



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Pädagogik bei Krankheit – Regionale Angebote und Ansprechpersonen





Einleitung

Die Schule für Kranke der Universitätsklinik Heidelberg hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche in den einzelnen Kliniken schulisch zu fördern und zu begleiten, wenn diese aufgrund einer Erkrankung für längere Zeit stationär oder teilstationär behandelt werden und deswegen ihre Heimschule nicht besuchen können.

Die Schülerinnen und Schüler, die sich häufig über längere Zeit auf pädiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen mit auch schwerwiegenden Erkrankungen aufhalten müssen, sind starken Belastungen ausgesetzt und bedürfen einer besonderen Förderung. Neben dem Bildungsanspruch jedes schulpflichtigen Kindes und Jugendlichen muss die schulische Förderung Kranker den individuellen Beeinträchtigungen Rechnung tragen und auf die individuellen Bedürfnisse eingehen.

Der Schulbesuch sollte trotz Krankheit ein Lernen mit Erfolg und den Anschluss an die schulischen Anforderungen des Schultyps und der Klassenstufe des Kindes und des Jugendlichen ermöglichen. Dennoch orientiert sich der Unterricht auch immer an den aktuellen individuellen Lernvoraussetzungen, den Einschränkungen, aber auch Ressourcen und Stärken der einzelnen Schülerinnen und Schüler und sollte der späteren Wiedereingliederung in die Heimschule dienen.

Sowohl körperliche als auch seelische Krankheiten und psychosomatische Störungsbilder, auf die in dieser Broschüre im Einzelnen eingegangen werden soll, stellen häufig für die Betroffenen eine massive Belastung für die Aufgabe „schulische Entwicklung“ dar. Sie erfordern ein qualifiziertes und differenziertes Angebot der Schulen, das neben der kognitiven Förderung und pädagogischen Begleitung auch eine soziale und emotionale Unterstützung umfasst. Dieses muss immer auch diagnosegeleitet in enger Zusammenarbeit mit den Kliniken geschehen.

Die Schule für Kranke an der Universität Heidelberg arbeitet eng mit den intra- und extramuralen Einrichtungen zusammen und stellt eine Verbindung für kranke Schülerinnen und Schüler, zwischen Krankenhaus und Heimschule her.

Sie vermittelt und hilft den Schülerinnen und Schülern bei der Reintegration, baut Vorurteile ab und ermöglicht sowohl einen sozialen als auch kognitiven Anschluss an die Heimschule.

Die Schule für Kranke unterstützt aber auch die Auseinandersetzung mit der Krankheit und ihren Folgen im schulischen Kontext und stärkt intrapsychische (Selbstwert) und interpersonelle Kompetenzen (Beziehung zu Gleichaltrigen).

Die Broschüre hat zum Ziel, für den pädagogischen Bereich übergeordnete Informationen zusammenzufassen und über wesentliche und häufige körperliche und psychische Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen zu informieren. Wir wollen hilfreiche Vernetzungen erleichtern und für ein noch tieferes Verständnis der besonderen Nöte dieser Kinder und Jugendlichen werben.

Prof. Dr. med. Georg F. Hoffmann
Geschäftsführender Direktor
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Prof. Dr. med. Franz Resch
Ärztlicher Direktor
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie



Klinikscheule Heidelberg

Die Klinikscheule Heidelberg ist eine öffentliche Scheule für Kranke in der Trägerschaft des Landes Baden-Württemberg. Es werden Schülerinnen und Schüler aller Schularten und Bundesländer während ihres stationären und teilstationären Aufenthaltes in der Universitätsklinik Heidelberg unterrichtet.

Die Klinikscheule ist an der Universitätsklinik Heidelberg eingerichtet und versorgt schwerpunktmäßig die Kinderklinik, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Kinderchirurgie und die Innere Medizin.

Pro Jahr werden etwa 1000 Schülerinnen und Schüler durch ca. 20 Lehrkräfte aus allen Schularten (Grund-, Haupt-, [Werk-]Real- und Sonderscheule sowie Gymnasium) unterrichtet.

Pro Tag werden dabei bis zu 90 Schülerinnen und Schüler in Kleingruppen in Klassenzimmern oder im Einzelunterricht am Bett unterrichtet. Sie erhalten zwischen 5 und 25 Stunden Unterricht in der Woche.

Der Unterricht orientiert sich grundsätzlich am Stoffplan der Stammklasse, sodass immer eine enge Kooperation mit der Heimscheule angestrebt wird. Der Umfang des Unterrichts wird dabei in enger Absprache mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten auf die persönliche Belastbarkeit und den individuellen Leistungsstand der Schülerinnen und Schüler abgestimmt.

Die Klinikscheule stellt für die Kinder und Jugendlichen ein Stück „Normalität“ im Klinikalltag dar. Diese Normalität soll die Schüler stabilisieren und sie trotz krankheitsbedingter Belastungen zum Lernen motivieren. Oberstes Ziel ist dabei immer eine Reintegration in das allgemeine Schulwesen.

Insgesamt ist der Unterricht in der Klinikscheule gekennzeichnet durch:

- › Unterricht innerhalb medizinischer Vorgaben
- › Berücksichtigung des Patientenstatus der Schülerinnen und Schüler
- › Veränderungen im täglichen Wohlbefinden
- › Konzentration auf ein ausgewähltes Fächerangebot
- › Zusammenarbeit mit den Heimschulen
- › kurze Zeiträume der unterrichtlichen Förderung
- › individuelle Förder- und Beratungsbedürfnisse
- › hohe Schülerfluktuation

Weitere Schwerpunkte bilden die Diagnostik und die Erhebung des Lernstandes der Schülerinnen und Schüler. Häufig bedarf es eines Schulwechsels oder einer schulischen Neuorientierung. Hierbei beraten die Lehrkräfte der Klinikscheule aufgrund der im Unterricht gewonnenen Ergebnisse und Beobachtungen die Schülerinnen und Schüler, ebenso die Eltern und Therapeuten.

Die Krankheit und die damit verbundenen Unterrichtsausfälle stellen viele Schulen vor Probleme. Hier ist es Aufgabe der Klinikscheule, die Stammschulen zu beraten. Häufig werden dazu die Möglichkeiten der Verwaltungsvorschrift „Kinder und Jugendliche mit Behinderung und besonderem Förderbedarf“ mit den Stammschulen besprochen. Aber auch Fragen, die im direkten Zusammenhang mit Unterricht und Krankheit stehen, werden in der Beratung geklärt. So lassen sich viele Ängste und Unsicherheiten, die zur Ausgrenzung führen können, rechtzeitig lösen. Beispiele für solche Fragen sind: „Ist Sport bei Asthma möglich?“ oder „Können Diabetiker an der Klassenfahrt teilnehmen?“.

Die Klinikscheule organisiert sich gegenwärtig in zwei Abteilungen:

1. Somatik

Hierunter fallen alle Schülerinnen und Schüler, die in der Kinderklinik, der Kinderchirurgie, der Inneren Medizin oder der Kopfklinik behandelt werden.

Der Unterricht findet in der Regel im Schulzimmer oder am Krankenbett statt und umfasst pro Schüler, abhängig von der Erkrankung, 1 bis 2 Stunden Schulunterricht am Tag.

Typische Krankheitsbilder: Mukoviszidose, Diabetes, Asthma, Zustand nach Transplantationen, Dialyse, Nierenerkrankungen, neurologische Erkrankungen, z. B. Epilepsie, Herzerkrankungen und onkologische Erkrankungen.

2. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Hier werden alle Schülerinnen und Schüler beschult, die stationär oder tagesklinisch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen sind.

Der Unterricht findet abhängig von der Schulart und -stufe in einer Kleingruppe in einem Klassenzimmer statt und umfasst ca. 22 Wochenstunden.

Typische Krankheitsbilder: Schulverweigerung, Schulphobie, selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen, Depressionen, hyperkinetisches Syndrom, Psychosen und sozial-emotionale Störungen.

*Sati Cinar
Wolfgang Winkler*

Ansprechpartner:

Rektorin Frau Sati Cinar
Somatik
Im Neuenheimer Feld 153
69120 Heidelberg
sati.cinar@med.uni-heidelberg.de
Tel. 06221 56 8408

Konrektor Herr Wolfgang Winkler, M.A.
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Voßstraße 5
69115 Heidelberg
wolfgang.winkler@med.uni-heidelberg.de
Tel. 06221 56 37850

Mehr über die Klinikscheule im Internet unter:
www.klinikscheule-heidelberg.de

Die Unterstützung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in allgemeinen Bildungseinrichtungen durch die Klinikschule und die Arbeitsstelle Kooperation

Chronische Erkrankungen nehmen zu

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts vom Mai 2007 zeigt:

- › fast jedes dritte Mädchen hat Essstörungen
- › 18 % der Jungen und 12 % der Mädchen zeigen Verhaltensauffälligkeiten
- › 15 % der Heranwachsenden sind übergewichtig, 6 % fettleibig

Die Ergebnisse sind alarmierend und belegen, dass chronische Erkrankungen zunehmen. Zudem sind Kinder aus armen Familien und Migrantenfamilien besonders gefährdet und benachteiligt.

Chronisch kranke Kinder brauchen Unterstützung in allgemeinen Bildungseinrichtungen

Chronisch kranke Kinder besuchen in der Regel allgemeine Kindertagesstätten und Schulen, wenn ihr Gesundheitszustand dies zulässt.

Was können Eltern, Erzieherinnen und Lehrkräfte tun, damit die besonderen Bedürfnisse dieser Kinder und Jugendlichen wahrgenommen werden und zudem die Bildungsbiographie dieser Kinder sich durch ein größtmögliches Maß an Normalität auszeichnet? Welche Formen von Beratung und Kooperation können helfen? Wie können Nachteile ausgeglichen werden?

Unterstützendes Netzwerk für chronisch kranke Kinder

In der Zusammenarbeit zwischen dem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Gesundheitsamt und der Klinikschule Heidelberg sowie der Arbeitsstelle Kooperation beim Staatlichen Schulamt Mannheim entstand in Heidelberg ein unterstützendes Netzwerk für chronisch kranke Kinder in allgemeinen Kindertageseinrichtungen und Schulen.

Zu den Aktionen dieses Netzwerks gehören seit mehreren Jahren Fortbildungsveranstaltungen für Lehrkräfte, Erzieher und Erzieherinnen zum Thema „chronisch kranke Kinder in allgemeinen Schulen und KiTas“.

Ziele dieser Bemühungen sind:

- › die Sensibilisierung der allgemeinen Bildungseinrichtungen wie Kindertagesstätten und Schulen für die besondere Situation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher
- › die Unterstützung der Betroffenen und
- › der Ausbau eines unterstützenden Netzwerkes

Mit den Empfehlungen der Expertenkommission zur „schulischen Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen“, insbesondere in der Benennung von Ansprechpartnern für chronisch kranke Kinder an den allgemein bildenden Schulen, besteht eine große Chance, diese Zusammenarbeit weiter zu intensivieren und damit chronisch kranke Kinder in Bildungseinrichtungen noch besser zu unterstützen.

Pädagogik bei Krankheit

Welche Kompetenzen benötigen chronisch kranke Kinder, um mit ihrer Krankheit in Kindertageseinrichtung und Schule besser umgehen zu können? Sie müssen ...

- › sich mit der Erkrankung auseinandersetzen und damit leben
- › die medizinisch-therapeutischen Erfordernisse kennen
- › notwendige Sonderregelungen in Anspruch nehmen, ohne die Krankheit auszunutzen
- › Fehlzeiten durch effektives und bewussteres Lernen ausgleichen

Um mit ihrer chronischen Erkrankung offen umzugehen, benötigen chronisch kranke Kinder in den Bildungseinrichtungen eine Kultur der Offenheit und Fürsorge.

Schulische Nachteile ausgleichen

Sowohl das Grundgesetz (Art. 3 Abs 3.) als auch die Landesverfassung verbieten eine Benachteiligung wegen einer Behinderung oder chronischen Krankheit. In der Verwaltungsvorschrift „Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen“ steht: Die Förderung von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen und kranken Kindern ist Aufgabe aller Schularten. Für diese Aufgabe können Hilfen (Kooperation) der Sonderschulen und der Arbeitsstelle Kooperation in Anspruch genommen werden.

Die Feststellung, Bewertung und Gewichtung der tatsächlich gegebenen Beeinträchtigungen und Zusatzbelastungen durch chronische Krankheiten liegt bei der Schule. Art und Umfang des gewährten Nachteilsausgleichs sind also eine pädagogische Entscheidung, die mit größtmöglicher Verantwortung zu treffen ist. Diese Entscheidungen erfolgen durch die Klassenkonferenz, natürlich in enger Kooperation mit den Betroffenen und deren Eltern.

Beispiele für Nachteilsausgleich können sein:

- › Reduzierung der Hausaufgaben
- › Pausen und Zeitverlängerungen bei Klassenarbeiten und Prüfungen
- › kein Nachschreiben oder keine Benotung von Klassenarbeiten nach Fehlzeiten
- › bei zu wenig Klassenarbeiten: Notengebung auch aufgrund mündlicher oder praktischer Leistungen

Sati Cinar
Thomas Bischofberger

Bei Fragen zum Netzwerk „Chronisch kranke Kinder“, zur Pädagogik bei Krankheit und zum Nachteilsausgleich können Sie sich gerne an uns wenden.

Ansprechpartner:

Rektorin Frau Sati Cinar
Klinikschule Heidelberg
sati.cinar@med.uni-heidelberg.de
Tel. 06221 56 8408
www.klinikschule-heidelberg.de

Thomas Bischofberger
Arbeitsstelle Kooperation
Schulamt Mannheim
thomas.bischofberger@ssa-ma.kv.bwl.de
Tel. 0621 2924133
www.schulamt-mannheim.de/arbeitsstelle_kooperation.html



Hinweise des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes

Kranke Schülerinnen und Schüler gehören zum Schulalltag. Neben offensichtlichen körperlichen Gebrechen (z. B. Beinbruch oder fieberhafte Erkrankungen) und chronischen Erkrankungen (z. B. Asthma, Herzfehler, Diabetes, Migräne) nehmen psychogene und psychosomatische Krankheitsbilder einen zunehmend breiteren Raum ein (z. B. Spannungskopfschmerzen, Bauchschmerzen, Ängste, Schlafstörungen, Missbrauch von psychoaktiven Substanzen und elektronischen Medien).

Gesundheitliche Störungen können sich vielfach und vielfältig auf die Leistungsfähigkeit und das Gruppenverhalten von Schülern und Schülerinnen auswirken. Umgekehrt können aus einem Missverhältnis zwischen Leistungsfähigkeit und Leistungsanforderungen gesundheitliche Störungen oder Schäden entstehen. Meist bestehen komplexe Wechselwirkungen mit Komponenten aus den verschiedenen Bereichen.

So ist bei Leistungs- und Verhaltensstörungen immer der medizinische Anteil zu klären, der sich a) auf die Ursachen und Wechselwirkungen und b) auf mögliche medizinische Interventionen und Maßnahmen bezieht.

Ansprechpartner ist der betreuende Arzt. Ihm ist vom Gesetzgeber die inhaltliche und wirtschaftliche Verantwortung auferlegt.

Auffälligkeiten eines Schülers werden von der Lehrkraft möglichst genau in Art, Umfang und Situationen des Auftretens beschrieben. Der Kinder- und Jugendarzt nimmt diese Beschreibungen und die Befragung der Bezugspersonen und des Betroffenen zum Ausgangspunkt medizinischer Klärung und zur Einleitung medizinisch notwendiger Maßnahmen. Wenn danach weiter Sorge über das Verhalten bzw. die Leistungsfähigkeit oder -bereitschaft besteht, sollte der betreuende Arzt dies erfahren, wobei besonderer Wert auf eine genaue Beschreibung der Entwicklung der bemerkten Besonderheiten gelegt werden soll.

Impfungen schützen den einzelnen Menschen und die Gemeinschaft vor bestimmten übertragbaren Erkrankungen. Einige Krankheiten werden nur von erkrankten Personen übertragen. Ein ausreichender Impfschutz bewahrt vor einer Erkrankung und schützt dadurch auch Kontaktpersonen vor Ansteckung (Beispiele: Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln,

Windpocken, Influenza, Diphtherie). Andere Krankheiten können auch ohne erkennbare Erkrankung der Personen übertragen werden, sodass jeder einen eigenen Impfschutz benötigt (Beispiel: Hämophilus influenzae Typ b, Pneumokokken, Meningokokken, Tetanus, FSME, HPV, Poliomyelitis).

Früherkennungsuntersuchungen im Schulalter sollen die normale Entwicklung und deren mögliche Bedrohung aus medizinischer Sicht begleiten und enthalten außerdem primärpräventive Anteile.

U10 (7–8 Jahre),
U11 (9–10 Jahre),
J1 (12–14 Jahre),
J2 (16–17 Jahre).

Die J1 ist Pflichtleistung der Krankenkassen. Die U10, U11 und J2 werden von vielen

Krankenkassen über die Versichertenkarte oder in anderen Fällen im Erstattungsverfahren übernommen. Eine vorherige Klärung ist empfehlenswert.

Untersuchungen bei Leistungssportlern sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Vor Eintritt eines Jugendlichen in ein Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnis ist eine Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschrieben. Die Kosten trägt der Staat.

Dr. med. Andreas Scheffzek

Weitere Informationen:

www.rki.de

Robert Koch-Institut:
Impfungen, Infektionen,
Epidemiologie

www.bzga.de

Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung

www.Kinderaerzte-im-Netz.de

Aktuelle Informationen zu
Gesundheitsfragen und
Ansprechpartnern

Hinweise des Gesundheitsamtes

Das Gesundheitsamt führt pro Jahr ca. 7000 Einschulungsuntersuchungen im Rhein-Neckar-Kreis und in der Stadt Heidelberg durch. Neben einer allgemeinen pädiatrischen Untersuchung werden dabei auch differentialdiagnostische Untersuchungen auf Behinderungen, kognitive Störungen und Verhaltensauffälligkeiten durchgeführt. Die zentrale Frage dieser Untersuchung lautet: Ist das Kind geistig, körperlich und seelisch in der Lage, künftig die Schule zu besuchen? Seit Beginn des Jahres 2009 liegt den Einschulungsuntersuchungen ein neues Konzept mit einer veränderten Zielsetzung zugrunde: Alle Kinder sollen bereits im vorletzten Kindergartenjahr darauf untersucht werden, ob bei ihnen eventuell Entwicklungsverzögerungen vorliegen. Falls eine Entwicklungsverzögerung festgestellt wird, können durch früh einsetzende und gezielte pädagogische Förderungen und/oder medizinische Behandlungen Benachteiligungen beim späteren Schulbesuch vermieden werden.

Das neue Procedere sieht zwei Schritte vor: Zunächst wird eine systematische Untersuchung aller Kinder durch die sozialmedizinischen Assistentinnen der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheits durchgeföhrt; lässt diese Untersuchung einen spezifischen Förderbedarf vermuten, findet eine Nachuntersuchung durch einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin statt. Bei einer festgestellten Entwicklungsverzögerung oder einem anderen Gesundheitsproblem werden die Eltern ärztlich beraten, wie und wo eine gezielte Förderung ihres Kindes durchgeführt werden kann. Um entsprechende Maßnahmen so bald wie möglich auf den Weg zu bringen, wird auf Wunsch der Eltern auch Kontakt zu den Ärzten, den jeweiligen Facheinrichtungen oder zu den spezialisierten Frühförderstellen hergestellt; zudem erhalten die Eltern Hinweise und Materialien, was sie im häuslichen Rahmen für und mit ihren Kindern tun können. Neu bei diesem veränderten Untersuchungsablauf ist auch, dass das Wissen und die Erfahrungen der Erzieherinnen und Erzieher in die Beurteilung des Kindes einbezogen werden können. Stimmen die Eltern zu, wird der Kindergarten durch den Arzt oder die Ärztin über den Förderbedarf des Kindes informiert. So kann er sein pädagogisches Angebot, ergänzend zu den Hilfen der Eltern und anderer Fachleute, entsprechend auf das Kind abstimmen.

Mitunter sehen die Ärzte und Ärztinnen auch Kinder psychisch kranker Eltern. In der Regel befinden sich diese Eltern in fachärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung und verfügen über ein unterstützendes Helfernetz. Die Kinder sind

entsprechend eingebunden, sodass dem künftigen Schulbesuch nichts entgegensteht. Wenn keine therapeutische oder sonstige Unterstützung stattfindet, erfolgt eine Beratung und, falls gewünscht, Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit geeigneten Stellen.

Schwieriger gestalten sich die Fälle, bei denen die psychische Problematik der Eltern diskret verläuft. Nicht selten bemerken der Kindergarten oder später die Grundschule, dass die Entwicklung des Kindes verzögert oder gestört ist, ohne dass man die Ursachen der Problematik versteht und zuordnen kann. Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen kommen erfahrungsgemäß erst recht spät in Kontakt mit professionellen Institutionen. Deshalb sehen wir einen dringenden Handlungsbedarf in der Ausweitung niedrigschwelliger Beratungsangebote, z. B. in Form offener Schulsprechstunden, die wir aufgrund unserer engen Personalsituation bisher allerdings nur an einigen wenigen Schulen unseres Amtsbezirks punktuell anzubieten vermögen.

Neben Rat suchenden Lehrern und Eltern sehen wir dort zum Beispiel immer wieder 13- bis 15-jährige Jugendliche, die sich für eine Konsultation bei ihrem Kinderarzt zu alt und bei ihrem Hausarzt wiederum zu jung fühlen. Bei den Mädchen kommt hinzu, dass sie sich oft genug nicht trauen, selbstständig eine gynäkologische Praxis aufzusuchen.

Auch hier gilt: Je früher wir in der Lage sind, ein Problem zu erkennen, desto größer sind die Erfolgsaussichten, eine gemeinsame Lösung mit dem Kind oder dem Jugendlichen zu erarbeiten. Unklarheit herrscht häufiger bei Untersuchungen zur Frage der Schulfähigkeit von Kindern und Jugendlichen, die bereits schulpflichtig sind. Häufig stellen Schulen dem Gesundheitsamt Kinder und Jugendliche zur Untersuchung der Schulfähigkeit vor, bei denen Verhaltensauffälligkeiten, Motivationsprobleme, Leistungsschwierigkeiten oder Integrations- oder soziale Kompetenzstörungen vorliegen.

Für diesbezügliche Fragestellungen ist das Gesundheitsamt nicht zuständig, weil hierzu keine gesetzliche Grundlage im Rahmen des Schulgesetzes existiert. Untersuchungen können nur im Rahmen der Schulbesuchsverordnung gemäß § 2, Abs. 2 durchgeführt werden, wenn erhebliche schulische Fehlzeiten infolge fraglicher Erkrankungen entstanden sind.

Dr. med. Rainer Schwertz



Weitere Informationen:

Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis in Heidelberg

Referatsleitung Kinder- und
Jugendgesundheits

Tel. 06221 522 1830

Die Unterstützung von Kindern mit chronischer Erkrankung und Entwicklungsproblemen durch den klinischen Sozialdienst und die Arbeitsstelle Frühförderung

Je jünger ein Kind ist, bei dem eine chronische Erkrankung festgestellt wird, desto umfassender sind die Auswirkungen auf den gesamten Entwicklungsverlauf.

Kinder stagnieren mitunter in ihrer Entwicklung oder entwickeln bestimmte Kompetenzen verzögert. Zusätzlich kann die körperliche Erkrankung mit Entwicklungsauffälligkeiten oder Behinderungen vergesellschaftet sein, wie es bei bestimmten Stoffwechselstörungen oder genetischen Syndromen beschrieben ist.

Ein derartig komplexes Krankheitsgeschehen erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere der Medizin und der Sozial- und Sonderpädagogik, um dem Kind und seiner Familie umfassend und ganzheitlich zur Seite stehen zu können.

Folgende Angebote stehen hierfür zur Verfügung:

- › klinischer Sozialdienst
- › sozialmedizinische Nachsorge
- › Angebote der Frühförderung

Wird bei einem Kind eine Entwicklungsauffälligkeit oder eine chronische Krankheit diagnostiziert, werden die Mitarbeiterinnen des **klinischen Sozialdienstes** für eine sozialrechtliche Beratung der Eltern hinzugezogen.

Diese umfasst in der Regel Informationen zu:

- › Frühförderung
- › Integrationsmaßnahmen in Kindergarten und Schule
- › Pflegegeld
- › Schwerbehindertenausweis

Ebenso ist bei einer ambulanten Vorstellung eines Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum die Kooperation der dortigen Mitarbeiter mit Frühförderstellen und behandelnden Ärzten im SGB V § 119 Abs. 2 Satz 2 und § 43a gesetzlich vorgegeben.

Die **sozialmedizinische Nachsorge** begleitet Eltern und Kind nach einem Klinikaufenthalt beim Übergang ins häusliche Lebensumfeld. Sie klärt Voraussetzungen für Therapie und Pflege zuhause, erfasst den Bedarf an psychosozialer Unterstützung und vernetzt mit den notwendigen Helfern vor Ort. Dies ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse SGB V GKV § 43 Abs. 2.

Auf Wunsch der Eltern werden bereits erste Kontakte zu den zuständigen Frühförderstellen angebahnt. Bei Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten, drohender oder bereits bestehender Behinderung sind die Chancen für eine positive Entwicklung größer, wenn rechtzeitig und gezielt medizinisch-therapeutische Maßnahmen sowie pädagogisch-psychologische Förder- und Unterstützungsangebote genutzt werden.

Die Angebote der Frühförderung können ab Geburt bis zum Schuleintritt von Eltern in Anspruch genommen werden. Frühförderung arbeitet ausschließlich im Auftrag der Eltern und ist für diese kostenfrei.

Das Ziel der Frühförderung besteht darin, das Kind bestmöglich in seiner individuellen Entwicklung zu unterstützen und zu fördern, um ihm weitestgehend Aktivität und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Neben der Förderung im häuslichen Rahmen kann die Frühförderung auf Wunsch der Eltern auch bei der Wahl des geeigneten Kindergartens beraten und die Kindertageseinrichtung unterstützen.

Bei höherem individuellem Förderbedarf können Maßnahmen der Eingliederungshilfe je nach Krankheitsbild auf der Grundlage des SGB beantragt werden. Hierzu berät wiederum der klinische Sozialdienst.

Wenn Eltern sich für die Aufnahme in einen Schulkindergarten entscheiden, wird die Förderung an diesen abgegeben, und die Frühförderung endet.

Kooperationspartner der Frühförderung sind alle Einrichtungen und Dienste im Bereich der frühen Hilfen.

Koordinierungsstelle für die regionalen Frühförderstellen ist die Arbeitsstelle Frühförderung am Staatlichen Schulamt Mannheim. Sie ist für die Zusammenarbeit und die Weiterentwicklung der verschiedenen Institutionen und Netzwerke in der Frühförderung zuständig.

Für Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis ist ein umfassendes Verzeichnis aller Frühförderangebote in 7. Auflage als Frühförderwegweiser erschienen, um die Orientierung im Bereich der frühen Hilfen zu erleichtern.

Hierin sind als Frühförderstellen die sonderpädagogischen Beratungsstellen und die interdisziplinären Frühförderstellen mit Einzugsgebiet und Angeboten aufgeführt.

Im Kleinkindalter, in der Krippe und in allgemeinen Kindertageseinrichtungen kann die Frühförderung mit Einverständnis und im Auftrag der Eltern alle beteiligten Fachleute einbeziehen, gemeinsam Maßnahmen aufeinander abstimmen und so den Zugang zu vorschulischen Bildungseinrichtungen und die Übergänge für Kind und Familie erleichtern.

Sibylle Burkhard
Cosima Henn

Adressen:

Klinische Sozialarbeit

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Im Neuenheimer Feld 430
69120 Heidelberg

Sozialmedizinische Nachsorge

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Im Neuenheimer Feld 153
69120 Heidelberg

www.schulamt-mannheim.de

Arbeitsstelle Frühkindliche Bildung und Frühförderung
Staatliches Schulamt Mannheim
Augustaanlage 67
69165 Mannheim

www.Rhein-Neckar-Kreis.de

Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis
Gesundheitsamt
Frühförderwegweiser für HD und den RNK
Arbeitsgruppe interdisziplinäre Frühförderung am Gesundheitsamt



Diabetes mellitus in Schulen

Krankheitsbild

Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“) bedeutet frei übersetzt „honigsüßer Durchfluss“ (diabet- griech. hindurchgehen, mellitus lat. honigsüß). Es handelt sich dabei um eine Gruppe von Stoffwechselstörungen, die unbehandelt u.a. durch vermehrtes Trinken, häufiges Wasserlassen, vermehrte Müdigkeit und hohe Blutzuckerwerte gekennzeichnet sind. In Deutschland sind mehr als 5 Millionen Menschen an Diabetes mellitus erkrankt, davon über 90 % an Typ-2-Diabetes, der überwiegend Erwachsene betrifft. Im Kindes- und Jugendalter überwiegt nach wie vor der Diabetes mellitus Typ 1 mit einem Anteil von über 95 % aller Diabetes-Erkrankungen. Für Baden-Württemberg beträgt die Inzidenz aktuell 19,4/100.000/Jahr (0-14 Jahre). In den letzten Jahrzehnten zeigte sich eine stetige Zunahme der Erkrankungen an Diabetes mellitus im Kindesalter.

Wie entsteht Diabetes mellitus?

Diabetes mellitus Typ 1 ist eine sogenannte Autoimmunerkrankung. Das körpereigene Immunsystem ist fehlgeleitet und dies führt zu einer Zerstörung der Inselzellen in der Bauchspeicheldrüse, die das lebensnotwendige Hormon Insulin produzieren. Ursache des Typ-1-Diabetes ist daher ein Insulinmangel.

Essgewohnheiten, Lebensstil und körperliche Bewegung haben keinen Einfluss auf die Entstehung des Typ-1-Diabetes (im Unterschied zum Typ-2-Diabetes).

Es trifft daher weder die Eltern noch die Kinder irgendeine Schuld an der Entstehung der Erkrankung.

Wie wird Diabetes mellitus behandelt?

Typ-1-Diabetes muss ab Erkrankungsbeginn und lebenslang mit Insulin behandelt werden. Insulin kann nicht in Tablettenform verabreicht werden, es muss mehrmals täglich mittels Spritze, Pen oder Insulinpumpe unter die Haut (subkutan) verabreicht werden. Dabei unterscheidet man einen Basalbedarf an Insulin, das ist die Menge Insulin, die der Körper ohne Essen benötigt, und Insulin für das Essen, das entsprechend dem Anteil von Kohlenhydraten in der Nahrung zu den Mahlzeiten gespritzt wird.

Welche Art von Insulin und welche Form der Insulintherapie zum Einsatz kommt, wird von dem Behandlungsteam zusammen mit den Patienten und ihren Eltern festgelegt. Alle Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes haben einen Behandlungsplan.

Zur Anpassung der Insulindosis sind regelmäßige Blutzuckerkontrollen erforderlich. In der Regel muss der Blutzucker 4–6 mal täglich gemessen werden. Dazu wird ein Tropfen Blut (meist aus dem Finger) auf einen Messstreifen in einem kleinen mobilen Messgerät aufgetragen. Das Ergebnis erscheint nach wenigen Sekunden. Blutzuckerkontrollen sind vor den Mahlzeiten, aber manchmal auch vor dem Sportunterricht oder bei Verdacht auf Unterzuckerungen erforderlich. Die Blutzuckermessung wird von den Kindern selbst durchgeführt.

Was passiert, wenn der Blutzucker mal daneben liegt?

Ein zu hoher Blutzucker (> 180 mg/dl) verursacht im Schulalltag in der Regel keinerlei Probleme und wird gemäß dem Behandlungsschema mit Insulin korrigiert. Eine Unterzuckerung kann zu Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Schwindel, Schwäche, Zittern und in Extremfällen auch zu Bewusstlosigkeit führen.

Ursachen für Unterzuckerungen sind:

- zu geringe Zufuhr an kohlenhydrathaltiger Nahrung (z. B. wenn vergessen wurde das Pausenbrot zu essen)
- starke körperliche Anstrengung (Sport, Wandertag etc.) oder auch Stress
- versehentlich zu viel Insulin gespritzt

Bei Verdacht auf Unterzuckerung sollten die Kinder sofort Blutzucker messen und schnell wirkende Kohlenhydrate, wie z.B. Traubenzucker, Saft, Obst oder Brot, essen.

Was sollten Lehrer, Erzieher und Betreuer noch wissen?

- › Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes haben die gleichen Rechte und Pflichten wie andere Mitschüler.
- › Sie können und sollen an allen schulischen Aktivitäten (Sport, Schwimmen, Ausflüge, Klassenfahrten etc.) teilnehmen.
- › Es muss ihnen gestattet sein, nach eigener Einschätzung Blutzucker zu messen und zu essen (auch während des Unterrichts).

Was müssen Lehrer, Erzieher und Betreuer nicht tun?

- › Blutzuckermessungen durchführen
- › Insulin spritzen oder die „Notfallspritze“ verabreichen
- › Mahlzeiten berechnen

Dr. med. Jürgen Grulich-Henn

Ansprechpartner:

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Im Neuenheimer Feld 430
69120 Heidelberg

Dr. med. Jürgen Grulich-Henn,
Oberarzt
Tel. 06221 56 4002
Frau Wera Eich
Diabetes-Beraterin DDG

Weitere Informationen:

www.diabetes-kinder.de

Kinder mit Epilepsien in der Schule

Krankheitsbild Epilepsie

Epilepsien sind die Folge einer gestörten Aktivität von Nervenzellverbänden im Gehirn. Sie äußern sich als wiederholte sogenannte cerebrale Krampfanfälle, die je nach Art der Epilepsie und der zugrundeliegenden Erkrankung bzw. Störung völlig unterschiedlich aussehen können.

Die Häufigkeit von Epilepsien in der Bevölkerung beträgt insgesamt 0,5–1 %, Kinder und Jugendliche sind häufiger betroffen. Man unterscheidet zwischen der Epilepsie als Krankheit und gelegentlichen Anfällen ohne eigenen Krankheitswert, wie sie bei jedem Menschen auftreten können, z. B. ausgelöst durch Sonnenexposition, Unterkühlung, Unterzuckerung, Vergiftungen (Alkohol, Medikamente) u. a.

Epilepsien können aufgrund verschiedener Vorschädigungen des Gehirns (Narben nach Unfällen, Entzündungen, Blutungen, Fehlbildungen, Tumoren u. a.), Stoffwechselerkrankungen oder anderer Störungen entstehen. Viele Formen von Epilepsie weisen auf eine angeborene Veranlagung oder erbliche Belastung innerhalb der Familie hin. Für immer mehr Epilepsien kann man einen spezifischen genetischen Defekt nachweisen. Die Einteilung der unterschiedlichen Epilepsieformen ist kompliziert und stetig im Fluss.

Woran kann man einen epileptischen Anfall erkennen?

Man unterscheidet zwischen Anfällen mit Bewusstseinsverlust („große“ Anfälle) und Bewusstseinsveränderung oder -trübung bei erhaltenem Bewusstsein („kleine“ Anfälle). Dabei kann es zu unterschiedlichen motorischen Symptomen kommen, je nach betroffener Hirnregion.

Häufige Anfallssymptome sind:

- › Blick- (meist Augenverdehen nach oben) oder Kopfwendung
- › Steifwerden von Armen oder Beinen (auch einseitig) oder des gesamten Körpers (sog. „generalisierter Anfall“)
- › Rhythmisches Zucken mit Armen oder Beinen (auch einseitig)
- › Verlust an Muskelspannung mit Zusammensacken oder Hinstürzen
- › Sprachhemmung, Schmatzen, Schreien, selten Lachen/Weinen
- › völlige Bewusstlosigkeit mit/ohne Atemstörung (blaue Lippen), evtl. Einnässen/ Einkoten

- › kurzes Unterbrechen der Tätigkeit/ Innehalten mit starrem Blick/Blinzeln
- › Verwirrtheit/ Umdämmerung mit seltsamer Reaktion auf Ansprache, stereotypen oder sinnlosen Handlungen

Die Symptome können in unterschiedlicher Kombination und zeitlicher Abfolge auftreten (z. B. zunächst Augenverdrehen, noch Reaktion auf Ansprache --> Steifwerden mit Kopfwendung nach links und Zucken des linken Armes --> vollständiger Bewusstseinsverlust und Zucken des ganzen Körpers, Lautbildung, blaue Lippen, Ausklingen mit Verlust an Muskelspannung). Nach Anfällen folgt häufig eine Schlafphase.

Dauer eines Anfalls

Ein Anfall kann von weniger als einer Sekunde (z. B. kurzes Zucken eines Armes) bis zu Stunden (z. B. Umdämmerungszustand) dauern und hört i. d. R. von alleine wieder auf. In Einzelfällen kann es zu überlangen (protrahierten) Anfällen oder einem andauernden Anfallsgeschehen (sog. „Status epilepticus“) kommen. Wenn mehrere Anfälle sich in kurzen Abständen wiederholen, spricht man von einer „Anfallsserie“.

Allgemeine Maßnahmen bei Epilepsien

Die Eltern sind mit dem Anfallsgeschehen bei ihrem Kind am besten vertraut und sollten die Schule bzw. den Klassenlehrer darüber informieren, was im Falle eines Anfalls zu tun ist. Im Einverständnis mit den Eltern (Schweigepflichtentbindung) kann die Schule auch Kontakt mit dem behandelnden Arzt zwecks Beratung/Information aufnehmen. Ein Notfallmedikament, das im Falle eines Anfalls verabreicht werden kann, sollte zur Verfügung stehen.

Als anfallsunterbrechende Medikamente sind Diazepam-Miniklistiere (müssen rektal eingeführt werden), Tavor-expidet (Lorazepam)-Tabletten (zum Auflösen im Mund oder in der Wangentasche), Midazolam-Lösung u. a. üblich.

Die meisten Kinder mit bekannter Epilepsie werden dauerhaft mit Medikamenten behandelt - und sind dann in 50–70% anhaltend anfallsfrei.

Anfallsauslösende Faktoren können neben Alkohol und Medikamenten, Lichteffekte (auch PC-Bildschirm) Schlafmangel und Stress oder veränderte Alltagsbedingungen sein, was besonders auf Schulausflügen und Klassenfahrten beachtet werden sollte. Kinder mit Epilepsie können i. d. R. uneingeschränkt an schulischen Aktivitäten teilnehmen.

Es ist sinnvoll, das Wissen um die individuelle Epilepsieerkrankung eines Kindes/ Jugendlichen im Klassenverband an die Mitschüler zu vermitteln (um zu informieren und Vorurteile abzubauen).

Maßnahmen bei einem „großen“ Anfall (Bewusstseinsverlust)

- › Ruhe bewahren
- › Schüler aus gefährlichen Bereichen holen, gefährdende Gegenstände aus der Umgebung entfernen
- › Atemwege freihalten, wenn immer möglich in (stabiler) Seitenlage auf den Boden legen, evtl. weiche Kopfunterlage
- › Kind nicht alleine lassen, Helfer herbeirufen
- › Zeit ab Anfallsbeginn beachten zur Einschätzung der Anfallsdauer
- › Anfallsgeschehen gut beobachten für spätere Beschreibung gegenüber Eltern/Arzt
- › falls der Anfall nicht von alleine aufhört, rechtzeitig das Notfallmedikament in der verordneten Dosierung verabreichen
- › Eltern informieren!

Bei Anfällen (auch Bewusstseinstörung oder Dämmerzustand) mit Dauer > 10 Min. ebenfalls das Notfallmedikament zur Anfallsunterbrechung geben.

Bei fehlender Festlegung durch den behandelnden Arzt /die Eltern oder in allen unklaren Fällen gilt die Regel, den Anfall nach spätestens 5 Minuten medikamentös zu unterbrechen, da sonst ein Status epilepticus begünstigt wird.

Bei ausbleibender Wirksamkeit nach weiteren 5 Minuten oder in jeder unbeherrschbaren Situation ist der Notarzt (über Tel. 112) hinzuzuziehen.

Falsche Maßnahmen bei Anfällen

- › etwas zu trinken oder zu essen geben (Aspirationsgefahr!)
- › Keil o. a. zum Aufhalten zwischen die Zähne schieben (Verletzungsgefahr)
- › Versuche, die Anfallssymptome zu unterdrücken (nutzlos)
- › aufrechte Position erzwingen (Sturzgefahr)
- › Mund-zu-Mund/Nase-Beatmung (ist bei Krämpfen der Atemmuskulatur nicht effektiv und beeinträchtigt den Schüler zusätzlich)
- › den Schüler wegen einer anfallsbedingten Bewusstseinsveränderung tadeln oder bestrafen

Dr. med. Karin Koch

Ansprechpartner:

Abteilung für Neuropädiatrie, Epilepsiezentrum und Sozialpädiatrisches Zentrum Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Im Neuenheimer Feld 430
69120 Heidelberg
Sekretariat SPZ/
Neuropädiatrische Poliklinik
spz.kinderklinik@med.uni-heidelberg.de
Tel. 06221 56 4837

Sekretariat Prof. Pietz
(Frau Rohs)
Tel. 06221 56 8488
Fax 06221 56 5222

Empfohlene Literatur für Pädagogen:

Ritva A. Sälke-Kellermann: „Epilepsie bei Schulkindern“, Schriften über Epilepsie Band IV (1. Auflage 2009), zu beziehen über die Stiftung Michael



Krebs

Krankheitsbild

Jedes Jahr erkranken bundesweit ca. 2500 Kinder und Jugendliche an Krebs. Mehr als 60 % dieser Erkrankten sind bei Diagnosestellung 5 Jahre und älter, also im schulpflichtigen Alter. Die häufigsten Erkrankungsarten sind Leukämien und Hirntumore, dazu kommen in weitaus geringerer Zahl Knochentumore, Weichteilsarkome, Lymphome und andere seltene Krebserkrankungen wie z. B. Nierentumore, Keimzelltumore, Retinoblastome. Mit der Behandlung wird nach erfolgter Diagnose unmittelbar begonnen. Die Krebsdiagnose hat somit für viele Betroffene eine sofortige räumliche Trennung von Familie und sozialem Umfeld zur Folge.

Intensivtherapie – Dauertherapie – Nachsorge

Die Behandlungsdauer beträgt je nach Tumorart oft zwei Jahre und länger. Während früher ein Großteil dieser Behandlung stationär erfolgte, gibt es zunehmend eine Entwicklung hin zur tagesklinischen Behandlung mit Übernachtung zuhause.

Abhängig vom Therapieschema erfolgt die Behandlung zuerst stationär und dann im Intervall von Therapie und Therapiepausen ambulant. Nur bei Komplikationen ist ein zusätzlicher Aufenthalt in der Klinik notwendig. Je nach Erkrankung sind Operation, Bestrahlung und Blutstammzell- oder Knochenmarktransplantation Teil der Behandlung.

Die Nachsorge erstreckt sich über einen Zeitraum von weiteren 5–10 Jahren mit ein bis vier Vorstellungen pro Jahr in der Klinik.

Prognose

Krebs bei Kindern gehört zu den chronischen Krankheiten des Kindes- und Jugendalters. Die Prognose hat sich in den letzten 25 Jahren deutlich verbessert. So können 2 von 3 Betroffenen von ihrer Krankheit geheilt werden und kehren in ihr soziales Umfeld zurück. Viele dieser vom Krebs geheilten Kinder tragen jedoch Spätfolgen mit Behinderungen unterschiedlicher Art und verschiedenen Schweregrades mit sich.

Auswirkungen auf das Schulleben

Ein großes Problem stellt die Trennung des jugendlichen Patienten von Familie und übrigen sozialen Umfeld dar. Zum Problem der räumlichen Distanz kommt hinzu, dass die Diagnose Krebs immer noch eine Tabudisziplin ist, die aus vielfältigen Gründen zum Kontaktabbruch mit dem außerfamiliären Umfeld führen kann:

- › Die Zytostatika beeinflussen die Blutbildung im Knochenmark und führen so zu einer Immunsuppression, die direkte Kontakte oft nicht mehr zulässt.
- › Aufgrund ihres veränderten Aussehens (Haarverlust, Amputationen) und Befindens (Übelkeit, Müdigkeit) ziehen sich die erkrankten Kinder/ Jugendlichen zurück.
- › Defizite an Informationen, auch Angst vor Ansteckung bei Freunden, Mitschülern und Lehrern können bei diesen zu Unsicherheit und damit zu verminderter Kontaktaufnahme von außen führen.

Besonders wichtig erscheint in diesem Zusammenhang der Verlust der Klassengemeinschaft, da eine Teilnahme am Unterricht über lange Zeiträume nicht möglich ist.

Auch bei der Rückkehr der erkrankten Kinder und Jugendlichen in ihre Klassengemeinschaft ist mit Schwierigkeiten zu rechnen. Sie zeigen besonders häufig Verhaltensauffälligkeiten, schlechtere Schulleistungen und eine vergleichsweise höhere soziale Isolation als ihre Mitschüler. Eine der Ursachen findet sich im langfristigen krankheitsbedingten Ausfall von Kontakten und in der dadurch verminderten Teilnahme an Gruppenprozessen. Die meisten Kinder verlieren ein Schuljahr und kehren nach überstandener Erkrankung in die gleiche Klassenstufe zurück.

Was kann ich als Lehrer tun?

Gespräche in der Klasse über den Schüler sollten vorher mit den Eltern / dem Betroffenen abgestimmt werden. Nicht immer ist eine Thematisierung gewünscht. Sie können:

- › das Thema Krebs in einer Unterrichtsstunde behandeln
- › den Kontakt zum Schüler / zur Schülerin suchen und Klassenkameraden dazu anregen
- › Kontaktmöglichkeiten über neue Medien prüfen, wie E-Mail, Skype, ICQ/MSN
- › Eltern weiterhin zu den Elternabenden einladen
- › Kontakt mit der Klinikschule aufnehmen, um Lehrpläne für den Unterricht abzustimmen
- › nach erfolgter Therapie die aktive Wiedereingliederung des Betroffenen in die Klassengemeinschaft, z. B. mit einem Besuch des Kliniklehrers/Klinikpsychologen in der Klasse, unterstützen

Renate Sedlak

Ansprechpartner:

**Regionales Behandlungszentrum
Zentrum für Kinder- und
Jugendmedizin**
Angelika-Lautenschläger-Klinik
Klinik für Kinderheilkunde III
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. A. Kulozik, PhD
Im Neuenheimer Feld 430
69120 Heidelberg
Sekretariat
Frau Jutta Mattern
Tel. 06221 56 4555

Materialien für den Schulunterricht:

CD-ROM: Onko-Ocean
(ab 5 Jahre; vergriffen; in der Stadtbücherei Heidelberg noch erhältlich)
CD-ROM: Ich bin ein Onko-Kid (ab 12 Jahre; über renate.sedlak@med.uni-heidelberg.de)
Broschüre zur Strahlentherapie
(www.kinderkrebsstiftung.de)
Flyer „Medizin-fuer-kids“
(anzufordern über renate.sedlak@med.uni-heidelberg.de)

Links:

www.kinderkrebsstiftung.de
Deutsche Kinderkrebsstiftung
www.kinderkrebsinfo.de
Pädiatrische-Onkologie Fachgesellschaft
www.waldpiraten.de
Nachsorgeeinrichtung Heidelberg
www.onko-kids.de
Info und Kontakt für Betroffene
www.kmtinfo.de
Info Knochenmarktransplantation
www.medizin-fuer-kids.de
Informationsportal über Krankheiten für Kinder



Asthma

10–15 % aller Kinder leiden an Asthma, also in jeder Schulklasse im Durchschnitt 1–2 Schüler. Es ist damit die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. Die Zahl der Kinder mit Asthma hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen und wird voraussichtlich weiter steigen.

Krankheitsbild

Asthma wird durch eine entzündliche Verengung der mittleren Atemwege (Bronchien) hervorgerufen. Bei einem Asthmaanfall gelangt die Luft durch die verengten Bronchien schlechter in die Lunge und kann vor allem nicht mehr so gut ausgeatmet werden. Die Lunge überbläht sich und die Kinder bekommen Luftnot. Während früher immer wieder Menschen an Asthmaanfällen verstorben sind, kann man Asthma mittlerweile sehr gut mit Medikamenten kontrollieren. Trotzdem ist ein Asthmaanfall immer noch ein potentiell lebensbedrohlicher Notfall.

Es gibt im Wesentlichen zwei Medikamentengruppen gegen Asthma: zum einen Notfallsprays, die die Bronchien innerhalb weniger Minuten erweitern (Inhaltsstoff z. B. Salbutamol), und zum anderen Sprays, die gering dosiertes Kortison enthalten und dauerhaft angewendet werden müssen. Diese Dauermedikamente hemmen bei täglicher Anwendung die Entzündung der Bronchien, aber sie helfen nicht schnell genug beim Asthmaanfall. Kortisonsaft oder Kortisonabletten werden hingegen auch im Notfall eingesetzt, weil sie höher dosiert sind und dadurch rasch wirken. Mit relevanten Nebenwirkungen ist bei den Notfallmedikamenten nicht zu rechnen.

Asthma in der Schule

Kinder mit Asthma kommen manchmal müde in die Schule, weil sie nachts durch Husten und Luftnot schlecht schlafen können. Wegen regelmäßiger Vorstellungen beim Arzt fehlen die Kinder auch ab und zu im Unterricht.

Verschiedene Umweltfaktoren können einen Asthmaanfall auslösen: Bei Wanderungen können dies Baum- oder Gräserpollen sein, im Unterricht auch Schimmelpilzbefall in feuchten Räumen oder Staub in Turnhallen. Weil Asthma durch Stress zusätzlich verstärkt werden kann, ist bei Leistungstests und Streit mit Klassenkameraden Vorsicht geboten.

Sport und körperliche Belastung führen durch die beschleunigte Atmung und die Austrocknung der Atemwege häufig zu einer Verengung der Bronchien und damit zur Verschlechterung des Asthmas. Trotzdem sollen gerade Kinder mit Asthma am Schulsport teilnehmen, weil Sport die Funktion der Lunge langfristig verbessert. Allerdings ist wichtig, dass die Kinder viel trinken und sich gut aufwärmen. Die Kinder sollten ihr Notfallspray beim Sport in greifbarer Nähe haben. Einige Kinder mit Belastungsasthma sollen dieses sogar bereits vor der Sportstunde anwenden. Bei bekannter Pollenallergie ist im Frühling und im Sommer Sport in der Halle besser. Bei Infekten (Schnupfen, Bronchitis) sollten sich Kinder im Sportunterricht nur vorsichtig belasten! Bei einigen Kindern wird Asthma durch chloriertes Wasser ausgelöst, so dass sie vom Schwimmunterricht befreit werden müssen.

Asthmaanfall

Es gibt Asthmaschulungen von Kinderärzten für Eltern und Kinder, in denen genau erklärt wird, wie man Asthma behandelt und was das Kind bei einem Asthmaanfall machen muss. Wenn Kinder medikamentös gut eingestellt und auch geschult sind, treten schwere Asthmaanfälle nur sehr selten auf.

Woran erkennt man einen Asthmaanfall?

Das Kind atmet angestrengt, hat Angst und gibt Luftnot an. Manchmal hört man ein Pfeifen beim Ausatmen und sieht die Einziehungen am Hals. Manche Kinder haben Husten.

Vorgehen beim Asthmaanfall

Ruhe bewahren! Begleiten Sie das Kind an die frische Luft (bei einer Pollenallergie in die Schulräume) und lassen Sie es nicht alleine. Das Kind soll zweimal mit seinem Notfallspray inhalieren. Stellen Sie sich vor das Kind und atmen Sie mit ihm zusammen ruhig ein und aus. Die Luft beim Ausatmen mit den Lippen bremsen. Die Atmung wird erleichtert, wenn das Kind im Stehen die Hände auf seine Knie stützt oder es sich setzt und beide Unterarme auf die Oberschenkel legt. Verständigen Sie die Eltern / den Arzt. Nach 5 Minuten kann das Kind erneut zweimal das Notfallspray anwenden und – falls vorhanden – auch den Kortisonsaft bzw. die Kortisonablette einnehmen. Nach einem Asthmaanfall soll sich das Kind beaufsichtigt ausruhen.

Es ist wichtig, dass das Kind seine Notfallmedikamente stets mit sich führt oder an einem Ihnen bekannten Platz in der Schule deponiert.

Dr. med. Eva Fritzsching

Ansprechpartner:

Dr. med. Eva Fritzsching
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Sektion für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose
Im Neuenheimer Feld 430
69120 Heidelberg
eva.fritzsching@med.uni-heidelberg.de
Tel. 06221 56 4002

PD Dr. med. O. Sommerburg
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Sektion für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose
Im Neuenheimer Feld 430
69120 Heidelberg
olaf.sommerburg@med.uni-heidelberg.de
Tel. 06221 56 4002

Chronische Niereninsuffizienz

Unter chronischer Niereninsuffizienz versteht man einen irreversiblen Funktionsverlust der Nieren, der verschiedene Grunderkrankungen als Ursache haben kann. Unbehandelt führt diese Erkrankung zum Tode.

Bei fortschreitendem Funktionsverlust der Nieren werden Abfallstoffe, die beim Eiweißstoffwechsel entstehen, sowie überschüssige Mineralsalze, die mit der Nahrung aufgenommen werden, nicht mehr ausreichend mit dem Harn aus dem Körper ausgeschieden. Außerdem ist die Regulation des Wasserhaushaltes im Körper gestört, sodass es im Endstadium zu Wassereinlagerungen (Ödemen) kommt. Der Blutdruck ist zudem häufig erhöht.

Die durch die eingeschränkte Nierenfunktion verursachte Konzentration von Abfallstoffen und die Einlagerung von Wasser im Körper des Patienten haben eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens zur Folge. Dazu gehören z. B. Verminderung der Leistungsfähigkeit, Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen. In fortgeschrittenen Fällen kann es zu Herzbeschwerden und Atemnot kommen.

Behandlung der Niereninsuffizienz

Solange durch die verbliebene Nierenfunktion ein noch tolerabler Körperzustand aufrechterhalten werden kann, behandelt man die Patienten konservativ, d. h. medikamentös und diätetisch.

Wenn die Nierenfunktion noch weiter abnimmt, müssen die Patienten mit der Nierenersatztherapie, d. h. Dialyse oder Nierentransplantation, behandelt werden.

Bei der Dialyse gibt es zwei Formen der Blutreinigung: die Hämodialyse (Blutwäsche) und die Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse).

Bei der Hämodialyse wird das Blut der Patienten über ein Schlauchsystem durch die sogenannte „künstliche Niere“ gepumpt. Harnpflichtige Substanzen und Wasser werden dem Blut hierbei entzogen. In der Regel werden die Patienten dreimal pro Woche für jeweils vier bis fünf Stunden in einem Dialysezentrum dialysiert. Vor Beginn der Hämodialysebehandlung ist eine vorbereitende Gefäßoperation erforderlich, damit der Patient immer wieder an das Schlauchsystem des

Dialysegerätes angeschlossen werden kann. Dieser Gefäßzugang wird – in der Regel am Unterarm – durch die Verbindung einer großen Arterie in eine nahegelegene Vene hergestellt. Dadurch vergrößert sich das Volumen der Vene.

Die Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse) wird zuhause durchgeführt; der Patient muss sich in der Regel nur in mehrwöchigem Abstand im Dialysezentrum vorstellen. Zu Beginn der Behandlung bekommt der Patient einen dauerhaften Zugang zur Bauchhöhle, in Form eines chirurgisch eingelegten Katheters, und wird für die Heimdialyse im Krankenhaus geschult. Bei dieser Form erfolgt die Blutreinigung über die körpereigene Membran des Bauchfells. Damit die Giftstoffe in die Bauchhöhle übertreten können, wird über den Katheter der Bauchraum wiederkehrend mit der Dialyseflüssigkeit gefüllt. Meistens wird der mehrmalige Wechsel der Flüssigkeit nachts automatisch durch eine Maschine (Cycler) durchgeführt, während der Patient schläft. Abgesehen von den nächtlichen Dialysewechseln können sich die Patienten frei bewegen.

Durch die Einpflanzung einer funktionsfähigen Spenderniere (Nierentransplantation) lässt sich wieder ein weitgehend normaler Körperzustand des Patienten herstellen. Da das Angebot an Spendernieren von verstorbenen Spendern knapp ist, müssen die Patienten z. T. mit einer mehrjährigen Wartezeit rechnen. Wenn Angehörige, in der Regel die Eltern, für ihre Kinder eine eigene Niere spenden können, kann die Wartezeit verkürzt oder die Dialysebehandlung auch ganz vermieden werden. Bei der Operation wird die Niere in den unteren Bauchraum eingepflanzt, weil sie dort gut an die Blutgefäße und die Blase angeschlossen werden kann. Eine Niere genügt, um alle für den Körper wichtigen Funktionen zu erfüllen. Nach der Transplantation müssen die Patienten noch eine Weile im Krankenhaus bleiben. Der Schulbesuch ist frühestens nach 6 Wochen wieder möglich.

Zur Unterdrückung der natürlichen Abwehrreaktionen des Körpers gegen die fremde Niere muss eine medikamentöse Dauertherapie erfolgen. Der Funktionsverlust einer transplantierten Niere aufgrund einer Abwehrreaktion wird als „Abstoßung“ bezeichnet.

Infolge der Medikamente, die eine Abstoßung der transplantierten Niere verhindern sollen, wird auch die allgemeine Widerstandskraft des Körpers herabgesetzt. Dadurch erhöht sich das Infektionsrisiko für ansteckende Krankheiten.

Belastungen der Patienten durch Krankheit und Behandlung

Der Umgang mit der chronischen Niereninsuffizienz stellt an die ganze Familie hohe Anforderungen. Für die Patienten bringt sie erhebliche körperliche und seelische Belastungen mit sich, u. a.:

- › Unheilbarkeit der Krankheit
- › Lebensbedrohung
- › schmerzhaft und unangenehm Untersuchungen und Behandlungen; zum Teil längere und häufige Krankenhausaufenthalte
- › Befolgung vielfältiger medizinischer Vorschriften (z. B. Medikamenteneinnahme, Diätvorschriften, Trinkmengenvorgaben)
- › Abhängigkeit von medizinischen Geräten und Behandlern
- › verminderte Leistungsfähigkeit, Wachstums- und Entwicklungsstörungen, Verletzungen des Körperschemas (z. T. vielfältige Verletzungen)
- › Probleme der sozialen Integration in Familie, Freundeskreis, Schule

Chronisch niereninsuffiziente Schüler und Schülerinnen

Für Kinder mit einer derart schweren chronischen Erkrankung bietet die Schule als Raum der sozialen Integration eine unvergleichbare Chance, in einer Gemeinschaft leben zu lernen. Die Schule kann als Lern- und Lebensraum zur Erlangung von Kompetenzen beitragen, die dem Schüler zur Annahme seiner selbst und zur Lebensbewältigung verhelfen.

Für die erfolgreiche soziale und berufliche Rehabilitation der chronisch niereninsuffizienten Kinder und Jugendlichen ist das Erreichen eines möglichst qualifizierten

Schulabschlusses von zentraler Bedeutung, damit solche Berufe erlernt werden können, die nicht mit schwerer körperlicher Arbeit verbunden sind. Deshalb ist es sehr wichtig, dass vonseiten der Schule alle Anstrengungen unternommen werden, um den Schüler oder die Schülerin optimal zu unterstützen und zu fördern.

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Schule und behandelnder Klinik ist in jedem Fall zu empfehlen. Regelmäßiger Informationsaustausch sowie Schul- und Klinikbesuche können dabei helfen, die individuell erforderlichen Maßnahmen des Nachteilsausgleichs, der Einzelförderung, der Berücksichtigung besonderer medizinischer Erfordernisse sowie der Förderung der sozialen Integration rechtzeitig in Angriff zu nehmen.

Diplom-Psychologin Evelyn Reichwald-Klugger
Diplom-Psychologe Dirk Bethe

Ansprechpartner:

Frau Dipl. Psych. Evelyn Reichwald-Klugger
evelyn.reichwald@med.uni-heidelberg.de

Herr Dipl.-Psych. Dirk Bethe
Dirk.Bethe@med.uni-heidelberg.de

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin,
Im Neuenheimer Feld 430
69120 Heidelberg

Detaillierte Informationsbroschüren für Lehrerinnen und Lehrer mit niereninsuffizienten Schülern können bei Frau Reichwald-Klugger oder Herrn Bethe angefordert werden.

Das Durchgangsarztverfahren nach Schulunfällen

Das Durchgangsarztverfahren regelt die medizinische Versorgung der Kinder und Schüler, die in Kindergärten, allgemeinen und berufsbildenden Schulen oder auf dem Weg dorthin verunfallen. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Veranstaltungen, die von den Einrichtungen durchgeführt werden. Die Unfälle werden zeitnah an die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV), die sogenannten Unfallkassen, gemeldet. Im Jahr 2004 waren dies bundesweit 400.000 Kinder und Jugendliche. Der Versicherungsschutz für den genannten Personenkreis ist kostenfrei und wird durch Beiträge der Länder und Kommunen finanziert.

Bei den unfallbedingten Verletzungen kann es sich um Prellungen, Wunden, Knochenbrüche oder Gehirnerschütterungen handeln, aber auch um komplexe Verletzungen, z. B. das Schädel-Hirn-Trauma oder um Mehrfachverletzungen nach Verkehrsunfällen.

Prinzipiell ist jeder Arzt, der über unfallmedizinische Erfahrungen verfügt, berechtigt, die Erstversorgung eines Kindes oder Jugendlichen nach einem Unfall durchzuführen. Er ist jedoch verpflichtet, die Patienten unverzüglich einem Durchgangsarzt (D-Arzt) vorzustellen, wenn die Behandlungsbedürftigkeit mehr als eine Woche beträgt oder die Arbeitsunfähigkeit über den Unfalltag hinausführt.

Bei isolierten Augen- oder Hals-Nasen-Ohren-Verletzungen sollten verunfallte Schüler direkt zu den speziellen Fachärzten geschickt werden.

Insbesondere bei schweren Unfällen und Verletzungen muss natürlich nicht erst ein niedergelassener D-Arzt aufgesucht werden, hier ist die direkte Einweisung in die von den Unfallversicherungen zugelassenen Krankenhäuser möglich.

Der D-Arzt soll als Vertreter der Unfallversicherung das gesamte Heilverfahren steuern, er ist also von der Erstversorgung über die Rehabilitation und schulische/berufliche Eingliederung bis hin zur Festlegung von Entschädigungsleistungen koordinierend tätig.

Die **Leistungen** der Unfallkassen beziehen sich auf die **akute Heilbehandlung**, also die ärztliche oder zahnärztliche Behandlung, den Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehaklinik, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Fahr- und Transportkosten.

Hilfen zur schulischen Eingliederung oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Schulhilfe, berufsvorbereitende Maßnahmen, berufliche Ausbildung oder Umschulung) werden ebenfalls von den Unfallkassen bezahlt. So haben Schüler, die wegen Unfallfolgen längere Zeit nicht am Unterricht teilnehmen können, Anspruch auf schulische Hilfen. Das schließt Transportkosten zur Schule, Förderunterricht, aber auch Unterricht zu Hause oder im Krankenhaus ein. Die schulischen Hilfen können von der Schule, den Eltern, dem Unfallverletzten oder von dem behandelnden D-Arzt beantragt werden. Die Unfallkassen prüfen in der Regel wohlwollend, entscheiden aber letztlich, ob sie dies für notwendig erachten.

Nach Prüfung durch die Unfallkassen Baden-Württemberg ist die Kinderchirurgie der Universitätsklinik Heidelberg, vertreten durch den D-Arzt PD Dr. Stefan Holland-Cunz, berechtigt, das besondere Heilverfahren durchzuführen. Pro Jahr werden ca. 850 Kinder und Jugendliche ambulant und stationär BG-ärztlich betreut. Das gesamte unfallbedingte Verletzungsspektrum kann hier altersspezifisch bis zum 15. Lebensjahr behandelt und nachgesorgt werden. Ältere Jugendliche werden vom D-Arzt der Erwachsenen betreut.

Dr. med. Markus Keßler



Durchgangsarzt für Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre:
PD Dr. med. Stefan Holland-Cunz,
Chefarzt Kinderchirurgie
Sektion Kinderchirurgie
Chirurgische Klinik
Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg
Tel. 06221 56 6282

Notfalltelefon/Hotline:
06221 75636284

Künstlicher Darmausgang (Anus praeter) bei Kindern und Jugendlichen

Anus praeter ist die Sammelbezeichnung für einen künstlichen Darmausgang, der operativ angelegt wurde. Dieser ist leider bei manchen Erkrankungen unumgänglich. Die Gründe für die Anlage sind vielfältig, z. B. wenn Teile des natürlichen Darms stillgelegt oder entfernt werden müssen oder auch der natürliche Ausgang (After) nicht vorhanden ist.

Für die Kinder und Jugendlichen und im Besonderen für deren Eltern bedeutet der künstliche Darmausgang häufig eine besondere psychische Belastung. Außerdem müssen spezielle pflegerische Fähigkeiten erlernt werden, um die Versorgung des Ausgangs (auch Stoma genannt) im häuslichen oder schulischen Bereich durchführen zu können. Trotzdem bietet die Anlage eines künstlichen Darmausgangs auch im Kindes- und Jugendalter mitunter die einzige Möglichkeit zur Heilung einiger potentiell lebensbedrohlicher Erkrankungen. Im Unterschied zum Erwachsenen handelt es sich dabei fast ausschließlich um Erkrankungen auf der Basis eines entzündlichen Geschehens (z. B. Morbus Crohn), durch eine angeborene Fehlbildung des Darms, durch eine Fehlbildung aufgrund eines Unfalls und nur in den seltensten Fällen um einen bösartigen Tumor.

In den allermeisten Fällen wird bei Kindern und Jugendlichen das Stoma nur passager angelegt, das heißt, nach einer gewissen Zeit soll die Darmkontinuität wiederhergestellt werden.

Ist der Anus praeter dauerhaft, wird ein endständiges Stoma angelegt. Dies ist der Fall, wenn der restliche Darmabschnitt oder der After entfernt werden muss oder eine nicht reparable Stuhlinkontinenz besteht. Der Darm endet dann mit dem Stoma. Es befindet sich nur eine Öffnung in der Bauchhaut, aus der auch der Stuhl austritt.

Da ein Stoma keinen Schließmuskel besitzt, fließt der Stuhl kontinuierlich ab. Zusätzlich kann es zu einem geräuschvollen Luftabgang kommen. Je nach Lage des Stomas ist der Darminhalt flüssig bis geformt und entsprechend aggressiv auf der umgebenden Haut.

Das Stoma muss immer wieder kontrolliert werden, um Formveränderungen, Blutungen oder Entzündungen frühzeitig zu erkennen. Die häufigste Komplikation, die manchmal sogar eine erneute Operation notwendig macht, ist der Darmvorfall aus dem Stoma (Prolaps). Dabei stülpen sich hinter dem Ausgang liegende Darmabschnitte in das Stoma ein und fallen

vor. Es kommt zur Stauung und Durchblutungsstörung des betroffenen Darmabschnittes, so dass eine rasche ärztliche Vorstellung und Behandlung notwendig ist.

Bei der Stomaversorgung werden unterschiedliche Halteplatten und Beutelsysteme verwendet. Diese werden der Lage des Stomas, der Größe, den Anforderungen und persönlichen Wünschen der Kinder angepasst. Um eine Irritation und Entzündung der umgebenden Haut zu verhindern, sind eine gute Hautpflege und sorgfältige hygienische Maßnahmen notwendig. Ein Wechsel des Auffangsystems kann von den größeren Kindern alleine durchgeführt werden, braucht manchmal aber auch zusätzliche Hilfe. Die Kinder und ihre Eltern werden angeleitet und entsprechend geschult. Ein unkontrolliertes Lösen des Systems ist möglich und hat sichtbare und geruchsintensive Folgen. Auch sind die Wechsel der Beutel je nach Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nicht immer genau planbar. Stomaträger brauchen daher entsprechende Freiräume, um eine adäquate Versorgung zu ermöglichen.

Sportliche Aktivitäten der Kinder mit Stoma sind gewünscht und notwendig und sollten nicht behindert werden. Das Ablösen der Auffangsysteme ist dadurch etwas leichter möglich, stellt jedoch keinen Hinderungsgrund dar. Durch spezielle Verschlusskappen können Kinder und Jugendliche mit einem Stoma sogar schwimmen gehen.

Um eine Isolierung und sekundäre Krankheitsentwicklungen zu minimieren, animieren wir die Betroffenen, offen mit der Problematik eines künstlichen Darmausgangs umzugehen. Der Beutel lässt sich letztendlich auch unter der Kleidung nicht verstecken, zudem sind entsprechende Geräusche hinweisend auf den Anus praeter. Hier sind pädagogisch unterstützende Maßnahmen und Aufklärungen auch im Klassenverband notwendig und sinnvoll.

Dr. med. Markus Keßler



Beratung und Informationen:

Chirurgische Klinik
Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg

Dr. med. Markus Keßler
Oberarzt der Sektion Kinderchirurgie
Tel. 06221 56 6282

Frau Marianne Rippberger
Stationsleitung Kinderchirurgie
Station 11
Tel. 06221 56 6509

Frau Claudia Lutz
Stomatherapeutin
Tel. 06221 56 1931

Was ist richtig für mein Kind? –
Ein Ratgeber für Eltern
„Ich heiße Max und ich hab‘ ein Stoma“
– Ein Ratgeber für Kinder und Jugendliche
Hollister Incorporated
Postfach 1323, 85767 Unterföhring

Deutsche Morbus Crohn / Colitis
ulcerosa Vereinigung (DCCV) e. V.
Seiten für Kids & Teens
www.dccv.de

SoMA e. V.
Selbsthilfeorganisation für Menschen
mit angeborenen anorektalen Fehlbil-
dungen
www.soma-ev.de

Deutsche ILCO e. V.
Selbsthilfeorganisation für Stomaträ-
ger und Menschen mit Darmkrebs
www.ilco.de

DVET:
Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V.
www.dvet.de



Schulvermeidung: Schulangst und Schulphobie

Nach Expertenschätzungen leiden 5–10% der Schüler an einer ausgeprägten Schulangst, die meist mit den unterschiedlichsten körperlichen Symptomen wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schwindel und Übelkeit einhergeht und oft zu erheblichen Schulfehlzeiten führt.

Krankheitsbild

Begrifflich ist die Schulvermeidung, bei der die Schüler während der Schulzeit im Allgemeinen mit Wissen der Eltern zu Hause bleiben, von der Schulverweigerung abzugrenzen, die meist ohne Wissen der Eltern stattfindet („Schwänzen“, „Streunen“) und häufiger mit dissozialen oder aggressiven Verhaltensweisen sowie Lernschwierigkeiten einhergeht. Die Schulvermeidung ist oft mit Körpersymptomen und emotionalen Problemen vergesellschaftet. Ihr liegen zumeist entweder eine Schulangst (Angst vor der Schule oder dem, was darin passiert, z. B. Prüfungsangst, Lehrerangst oder Sozialangst) oder eine Schulphobie zugrunde. Letztere ist keine Phobie vor der Schule, sondern eine ausgeprägte Trennungsangst, bei der oft auch für Freizeitaktivitäten (Hobbys, Vereine) das Elternhaus nicht oder nur schwer verlassen werden kann.

Neben gegenwärtigen Faktoren, wie z. B. Mobbing- und Gewalterfahrungen (zunehmend häufiger), Leistungsdruck oder familiäre Schwierigkeiten (z. B. Erkrankung oder Arbeitslosigkeit der Eltern), spielen auch genetische Bedingtheiten (z. B. Temperament) und die Beziehungsgeschichte des Kindes bei der Entstehung eine Rolle (z. B. Bindungsgeschichte, Traumatisierung).

Was kann Schule tun?

Gerade wenn ein Schüler / eine Schülerin die Schule vermeidet, d. h. mit Wissen der Eltern und im Allgemeinen entschuldigt die Schule immer wieder oder dauerhaft über eine längere Zeit nicht besucht, ist es besonders wichtig, dass Lehrer und Schule den Schüler / die Schülerin nicht aufgeben („aus den Augen, aus dem Sinn“), sondern Präsenz zeigen. Dies bedeutet, Schüler/in und Eltern immer wieder anzusprechen (z. B. anrufen), immer wieder zu betonen, wie sehr dem Lehrer / der Lehrerin und der Klasse daran liegen, dass der betreffende Schüler / die Schülerin wieder in die Schule kommt. Wichtig ist es, die Vermeidung nicht zu unterstützen, sondern trotz der u. U. vielfachen Körperbeschwerden einen Schulbesuch immer

wieder einzufordern, notfalls stundenweise. Hierbei ist eine enge Absprache mit den Eltern hilfreich. Ebenso können Hausbesuche unterstützend sein, bei denen der Schüler / die Schülerin auch Arbeitsblätter, Informationen über Hausaufgaben etc. erhält. Hierbei können z. B. Klassenkameraden einbezogen werden. In Einzelfällen kann ein Abholen des Schülers / der Schülerin zu Hause durch eine/n Lehrer/in oder Mitschüler sinnvoll sein. Auch wenn es über lange Zeit oft nicht so aussieht (und vielleicht nicht zu schnellen Erfolgen führt), ist die konsequente Haltung des „Wir lassen dich nicht, uns liegt etwas an dir“ für die abwesenden Schüler/innen sehr wichtig und beeindruckt sie oft, auch wenn sie sich das nicht anmerken lassen. Besonders „schwierige“, „schüchterne“ oder vermeintlich „unabhängige“ Schüler/innen brauchen das Interesse des Lehrers / der Lehrerin und die Beziehung zu ihnen, auch wenn sie vielleicht schwierig herzustellen und zu halten ist (abhängig von den Bindungserfahrungen des Kindes).

Eine gute Vernetzung (mit anderen Lehrern, Mitschülern, den Eltern, ggf. Ärzten und Therapeuten) ist unterstützend. Eine dauerhafte Freistellung vom Schulbesuch (z. B. Hausbeschulung) würde die Schulvermeidung weiter unterstützen und ist eindeutig kontraindiziert.

Nachteilsausgleich

Längere Schulabwesenheiten führen meist automatisch aufgrund des verpassten Lernstoffs zu schlechteren Schulleistungen, dies kann Schulängste weiter verstärken und so zu einem Teufelskreis führen. Sind Auslösefaktoren bekannt, sollten im Schulumfeld liegende Auslöser möglichst angegangen werden (z. B. Mobbing-situationen, schulische Überforderung etc.).

Wichtig ist es, die Schwelle für die Wiederaufnahme des Schulbesuchs möglichst niedrig zu halten. Dafür ist eine individuelle Lösung für einen Nachteilsausgleich mit Augenmaß sehr hilfreich (Nichtwerten einzelner Arbeiten, Unterstützung, um wieder „auf den Stand“ zu kommen, in Extremfällen von monatelang versäumter Schule ggf. bis hin zum Gewähren eines Krankheitsjahres).

Dr. med. Rieke Oelkers-Ax

Ansprechpartner:

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Ambulanz
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg

Dipl.-Psych. Lucia Gumprecht
Dr. med. Christoph Lenzen,
PD Dr. med. Rieke Oelkers-Ax,
Oberärztin
Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Kopfschmerzambulanz
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg
Tel. 06221 56 6915

Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa (Magersucht) gehört neben der Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) und der Adipositas (Fettleibigkeit) zu den Essstörungen.

Die Magersucht hat die höchste Todesrate aller psychischen Erkrankungen junger Frauen und häufig kommt es zu einer verzögerten Inanspruchnahme von Beratungen, sodass der Früherkennung gerade auch hier eine besondere Bedeutung zukommt.

Krankheitsbild

Bei der Magersucht kommt es zu einer Gewichtsabnahme bzw. zu einer fehlenden Gewichtszunahme im Laufe der Entwicklung. Das geforderte Untergewicht liegt bei 15 % unter dem Normalgewicht oder einem Body-Mass-Index (BMI) unter 17,5. Er errechnet sich, indem man das Körpergewicht in kg durch das Quadrat der Körpergröße in Metern teilt.

Der Gewichtsverlust muss selbst herbeigeführt sein (Vermeidung hochkalorischer Nahrung, selbstinduziertes Erbrechen, selbstinduziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivität); dabei nehmen sich die Frauen als zu dick wahr und haben Angst, zuzunehmen.

Daneben gibt es eine Reihe von körperlichen Symptomen, die das Herz-Kreislauf-System betreffen, Hormonstörungen, eine verzögerte Pubertätsentwicklung, später auch Knochenstoffwechselstörungen und vieles mehr. Von einer Essstörung abzugrenzen sind immer auch andere körperliche oder seelische Erkrankungen, die ebenfalls zu einem Gewichtsverlust führen. Dies muss von ärztlicher Seite ausgeschlossen werden.

Die Erkrankung beginnt heute meist schon im Jugendalter und die Ursachen sind vielfältig; neben generellen Risikofaktoren, wie weibliches Geschlecht, das Jugendalter oder auch das Leben in einer Industrienation, spielen genetische und familiäre Einflüsse eine Rolle. In den Familien finden sich häufig ein auffälliges Essverhalten, kritische Äußerungen zu Figurproblemen oder auch psychische Erkrankungen im engeren Sinn. Bei den individuellen Faktoren spielen ein niedriges Selbstwertgefühl, Perfektionismus und ein hohes Leistungsideal ebenso eine Rolle wie Probleme bei der Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben (Ablösung

vom Elternhaus, Identitäts- und Autonomieentwicklung, psychosexuelle Reifung) und soziokulturelle Faktoren (Druck durch Gleichaltrige, Schlankheitsideal). Ein Zusammenspiel unterschiedlichster Risikofaktoren kann dann zur Entwicklung einer Essstörung führen.

Nur etwa die Hälfte der magersüchtigen Mädchen und Frauen wird vollständig geheilt, ein Fünftel nimmt einen chronischen Verlauf, die restlichen 30 % entwickeln immer wieder Probleme.

Zentrale Behandlungsziele sind zunächst Motivation und Krankheitseinsicht, da die Betroffenen sich lange Zeit nicht als krank erleben. Auch ist es von größter Wichtigkeit, ein gesundes Körpergewicht anzustreben und krankheitserhaltende Faktoren unter Einbeziehung der Familie zu bearbeiten. Sollte ein ausgeprägter Gewichtsverlust mit schweren körperlichen Symptomen, eine absolute Essverweigerung oder eine zusätzliche schwere Depression vorliegen, ist eine stationäre Behandlung dringend angezeigt.

Die (beginnende) Magersucht im Schulalltag

Frühsymptome sind meist unspezifisch, doch gibt es eine Reihe von Verhaltensweisen, die einen an eine beginnende Essstörung denken lassen müssen.

Ist eine Jugendliche sehr kälteempfindlich, friert häufig und schnell bzw. setzt sich ständig der Kälte aus (steht auch im Winter am offenen Fenster) oder trägt verhüllende Kleidung, um ihr Dünnssein zu verbergen, wären das ebenso mögliche Hinweise wie ein ständiges „in-Bewegung-sein“, eine exzessive Verausgabung bis zur Erschöpfung (zum Beispiel im Sportunterricht) oder ein Nicht-stillsitzen-Können.

Im Verlauf können auch Leistungsdefizite und Konzentrationsstörungen auftreten, blaue Finger und Zehen oder Schwächeanfälle, die dann aber bagatellisiert werden.

Besondere Verhaltensauffälligkeiten wie häufiger Toilettenbesuch könnten auf Erbrechen oder einen Missbrauch von Abführmitteln hindeuten.



In Situationen, in denen gemeinsame Mahlzeiten eingenommen werden (Landschulheim, Klassenfahrt), wird dies vermieden oder es zeigt sich ein ritualisiertes Essverhalten, ein Sorgen für andere und Sich-Vergessen, heimliches Essen oder das Horten von Nahrungsmitteln.

Die Betroffenen selbst können Stimmungs- und Gewichtsschwankungen zeigen, oder sie vergleichen sich ständig und entwerten die eigene Figur.

Dies alles können Frühzeichen sein, die auf eine Essstörung hinweisen können, nicht müssen. Zu diesem Zeitpunkt sollte das Gespräch mit der Betroffenen gesucht werden, auch unter Hinzuziehung der schulpsychologischen Beratungsstelle. Sollte sich der Verdacht erhärten, sollten die Eltern informiert werden. Bestätigt sich der Verdacht, bedarf es immer einer fachärztlichen Einschätzung.

Dr. med. Eginhard Koch

Ansprechpartner:

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universität Heidelberg
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg

Dr. med. Eginhard Koch,
Oberarzt
Tel. 06221 56 6914 / 15

Materialien für den Unterricht:

Franz Kafka:
Ein Hungerkünstler

Eleanor McEvoy:
Das Lied „Sophie“

Christina Aguilera:
Video zum Lied „Beautiful“ aus dem
Album „Stripped“



Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die auch als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom oder Hyperkinetische Störung (HKS) bezeichnet wird, ist eine bereits im Kindesalter beginnende psychische Störung, die durch Probleme in der Aufmerksamkeit sowie durch Impulsivität mit oder ohne Hyperaktivität gekennzeichnet ist. Etwa drei bis zehn Prozent aller Kinder zeigen Symptome im Sinne einer ADHS. Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Die Symptomatik kann mit unterschiedlicher Ausprägung bis in das Erwachsenenalter hinein fortbestehen.

Krankheitsbild

ADHS ist gekennzeichnet durch erhebliche Beeinträchtigungen der Konzentrations- und Daueraufmerksamkeitsfähigkeit, Störungen der Impulskontrolle sowie Hyperaktivität. Die Problematik muss ausgeprägt sein und darf nicht dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes entsprechen. Auch muss sie in mindestens zwei sozialen Bezugssystemen des Kindes vorhanden sein, zum Beispiel neben dem Lern- und Leistungsbereich der Schule im Elternhaus. In der Regel beginnt die

Störung vor dem 6. Lebensjahr und sollte erst dann diagnostiziert werden, wenn sie länger als ein halbes Jahr besteht und mit einer deutlichen Beeinträchtigung in den oben genannten Bereichen einhergeht.

In ungünstigen Fällen ist die ADHS vergesellschaftet mit anderen Problemen, wie Teilleistungsstörungen, Tics und später auch Aggressivität und sozial abweichendes Verhalten.

Die Diagnosestellung sollte IMMER durch einen Facharzt erfolgen und neben der körperlichen Untersuchung eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Kindes ebenso einschließen wie eine Erfassung der psychosozialen Umgebungsbedingungen.

Stellt man die Frage nach den Ursachen, ist von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell auszugehen, also dem Zusammenwirken biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Bei ca. 50 % der ADHS-Betroffenen besteht eine genetisch bedingte Anormalität der neuronalen Signalverarbeitung im Gehirn.

Aber nicht alles, was als ADHS in Erscheinung tritt, ist eine ADHS im engeren Sinne und sollte dementsprechend thera-

piert werden. Aufmerksamkeitsprobleme und eine körperliche Unruhe können viele Gründe haben und sollten immer einer professionellen Diagnostik zugeführt werden.

Dies ist umso wichtiger, als das ADHS zu massiven Folgeproblemen in Schule und Beruf, in der Gesellschaft und in der Familie führen kann.

Bei der Therapie sollten zunächst nicht-medikamentöse, pädagogische, verhaltens- und familienorientierte Maßnahmen eingeleitet werden.

Im Kindesalter orientieren sich verhaltenstherapeutische Programme daran, in einem Elterntraining Informationen zu ADHS und Unterstützung zum Aufbau fester, konsistenter und für das Kind transparenter Regeln und Strukturen zu vermitteln. Des Weiteren sollte die Verbesserung der Selbststeuerung und die Stärkung des Selbstwertgefühls der Kinder ein Therapieziel sein.

ADHS im Schulalltag

In der Grundschule zeichnen sich die Kinder durch Probleme mit der Aufmerksamkeit und Ausdauer aus, mit einer ausgeprägten motorischen Unruhe, einer mangelnden Regelakzeptanz bei meist gutem Regelverständnis, sowie durch eine geringe Frustrationstoleranz. Die Kinder stören im Unterricht, können nicht abwarten, zeigen bald Lern- und Leistungsprobleme und haben keine altersentsprechende soziale Kompetenz.

Fallen Kinder in der Schule auf, sollte man immer daran denken, dass sich die Störung nicht „auswächst“, die psychosozialen Probleme zunehmen und sich

komorbide Störungen verstärken können.

In der Klasse brauchen die betroffenen Kinder klare Regeln und Strukturen; das Verhalten sollte unter Umständen mit Verstärkerplänen unterstützt werden. Bedenken Sie immer, dass das Kind nicht anders kann, und verurteilen Sie das Kind nie in seiner Person. Stärken Sie das Kind in dem, was es kann, und schützen Sie es vor unnötiger Ablenkung, indem es zum Beispiel vorne sitzt.

Strukturieren Sie den Stoff für das Kind, geben Sie klare Anweisungen, sprechen Sie das Kind direkt an und spiegeln Sie Erfolge regelmäßig wider.

Dr. med. Eginhard Koch

Ansprechpartner:

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universität Heidelberg
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg

Dr. med. Eginhard Koch
Oberarzt
Tel. 06221 56 6914 / 15

Links:

www.adhs.ch/download/docs/schule/adhs_lehrer.pdf

Früherkennung schizophrener Psychosen im Jugendalter

Psychotische Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis stellen schwerwiegende Erkrankungen dar, die den Menschen in der Beziehung zu sich selbst und zur Welt unter dem Aspekt einer Störung des Realitätsbezugs tiefgreifend verändern, und gerade früh beginnende Psychosen vor dem 18. Lebensjahr weisen eine Reihe von ungünstigen Entwicklungskriterien auf. Auch kann eine Vorphase (Prodrom) lange vor der Erkrankung mit uncharakteristischen Symptomen beginnen und bis in das Jugendalter zurückreichen. Da es sich meist zunächst um unspezifische Probleme wie Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit oder Interessensverlust handelt, ist es schwierig, eine Verdachtsdiagnose zu stellen, doch viele Entwicklungsrisiken beginnen schon in dieser Zeit und machen eine Früherkennung notwendig.

Krankheitsbild

Nach ihrer Symptomatik können schizophrene Psychosen in drei Gruppen eingeteilt werden:

- › Dem Positiv-Typ werden Psychosen mit Wahnphänomenen, Halluzinationen und einer Desorganisation des Denkens und Handelns zugeordnet.
- › Dem Negativ-Typ werden Psychosen, bei denen Beeinträchtigungen von Antrieb, Motivation und affektiver Kommunikation im Vordergrund stehen, zugeordnet. Zu dieser Negativ-Symptomatik zählen auch Störungen der Kontaktaufnahme und die Neigung zu sozialem Rückzug.
- › Der dritte Typus wird Mischtypus genannt. Ihm werden Patienten mit prominenten Symptomen aus beiden Symptomkreisen der Plus- und Minus-Symptomatik zugezählt. Typischerweise tragen bei früh beginnenden Psychosen Positiv- und Negativ-Symptome zur Ausprägung der schizophrenen Symptomatik bei. Insbesondere im Jugendalter finden wir vorwiegend Mischformen.

Häufig geht der schizophrenen Erkrankung (auch über Jahre) eine Phase voraus, in der es zu unspezifischen Symptomen wie Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, Störungen der psychischen Belastungsfähigkeit, Schlafstörungen, Angst, erhöhtem Misstrauen und Beeindruckbarkeit durch alltägliche Ereignisse sowie einem Leistungsknick in der Schule kommt. Dann können Wahrnehmungsveränderungen, Entfremdungsgefühle und Denkstörungen wie Gedankendrängen, Blockaden und Gedankeninterferenzen dazukommen sowie

Schwierigkeiten des abstrakt-logischen Denkvermögens. Bei dem Vorliegen solcher Probleme ist immer professionelle Hilfe hinzuzuziehen.

Auch bei der Schizophrenie ist die Ursache multifaktoriell bedingt; neben genetischen Faktoren spielen biologische Risiken wie Komplikationen während der Schwangerschaft ebenso eine Rolle wie psychosoziale Belastungen.

Die Therapie folgt einem mehrdimensionalen Behandlungskonzept und schließt neben der Gabe von antipsychotischen Medikamenten Familienintervention und Psychoedukation („family intervention“), Arbeitstherapie und unterstützte Arbeit („supported employment“), soziales Kompetenztraining („social skills training“) und kognitiv-behaviorale Therapie („cognitive-behavioral therapy“) ebenso mit ein wie noch viele weitere, auch nonverbale Therapieverfahren in der Gruppe und im Einzelkontakt.

Die (beginnende) Schizophrenie im Schulalltag

In der Schule kann der beschriebene Leistungsknick durch Störungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit, des Interesses und durch Denkstörungen bedingt, deutlich werden. Auch Kontaktstörungen und ein sozialer Rückzug können unter Umständen beobachtet werden. Diese Symptome sind jedoch nicht sehr spezifisch und sprechen nicht unbedingt für die Entwicklung einer psychiatrischen Störung. Können jedoch die anstehenden Entwicklungsaufgaben vom Jugendlichen nicht mehr in ausreichendem Maß bewältigt werden, sollte immer professionelle Hilfe hinzugezogen werden, um eine diagnostische Einschätzung vornehmen zu lassen.

Dr. med. Eginhard Koch



Ansprechpartner:

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universität Heidelberg
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg

Dr. med. Eginhard Koch,
Oberarzt
Tel. 06221 56 6914 / 15

Materialien für den Unterricht:

Brief Friedrich Hölderlins an seinen
Freund Neuffer aus dem Jahre 1789

In:
Die Gedanken werden handgreiflich.
Herausgegeben von C. Müller, Springer-
Verlag Berlin Heidelberg, 1992.

Georg Büchner:
Lenz

Peter Handke:
Die Angst des Tormanns beim Elfmeter

Erica Jong:
Angst vorm Fliegen

Renate Klöppel:
Die Schattenseite des Mondes



Selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten ist das Zufügen einer Gewebeschädigung, wobei keine bewusste suizidale Absicht vorliegt. Selbstverletzung stellt ein Verhalten dar, das bei einer Reihe seelischer Erkrankungen vorkommen kann und keine eindeutige Zuordnung zu einer bestimmten psychiatrischen Erkrankung erlaubt.

Es finden sich leichtere Formen der offenen Selbstbeschädigung wie vor allem oberflächliches Ritzen der Haut mit einer Rasierklinge oder anderen spitzen Gegenständen, aber auch Kratzspuren, heftiges Schlagen des Kopfes und der Extremitäten, Manipulation von Wunden und andere schwerere Formen wie tiefe Schnittverletzungen oder Verbrennungen.

Krankheitsbild

Selbstverletzungen werden in der Regel in offener Weise durchgeführt. Diese Offenlegung lässt selbstverletzende Akte im Sinne einer Körpersprache oder einer Aktionssprache erkennen.

Typischerweise sind Selbstverletzungen mit anderen psychopathologischen Phänomenen vergesellschaftet, wobei vor allem andere Formen von Impulskontrollstörungen und emotionaler Instabilität deutliche Zusammenhänge zeigen. Auch zeigen sich Zusammenhänge zwischen Selbstverletzungen und Essstörungen sowie Substanzmissbrauch. Phänomenologisch typisch ist ein charakteristischer Spannungsbogen: Meist gehen belastende zwischenmenschliche Erfahrungen den selbstverletzenden Handlungen voraus, wobei eine starke subjektive Komponente in der Beurteilung der sozialen Situation fassbar wird, die eine Einfühlung durch andere erschwert. Ausgangspunkt ist häufig eine Kränkung mit sich eskalierenden dysphorischen Verstimmungen und Wutgefühlen, Verzweiflung, Angst sowie Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Eine Bewältigung widersprüchlicher oder negativ getönter Affekte misslingt. Es kommt zu einer Umkehrung von Hass in Selbsthass, von Vorwurf in Selbstvorwurf. Ein zunehmender Druck, sich zu schneiden verbindet sich mit einem Leeregefühl, Benommenheit und Fremdheitsgefühl (Depersonalisation und Derealisation). Es kann dann zu einer Zunahme weiterer entfremdender Erlebnisweisen mit Trancezuständen, Erinnerungslücken, Körpergefühls- und Bewegungsstörungen

kommen. Während das Blut rinnt, fühlen die Selbstverletzerinnen (meist sind es Frauen) ein Gefühl der Erleichterung und des Wohlbefindens. Es folgen ein kurzes entlastendes Erwachen, Klarheit und Eindeutigkeit. Dann bauen sich jedoch rasch wieder negative Gefühle des Ekels, der Scham, der Schuld auf. Angst vor entstehenden Narben und dem negativen Echo der Umgebung unterbrechen das erleichternde Gefühl. Der Circulus vitiosus beginnt erneut.

Grundlage der Therapie ist die Herstellung einer sicheren, tragfähigen Beziehung und die Implementierung positiver, Sicherheit und Geborgenheit gebender innerer Räume. In schwierigen Fällen muss durch eine stationäre Behandlung die therapeutische Verantwortung auf ein Team übertragen werden. Klare Grenzsetzungen, Gestaltung von Lebens- und Erfahrungsräumen sowie in sich stimmige Verhaltensantworten sind notwendig.

Ein psychodynamisches Verständnis für die zunächst widersprüchlich erscheinenden Verhaltensweisen und die Reinszenierungsmechanismen der Selbstverletzerinnen helfen, die eigene Betroffenheit zu überwinden und eine Haltung einzunehmen, wiewohl instabile Bindungsmuster, die häufig vorhanden sind, den Kontakt immer wieder auf die Probe stellen.

Selbstverletzendes Verhalten im Schulalltag

Obleich Selbstverletzung in der Regel keine suizidale Handlung darstellt, im Gegenteil durch Spannungs-, Wut- und Selbsthass-Abfuhr eine Art antisuizidale Verhaltensweise darstellt, können die zugrunde liegenden Depressionen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen

und unerträglichen Spannungszustände, Selbstzerstörungswünsche und etwaigen Suchtabhängigkeiten auf die Dauer zu Suizidalität führen.

Daher ist es umso wichtiger, dass die gefährdeten Jugendlichen rechtzeitig in ihrer Not wahrgenommen und einer professionellen Hilfe zugeführt werden.

Mehrheitlich liegt der Beginn der Erkrankung zwischen dem 12. und dem 15. Lebensjahr. Beobachten wir selbstverletzendes Verhalten, sollte eine klare, nicht dramatisierende Reaktion erfolgen, die die Selbstverantwortung der Jugendlichen ebenso berücksichtigt wie die Entwicklung einer Veränderungs- und Therapiemotivation.

Dr. med. Eginhard Koch

Ansprechpartner:

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universität Heidelberg
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg

Dr. med. Eginhard Koch,
Oberarzt
Tel. 06221 56 6914 / 15

Materialien für den Unterricht:

Elfriede Jelinek:
Die Klavierspielerin

André Gide:
Les Caves du Vatican

Impressum

Herausgeber, V. i. S. d. P.

Klinikschule Heidelberg
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie –
Zentrum für Psychosoziale Medizin

www.klinikum.uni-heidelberg.de

Gestaltung und Layout

Medienzentrum
Stabsstelle des Universitätsklinikums
und der Medizinischen Fakultät Heidelberg
Leitung Markus Winter
markus.winter@med.uni-heidelberg.de
www.klinikum.uni-heidelberg.de/medien
Simone Fleck, Grafik

Lektorat

Dipl. Inform. Veronika Licher

Druck

Nino Druck GmbH, Neustadt/Weinstraße

Stand

März 2011

ID_11290

