institutionen (Adressen).

Auch medizinische und psychologische Fachbücher zur **Kinderheilkunde** und zur **Jugendmedizin** und zu **psychosozialen Problemen chronisch kranker Kinder** bieten – auch dem interessierten Laien – aufschlussreiche Informationen und Orientierungshilfen.

Bei den **Adressen** handelt es sich um Einrichtungen, bei denen regionale und krankheitsspezifische Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen erfragt werden können. Diesbezüglich Auskunft erteilen auch örtliche Gesundheitsämter.

Die meisten Selbsthilfeorganisationen und -gruppen beraten Betroffene, Eltern, Pädagogen und Pädagoginnen aus Kindertagesstätte und Schule und stellen oftmals Informationsmaterial zur Verfügung.

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.

Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
info@bagh.de
www.bagh.de

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Oranienburger Str. 13-14
10178 Berlin
info@paritaet.org
www.paritaet.org

Kindernetzwerk für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft e.V.

Hanauer Str. 15
63739 Aschaffenburg
info@kindernetzwerk.de
ww.kindernetzwerk.de

NAKOS Nationale Kontakt- & Informationsstelle zur Anregung & Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Wilmersdorfer Str. 39
10627 Berlin
selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

7 Medien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

■ **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen - Medienübersicht**

Bestell-Nr. 95 006 000

■ **adhs.aufmerksamkeitsdefizit/hyperaktivitäts- störung ... was bedeutet das?**

Bestell-Nr. 11 090 100





Persönliche Notizen

Impressum



Chronische Erkrankungen im Kindesalter – ein gemeinsames Thema von Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule Informationen für Eltern

Herausgeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung

Text: Prof. Dr. Karla Etschenberg, Köln

Fachliche Beratung: Kölner Förderverein für das Allergie- und Asthmakranke Kind e.V. (FAAK)
Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB), Hamburg
Neurofibromatose-Ambulanz-Hamburg, Prof. Dr. Viktor-Felix Mautner
Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosea Vereinigung e.V. (DCCV), Leverkusen
Deutsche Epilepsievereinigung e.V., Berlin
Interessenvereinigung für Anfallsranke in Köln e.V.
Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V., Berlin
Interessengemeinschaft Das herzranke Kind e.V. (IDHK), Stuttgart
Deutscher Diabetiker Bund e.V., Kassel

Fotos: Dirk Kruell, www.dirk-kruell.de, IP Advertising GmbH

Gestaltung: IP Advertising GmbH, Mönchengladbach, www.ip-advertising.de

Projektleitung: Dr. Eveline Maslon, BZgA, Köln

Druck: Bachem, Köln

Bestell-Nr.: 20 401 000

Codierung: 1.200.11.05

Alle Rechte vorbehalten

Chronische Erkrankungen im Kindesalter

Ein gemeinsames Thema von
Elternhaus, Kindertagesstätte
und Schule

51101 Köln
www.bzga.de

Bestell-Nr. 20 401 000