



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



PÄDAGOGIK BEI KRANKHEIT – Regionale Angebote und Ansprechpersonen





EINLEITUNG

Die Klinikschule Heidelberg, angegliedert an die Universitätskliniken Heidelberg, hat als Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) mit dem Förderschwerpunkt „Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung“ die Aufgabe, stationär oder teilstationär behandelte Kinder und Jugendliche schulisch zu begleiten und zu fördern, solange diese Patienten und Patientinnen ihre Heimatschule 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. Der Unterricht orientiert sich immer an den aktuellen individuellen Lernvoraussetzungen, den Einschränkungen aber auch den Ressourcen und Stärken der einzelnen Schülerinnen und Schüler und dient der späteren Wiedereingliederung in die Heimatschule.


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. Diese muss immer auch diagnosegeleitet in enger Zusammenarbeit mit den Kliniken geschehen.

Die Klinikschule an der Universität Heidelberg arbeitet eng mit den intra- und extramuralen Einrichtungen zusammen und stellt für kranke Schülerinnen und Schüler eine Verbindung zwischen Krankenhaus und Heimatschule 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 Heimatschule.

Die Klinikschule 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 möchte die für den pädagogischen Bereich relevanten Informationen zusammenfassen und über wesentliche und häufige physische und psychische Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen 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. univ. Franz Resch
Ärztlicher Direktor
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

INHALT

06	Klinikschule Heidelberg
08	Arbeitsstelle Kooperation des Staatlichen Schulamtes Mannheim
10	Hinweise des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes
12	Hinweise des Gesundheitsamtes
14	Der Klinische Sozialdienst und die Arbeitsstelle Frühförderung
16	Diabetes mellitus in Schulen
18	Kinder mit Epilepsien in der Schule
22	Krankheitsbild Krebs
24	Asthma
26	Kinder mit angeborenem Herzfehler
28	Chronische Niereninsuffizienz
30	Das Durchgangsarztverfahren nach Schulunfällen
32	Künstlicher Darmausgang (Anus praeter) bei Kindern und Jugendlichen
34	Umgang mit Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in der Schule
36	Kindesmisshandlung und sexueller Kindesmissbrauch
40	Die infantile Zerebralparese
44	Skoliose
46	ADHS
48	Anorexia nervosa
50	Selbstverletzendes Verhalten
52	Früherkennung schizophrener Psychosen
54	Schulvermeidung: Schulangst und Schulphobie
56	ASS – Ambulanz für Schulstress und Schulabsentismus
58	Die Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung (AtR!Sk)
62	Impressum

KLINIKSCHULE HEIDELBERG

Die Klinikschule Heidelberg ist ein staatliches sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum für kranke Schülerinnen und Schüler in Trägerschaft des Landes Baden-Württemberg. Schülerinnen und Schüler aller Schularten und Bundesländer werden während ihres stationären oder teilstationären Klinikaufenthalts hier unterrichtet.

Die Klinikschule ist an der Universitätsklinik Heidelberg eingerichtet und versorgt schwerpunktmäßig die Kinderklinik, das Heidelberger Ionenstrahl-Therapiezentrum (HIT), die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Kinderchirurgie, die Innere Medizin, Kopfklinik und die Orthopädie.

Pro Jahr werden dabei etwa 800 Schülerinnen und Schüler durch ca. 36 Lehrkräfte aus dem Bereich der Grundschulen, Haupt- und Werkrealschulen, Gemeinschaftsschulen, Realschulen, Gymnasien, Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren und Berufsschulen unterrichtet.

Dabei erhalten bis zu 120 Schülerinnen und Schüler zwischen 5 und 25 Wochenstunden Unterricht: zum Teil in Kleingruppen im Klassenzimmer, zum Teil auch im Einzelunterricht am Krankenbett.

Durch die angestrebte gute Kooperation mit der Heimatschule ist es in der Regel möglich, dass die Beschulung sich am Stoffplan der Heimatschule orientieren kann. Der Umfang des Unterrichts wird dabei in enger Absprache mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten auf die individuelle Belastbarkeit und den individuellen Leistungsstand der Schülerinnen und Schüler abgestimmt.

Die Klinikschule stellt dabei 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 Klinikschule gekennzeichnet durch:

- Unterricht innerhalb medizinischer Vorgaben
- Berücksichtigen des Patientenstatus der Schülerinnen und Schüler
- die Notwendigkeit sehr flexibler Unterrichtsplanung
- Konzentration auf ein ausgewähltes Fächerangebot
- Zusammenarbeit mit den Heimatschulen
- 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 aufgrund der im Unterricht gewonnenen Beobachtungen und Ergebnisse sowohl die Schülerinnen und Schüler als auch deren Eltern und Therapeuten.

Die Krankheit und die durch sie verursachten Fehlzeiten stellen viele Stammschulen vor Probleme. Hier ist es Aufgabe der Klinikschule, 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 ABTEILUNGEN DER KLINIKSCHULE

1. Somatik

Hierunter fallen alle Schülerinnen und Schüler, die in der Kinderklinik, der Kinderchirurgie, der Inneren Medizin, der Kopfklinik oder dem Heidelberger Ionenstrahl-Therapiezentrum (HIT) behandelt werden. Der Unterricht findet in der Regel im Schulzimmer oder am Krankenbett statt und umfasst pro Schüler, abhängig von der Erkrankung, eine bis fünf Stunden Schulunterricht am Tag.

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

2. Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

Abhängig von Schulart und Schulstufe findet der Unterricht in verschiedenen Klassenzimmern und Kleingruppen statt und umfasst ca. 22 Wochenstunden.

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

3. Orthopädie

In der Orthopädie werden ausschließlich die stationär aufgenommenen Schülerinnen und Schüler unterrichtet. In der Regel findet der ein- bis zweistündige Unterricht im Schulzimmer oder am Krankenbett statt.

Typische Krankheitsbilder: Infantile Cerebralparese, Skoliose, Hüfterkrankungen, Querschnittslähmung, Zustand nach Unfällen und onkologische Erkrankungen.

Sati Cinar / Wolfgang Winkler



ANSPRECHPARTNER

Rektorin Sati Cinar

Klinikschule Heidelberg
Staatliches Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit dem Förderschwerpunkt Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung

Marsilius-Arkaden
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg
Telefon 06221 56-8408
sati.cinar@med.uni-heidelberg.de

Mehr über die Klinikschule SBBZ
im Internet
unter www.klinikschule-heidelberg.de

ARBEITSSTELLE KOOPERATION DES STAATLICHEN SCHULAMTES MANNHEIM

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN NEHMEN ZU

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts von 2014 bis 2017 zeigt:

- fast jedes dritte Mädchen hat Essstörungen
- 19 % der Jungen und 14 % 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.

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

In der Zusammenarbeit zwischen dem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Gesundheitsamt, der Klinikschule Heidelberg und 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

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 leben
- die medizinisch-therapeutischen Erfordernisse kennen
- notwendige Sonderregelungen in Anspruch nehmen, ohne die Krankheit auszunützen
- 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 Grundgesetz (Art.3 Absatz 3) als auch Landesverfassung verbieten eine Benachteiligung aufgrund von Behinderung oder chronischer Krankheit. In der Verwaltungsvorschrift „Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen“ heißt es: Die Förderung von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen und kranken Kindern ist Aufgabe aller Schularten. Für diese Aufgabe können Hilfen (Kooperation) der sonderpäd. Bildungs- und Beratungszentren und der Arbeitsstelle Kooperation in Anspruch genommen werden. Der den kranken Schülerinnen und Schülern gewährte Nachteilsausgleich ist insofern eine pädagogische Entscheidung, die mit größtmöglicher Verantwortung zu treffen ist, als bei der Schule die Feststellung, Bewertung und Gewichtung der Beeinträchtigungen liegen. Die Klassenkonferenz entscheidet in enger Abstimmung mit Betroffenen und Eltern über Art und Umfang des Nachteilsausgleichs.



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



ANSPRECHPARTNER

Arbeitsstelle Kooperation
Schulamt Mannheim
Tel. 0621 2924134
www.asko.schulamt-mannheim.de

Rektorin Sati Cinar
Klinikschule Heidelberg – SBBZ

Marsilius-Arkaden
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg
Telefon 06221 56-8408
sati.cinar@med.uni-Heidelberg.de

Mehr über die Klinikschule SBBZ im Internet unter:
www.klinikschule-Heidelberg.de



HINWEISE DES NIEDERGELASSENEN KINDER- UND JUGENDARZTES

Kranke Schülerinnen und Schüler gehören zum Schulalltag. Neben offensichtlichen körperlichen Gebrechen (z.B. Beinbruch oder fieberhaften 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 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)	J1	(12 – 14 Jahre)
U11	(9 – 10 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 ist sowohl für den Rhein-Neckar-Kreis als auch für die Stadt Heidelberg zuständig. Das gesamte Team im Bereich des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, die Ärzte, die Sozialmedizinischen Assistentinnen, die Sekretärinnen unterstützen durch ihre Arbeit Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen oder drohenden bzw. manifesten Behinderungen.

INTEGRATION / FRÜHFÖRDERUNG

Bei spezifischem Unterstützungs- und Förderbedarf kann im Vorschul- und Schulalter Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XII beim Sozialamt oder nach SGB VIII beim Jugendamt) für Frühförderung, pädagogische oder begleitende Integrationshilfe (Assistenz) beantragt werden. Sozialmedizinisch-ärztliche Aufgabe im Auftrag des Sozial-, Jugend- oder Schulamtes ist die Feststellung, welche im sozialen Kontext wirksamen Beeinträchtigungen und damit verbundenen Formen der Behinderung nach sozialrechtlichen Kriterien bestehen und welche Unterstützungsmaßnahmen erforderlich sind. Der „Wegweiser Frühförderung“ enthält wichtige Adressen von medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Institutionen (<http://www.rhein-neckar-kreis.de/site/Rhein-Neckar-Kreis/get/documents/rhein-neckar-kreis/Daten/Infomaterial/Fruhefoerderwegweiser.pdf>).

VORBEREITUNG AUF DIE SCHULE

Im Rahmen der Vorschuluntersuchung*, die seit 2009 in zwei Schritten stattfindet, erfolgt auch eine Beratung zu Inklusionsmöglichkeiten und den Verfahrenswegen. Ziel der vorgezogenen Vorschuluntersuchung (Schritt 1 im vorletzten Kindergartenjahr, Schritt 2 im Jahr der Schulpflicht) ist es, Besonderheiten der Entwicklung festzustellen und für das Jahr bis zur Einschulung Anregung für bedarfsgerechte Förderung zu geben oder ggfs. weitere Diagnostik anzuregen. Nach einem sozialpädiatrisch evaluierten und standardisierten Programm führt die Sozialmedizinische Assistentin eine Basisuntersuchung durch, in der zentrale Entwicklungsparameter der Motorik, der Sprache, des



Sehens und Hörens erfasst und Daten zu durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen und des Impfschutzes dokumentiert werden. Das Ergebnis wird mit der Ärztin/dem Arzt besprochen. Die Angaben zur Entwicklung eines jeden Kindes werden mittels Befragung der Sorgeberechtigten als auch der Erzieherinnen/Erzieher im Kindergarten in die Gesamtbeurteilung mit einbezogen. Bei Fragen zur Entwicklung oder zu einem spezifischen Unterstützungs- und Förderbedarf erfolgt in Einzelfällen eine ärztliche Nachuntersuchung des Kindes im Beisein der Sorgeberechtigten und eine entsprechende Beratung sowohl der Eltern als auch (im Einverständnis mit den Sorgeberechtigten) der Bezugserzieherin im Kindergarten, z.B. Förderung zu Haus, im Kindergarten oder eine Empfehlung der Vorstellung beim Haus-Kinderarzt. Mitunter sehen die Assistentinnen und Ärzte auch Kinder in besonderen familiären Belastungssituationen (z.B. Elternteil oder Geschwister mit schweren Erkrankungen, Eltern in Trennung etc.). Hier gilt es, das unterstützende Helfernetz mit zu initiieren, entsprechende Fachstellen, z.B. auch der Frühförderung, zu empfehlen und falls gewünscht, Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit geeigneten Stellen zu leisten.

DIE SCHULBESUCHSVERORDNUNG

Die amtsärztliche Untersuchung zur Teilnahme am Schulsport oder Klärungsbedarf bei erheblichen Fehlzeiten im allgemeinen Unterricht, z. B. wegen Erkrankungen o.ä., werden von der Schule gefordert. Neben ratsuchenden 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 Chancen, eine gemeinsame Lösung mit dem Kind, dem Jugendlichen, den Sorgeberechtigten und den Kindertageseinrichtungen / Schulen zu erarbeiten. Verhaltensauffälligkeiten, Motivationsprobleme, Leistungsschwierigkeiten oder soziale Interaktions- und Kompetenzprobleme führen nicht selten zu sozialer Isolation.

Weitere Einzelheiten und Angaben zu Ansprechpartnern befinden sich auf der Homepage <http://www.rhein-neckar-kreis.de/,Lde/1866739.html>.

Dr. med. Rainer Schwertz und Dr. med. Cornelia Esther

**Die Vorschuluntersuchung ist nach dem Schulgesetz Baden-Württemberg die frühere Einschulungsuntersuchung, eine Pflichtuntersuchung für alle Kinder in ganz Deutschland.*



WEITERE INFORMATIONEN

**Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis
in Heidelberg**

Referatsleitung Kinder- und Jugendgesundheit
Tel. 06221 522-1829

DER KLINISCHE 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:

- der klinische Sozialdienst
- die sozialmedizinische Nachsorge
- die 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 folgenden Themen:

- 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 § 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 Un-

terstützung und schafft Vernetzung mit den vor Ort notwendigen Helfern. Dies ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen 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.

Je nach Krankheitsbild und bei höherem individuellem Förderbedarf können auf Grundlage des SGB Maßnahmen der Eingliederungshilfe beantragt werden. Der Klinische Sozialdienst berät dazu.

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 als Frühförderwegweiser in 7. Auflage erschienen, um die Orientierung im Bereich der Frühen Hilfe 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. Durch die gemeinsam abgestimmten Maßnahmen können der Zugang zu vorschulischen Bildungseinrichtungen und notwendige Übergänge für Kind und Familie erleichtert werden.

*Cosima Henn
Thomas Bischofberger*



ADRESSEN

Klinische Sozialarbeit

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

Sozialmedizinische Nachsorge

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

www.schulamt-mannheim.de

Arbeitsstelle Frühkindliche Bildung und Förderung
Staatliches Schulamt Mannheim
Augustaanlage 67
68165 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

Was ist Diabetes mellitus?

Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“) bedeutet frei übersetzt „honigsüßer Durchfluss“ (diabet- gr. hindurchgehen, mellitus lt. 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 zwischen einem Basalbedarf an Insulin, das der Körper ohne Nahrungsaufnahme benötigt und dem Insulin, welches entsprechend dem Kohlenhydratanteil in der aufgenommenen 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:

- A | zu geringe Zufuhr an kohlenhydrathaltiger Nahrung (z.B. Pausenbrot vergessen zu essen)
- B | starke körperliche Anstrengung (Sport, Wandertag etc.) oder auch Stress
- C | versehentlich zuviel 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

Dr. med. Jürgen Grulich-Henn
Oberarzt

Miriam Grauli, Tel. 06221 56-32357
Stephanie Kempe, Tel. 06221 56-36544
Beratung bei Diabetes



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 Art der Epilepsie und zugrundeliegender 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. 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 der Epilepsie als Krankheit und den „gelegentlichen“ Anfällen, die durch Sonnenexposition, Unterkühlung, Unterzuckerung, Vergiftung (Alkohol, Medikamente etc.) bei jedem Menschen auftreten können und die keinen eigenen Krankheitswert darstellen.

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, Erbrechen

- kurzes Unterbrechen der Tätigkeit /Innehalten mit starrem Blick/Blinzeln
- Verwirrtheit/Umdämmerung mit seltsamer Reaktion auf Ansprache, stereotype oder sinnlose 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. Umdämmungszustand) dauern und hört in der Regel 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 kurzem Abstand wiederholen spricht man von einer „Anfallsserie“.

ALLGEMEINE MASSNAHMEN

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. In 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 in Mund oder Wangentasche), Midazolam-Lösung u.a. üblich. Die meisten Kinder mit bekannter Epilepsie werden dauerhaft mit Medikamenten behandelt und sind dann 50-70% anhaltend anfallsfrei. Anfallsauslösende Faktoren können neben Alkohol und



Medikamenten auch Lichteffekte (z.B. PC-Bildschirme), Schlafmangel, Stress oder veränderte Alltagsbedingungen sein, dieses ist vor allem auf Schulausflügen oder Klassenfahrten zu beachten; ansonsten können Kinder mit Epilepsie in der Regel 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 frei halten, wenn immer möglich in (stabiler) Seitenlage auf den Boden legen, evtl. weiche Kopfunterlage
- Kind nicht alleine lassen, Helfer herbeirufen
- Zur Einschätzung der Anfallsdauer: Zeit ab Anfallsbeginn beachten
- Genaue Beobachtung des Anfallsgeschehens, um Eltern und Arzt später eine Beschreibung geben zu können
- Falls der Anfall nicht von alleine aufhört, rechtzeitig das Notfallmedikament in der verordneten Dosierung verabreichen
- Eltern informieren!

Bei Anfällen (auch Bewusstseinsstrübung 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. 19222 oder 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

Sektion Neuropädiatrie und
Stoffwechselmedizin
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 Frau Rohs
Tel. 06221 56 8488
Fax 06221 56 5222



LITERATUR FÜR PÄDAGOGEN

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



KRANKHEITSBILD KREBS

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 zu Hause. Abhängig vom Therapieschema erfolgt die Behandlung zuerst stationär und dann im Intervall von Therapie und Therapiepausen ambulant. Nur bei Komplikationen ist dann 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 fünf bis zehn Jahren mit ein bis vier Vorstellungen in der Klinik pro Jahr.

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 unterschiedlicher Art und Schwere mit sich.

AUSWIRKUNGEN AUF DAS SCHULLEBEN

Ein großes Problem stellt die Trennung des jugendlichen Patienten von Familie und übrigem sozialen Umfeld dar. Zum Problem der räumlichen Distanz kommt hinzu, dass die Diagnose Krebs immer noch eine Tabudiagnose 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 Information, auch Angst vor Ansteckung können bei Freunden, Mitschülern und Lehrern zu Unsicherheit und damit zu verminderter Kontaktaufnahme führen.

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

Auch für die 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 kein Schuljahr und kehren nach überstandener Erkrankung in die reguläre Klassenstufe zurück.

Was kann ich als Lehrkraft 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/Schülerin suchen und Klassenkameraden dazu anregen
- Kontaktmöglichkeiten über neue Medien prüfen (Email, whatsapp, Skype etc..)
- 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 unterstützen; hier ist der Besuch einer Klinikschullehrkraft oder eines Klinikpsychologen oft hilfreich.

Renate Sedlak



ANSPRECHPARTNER

Regionales Behandlungszentrum
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Angelika-Lautenschläger-Klinik
Klinik für Kinderheilkunde III

Prof. Dr. med. A. Kulozik, PhD

Ärztlicher Direktor

Im Neuenheimer Feld 430 | 69120 Heidelberg

Kontaktaufnahme über Sekretariat

Jutta Mattern

Tel. 06221 56-4555



INFORMATIONEN ÜBER DAS INTERNET

Deutsche Kinderkrebsstiftung:

www.kinderkrebsstiftung.de

Päd.-Onk. Fachgesellschaft:

www.kinderkrebsinfo.de

Nachsorgeeinrichtung Heidelberg

www.waldpiraten.de

Info und Kontakt für Betroffene:

www.neu.onko-kids.de

Info Knochenmarktransplantation:

www.kmtinfo.de

Info Krankheiten für Kinder:

www.medizin-fuer-kids.de

MATERIALIEN FÜR DEN SCHULUNTERRICHT

Broschüre zur Strahlentherapie

(anfordern über www.kinderkrebsstiftung.de)

Medizin-fuer-kids

(Flyer, anfordern über

renate.sedlak@med.uni-heidelberg.de)

ASTHMA



KRANKHEITSBILD

Asthma wird durch eine entzündliche Verengung der mittleren Atemwege (Bronchien) hervorgerufen. Bei einem Asthma-Anfall 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 akuten Asthmaanfall. Kortison- oder Kortison-Tabletten 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

Einige Kinderärzte bieten den Betroffenen Asthma-Schulungen an: Hier wird Eltern und Kindern die Behandlung der Erkrankung und die Umgehensweise, vor allem bei einem Anfall, genau erklärt. 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 fünf Minuten kann das Kind erneut zweimal das Notfallspray anwenden und – falls vorhanden – auch den Kortisonsaft bzw. die Kortison-tablette 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

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Sektion für Pädiatrische Pneumologie,
Allergologie und Mukoviszidose
Im Neuenheimer Feld 430 | 69120 Heidelberg

Dr. med. Susanne Hämmerling

Tel. 06221 56-4002

susanne.haemmerling@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. med. Olaf Sommerburg

Tel. 06221 56-2311

olaf.sommerburg@med.uni-heidelberg.de

KINDER MIT ANGEBORENEM HERZFEHLER

Aangeborene Herzfehler werden bei ca. 1% aller lebend Geborenen festgestellt. Im Maximalfall müssen diese operativ oder im Rahmen einer Herzkatheteruntersuchung behandelt werden. Die verbesserte Prognose dieser Kinder führt dazu, dass die überwiegende Zahl der Betroffenen das Erwachsenenalter erreichen und somit eine Schule besuchen werden.

Folgende Aspekte sind für Lehrkräfte und andere Betreuungspersonen von Bedeutung:

1. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen mit angeborenem Herzfehler sind im Unterricht wie Herzgesunde zu betrachten, nur ein geringer Anteil zeigt Lern- oder Konzentrationsschwierigkeiten, wie sie auch bei Herzgesunden beobachtet werden können. Ein sehr kleiner Anteil wird durch schnelle Ermüdung oder auch nach außen wahrnehmbare Probleme wie Blauverfärbung der Haut oder Blässe auffallen.
2. Alle Kinder mit angeborenem Herzfehler, die eine medizinisch nachweisbare Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit aufweisen, lernen sehr schnell sich an ihren Körper anzupassen. In der Regel wird dieses Thema auch direkt durch den behandelnden Kinderkardiologen mit dem Patienten und dessen Angehörigen besprochen. Man benötigt also keine "Sonderregel" für schulische Aktivitäten. Im Sportunterricht sollen diese Kinder und Jugendlichen ihrer Aktivität ohne Leistungsdruck nachgehen und sich bei Erschöpfung ausruhen können. Es ist also in der Regel weder gerechtfertigt diese Kinder komplett zu schonen noch ist es gerechtfertigt, sie mit Druck zur Maximalleistung zu drängen. Für ganz spezielle angeborene Herzerkrankungen oder primär den Herzmuskel betreffende Erkrankungen kommt ein komplettes Sportverbot zum Tragen, dies wird dann durch den behandelnden Kinderkardiologen festgelegt.
3. Es macht wenig Sinn, durch eine zu detaillierte Handlungsanweisung festzulegen, „was das herzkranken Kind darf und was es nicht darf“. Dies ist weder medizinisch zu begründen noch praktisch zu realisieren. Ein Beispiel hierfür wäre für bestimmte Sportarten in Teilbereichen „grünes Licht“ zu geben (z. B. darf zehn Min. Fußball spielen) und damit Unsicherheiten zu er-

zeugen, wenn in der Folge dann nach der Machbarkeit vom Basketball-Spielen gefragt wird. Dies führt zu unnötigen, weil nicht zu klärenden Rückfragen und vor allem zur Verunsicherung des Kindes. Auch hier gilt: Die meisten chronisch herzkranken Kinder und Jugendlichen dürfen „in eigenem Ermessen und ohne Leistungsdruck“ alle Sportarten betreiben. Ausnahmen, die etwa die Teilnahme am Schwimmunterricht für Kinder mit bestimmten angeborenen Rhythmusstörungen oder die Belastbarkeit von Kindern mit Herzmuskelerkrankungen regeln, werden ohnehin durch den behandelnden Kinderkardiologen mit dem Patienten und dessen Angehörigen besprochen.

4. Es ist in aller Regel nicht erforderlich, dass Lehrkräfte komplett in die Krankengeschichte eingedacht sind und alle Teilaspekte in Vorgeschichte, Diagnose und durchgeführten Therapien beherrschen. Viel wichtiger ist es zu wissen, dass das betreffende Kind prinzipiell als Mensch mit einer angeborenen Herzerkrankung zu betrachten ist und dass die wichtigen Informationen in schriftlicher Form (idealerweise der aktuelle Arztbrief) beim Kind verfügbar sind. Diese Informationen geben dem behandelnden Notarzt im Bedarfsfall die wesentlichen Informationen und gleichzeitig die Kontaktdaten der behandelnden Klinik oder des behandelnden niedergelassenen Kollegen.
5. Von großer Bedeutung ist es im Notfall, die allgemein geltenden Grundsätze der Wiederbelebung zu beherrschen und die von medizinischen Laien machbare Versorgung zu üben bzw. im Bedarfsfall konsequent anzuwenden. Mit dieser Herangehensweise wird man den, in der Regel gut zu beherrschenden Problemen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit angeborenem Herzfehler mit der nötigen Ruhe begegnen können und das Erforderliche tun, ohne diese Kinder zu stigmatisieren.

Prof. Dr. Matthias Gorenflo



ADRESSEN

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik Kinderheilkunde II
Schwerpunkt: Pädiatrische Kardiologie /
Angeborene Herzfehler
Im Neuenheimer Feld 430 | 69120 Heidelberg

Prof. Dr. Matthias Gorenflo
Ärztlicher Direktor
Tel. 06221 56-4606
matthias.gorenflo@med.uni-heidelberg.de

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, so dass 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

Solange durch die verbliebene Nierenfunktion ein noch tolerabler Körperzustand aufrecht erhalten 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 er-

forderlich, 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 geführt, so dass der Patient sich in der Regel nur in mehrwöchigem Abstand im Dialysezentrum vorstellen muss. 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 DURCH KRANKHEIT UND BEHANDLUNG

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

- Unheilbarkeit der Krankheit
- Lebensbedrohung
- Schmerzhaft und unangenehme 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

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.

Weniger qualifizierte Berufe sind häufig mit schwerer körperlicher Arbeit verbunden und damit ungeeignet bei chronischer Niereninsuffizienz. Deshalb ist es sehr wichtig, dass von Seiten der Schule alle Anstrengungen unternommen werden, um den Schüler 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.

Dipl.-Psych. Evelyn Reichwald-Klugger

Dipl.-Psych. Dirk Bethé



ANSPRECHPARTNER IN DER KINDERKLINIK HEIDELBERG

Dipl.-Psych. Dirk Bethé

dirk.bethe@med.uni-heidelberg.de

Dipl.-Psych. Tuba Türkoglu

tuba.tuerkoglu@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 Türkoglu** oder **Herrn Bethé** 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 Unfall bedingten Verletzungen kann es sich um Prellungen, Wunden, Knochenbrüche oder Gehirnerschütterungen handeln, aber auch um komplexe Verletzungen wie z.B. ein Schädel-Hirntrauma 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 oder die Arbeitsunfähigkeit über den Unfalltag hinaus führt. Bei isolierten Augen- oder Hals-Nasen-Ohren-Verletzungen sollten Verunglückte 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 Entschädigungsleistung koordinierend tätig. Die Leistungen der Unfallkassen beziehen sich auf die akute Heilbehandlung, also die ärztliche oder zahnärztliche Behandlung, der Aufenthalt im Krankenhaus oder einer Rehaklinik, die Versorgung von

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel oder Fahr- und Transportkosten. Hilfen zur schulischen Eingliederung oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufsvorbereitende Maßnahmen, berufliche Ausbildung oder Umschulung) werden ebenfalls von den Unfallkassen bezahlt. Schüler, die wegen Unfallfolgen längere Zeit nicht am Unterricht teilnehmen können, haben 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 dies in der Regel wohlwollend, entscheiden aber letztlich, ob sie diese für notwendig erachten.

Nach Prüfung durch die Unfallkasse Baden-Württemberg ist die Kinderchirurgie der Universitätsklinik Heidelberg, vertreten durch Prof. Dr. med. Patrick Günther berechtigt, das besondere Heilverfahren durchzuführen. Pro Jahr werden ca. 850 Kinder und Jugendliche ambulant und stationär unfallärztlich betreut. Das gesamte Unfall bedingte 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



Dr. med. Markus Keßler

Oberarzt der Sektion Kinderchirurgie

Tel. 06221 56-6282

**Durchgangsarzt für Kinder und
Jugendliche bis 15 Jahre:**

Prof. Dr. med. Patrick Günther

Chefarzt der Sektion Kinderchirurgie

Chirurgische Klinik

Im Neuenheimer Feld 110 | 69120 Heidelberg

Notfalltelefon / Hotline:

Tel. 06221 56-36284



KÜNSTLICHER DARMAUSGANG (ANUS PRAETER)



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 Ausganges (auch Stoma genannt) im häuslichen oder schulischen Bereich durchführen zu können. Trotzdem bietet die Anlage eines künstlichen Darmausganges 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 oder 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 wieder hergestellt 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 reizend 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 Darm-

vorfall 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 Stoma, der Größe, den Anforderungen und persönlichen Wünschen der Kinder angepasst. Um einen Irritation und Entzündung der umgebenden Haut zu verhindern, sind eine gute Hautpflege und sorgfältige hygienischen Maßnahmen notwendig. Ein Wechsel des Auffangsystems kann von älteren Kindern selbständig 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 adäquat 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 kein Hinderungsgrund dar. Durch spezielle Verschlusskappen können Kinder und Jugendliche mit einem Stoma sogar schwimmen gehen.

Um einer Isolierung und sekundäre Krankheitsentwicklungen entgegen zu wirken, animieren wir die Betroffenen, offen mit der Problematik eines künstlichen Darmausganges 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 56-36493

Was ist richtig für mein Kind?

– Ein Ratgeber für Eltern

„Ich heiße Max und ich hab` ein Stoma“ –

Ein Ratgeber für Kinder und Jugendliche

Firma Hollister Incorporated

Postfach 1323 | 85767 Unterföhring

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV) e.V.

www.dccv.de

Seiten für Kids & Teens

SOMA e.V.

Selbsthilfeorganisation für Menschen mit angeborenen anorektalen Fehlbildungen

www.soma-ev.de

Deutsche ILCO e.V.

Vereinigung für Stomaträger

www.ilco.de

FgSKW

Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

www.fgskw.org

UMGANG MIT KINDESMISSHANDLUNG UND VERNACHLÄSSIGUNG IN DER SCHULE

Kinderschutz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und geht alle an. Deshalb ist es besonders wichtig, dass alle Menschen, die professionell mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, die Augen offenhalten und auf entsprechende Signale adäquat reagieren.

Am stärksten gefährdet durch Misshandlung oder Vernachlässigung sind Säuglinge und Kleinkinder, weil hier die Folgen am gravierendsten sind. Es sind aber alle Altersgruppen, d.h. auch Schulkinder und Jugendliche betroffen. Zahlenmäßig am häufigsten ist die Vernachlässigung, meist aus Überforderung der Eltern aufgrund schwieriger Lebensumstände wie z.B. Armut, Arbeitslosigkeit, chronischer körperlicher oder psychischer Erkrankungen, mangelnder Bildung, aber auch eigener Vernachlässigungs- oder Gewalterfahrungen.

Am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin gibt es seit vielen Jahren das Kinderschutzteam, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe bestehend aus Ärzten, Psychologen, Krankenschwestern und (Sozial)pädagogen. Das Kinderschutzteam wird immer dann hinzugezogen, wenn der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung entsteht. Es versucht, diesen Verdacht zu klären, d.h. durch ausführliche medizinische und psychologische Diagnostik entweder zu erhärten oder zu widerlegen. Dies erfolgt grundsätzlich nach dem Vieraugenprinzip und – bei sichtbaren Zeichen – in enger Kooperation mit dem Institut für Rechtsmedizin. Die Befunde werden dann gerichtsverwertbar dokumentiert. Falls erforderlich, erfolgt eine stationäre Aufnahme des betroffenen Kindes.

Weiterhin werden – je nach Ergebnis – in Kooperation mit anderen Institutionen, insbesondere dem zuständigen Jugendamt, geeignete Hilfen in die Wege geleitet, um so eine Wiederholung zu vermeiden. Wenn innerfamiliäre Hilfen nicht ausreichend erfolgsversprechend erscheinen, wird unter Umständen eine Fremdunterbringung erforderlich, um eine weitere Gefährdung des Kindes zu vermeiden.

Was ist in der Schule zu tun, wenn ein Kind sichtbare Verletzungszeichen hat und/oder wenn es sich offenbart, dass es zu Hause misshandelt wird?

Zunächst sollten die Schulleitung und das zuständige Jugendamt informiert werden. Das Jugendamt entscheidet dann über das weitere Vorgehen, spricht mit den Eltern, veranlasst ggf. eine Vorstellung beim Kinderarzt oder in der Kinderklinik zur Diagnostik und Befunddokumentation und leitet die Hilfeplanung ein. Wenn das Kind nicht nach Hause möchte bzw. kann, erfolgt eine Inobhutnahme durch das Jugendamt.

Was kann man tun, wenn lediglich ein diffuser Verdacht besteht?

Die wenigsten Vorkommnisse im Bereich der Kindesmisshandlung sind so offensichtlich oder eindeutig, dass sofort klar ist, was zu tun ist. Deshalb steht am Anfang die genaue Beobachtung und Dokumentation von Auffälligkeiten.

Auf welche Zeichen sollte man achten?

Es gibt oft keine spezifischen Zeichen, an denen man eine Misshandlung bzw. Vernachlässigung im Alltag eindeutig erkennen kann, wohl aber Signale, die als Hilferufe erkannt werden müssen.

Generell sollten Lehrer aufmerksam werden, wenn sich das Verhalten eines Kindes in der Schule plötzlich verändert: Wenn zum Beispiel die Schulleistungen aus nicht nachvollziehbaren Gründen abfallen, wenn Kinder sich plötzlich aggressiv verhalten oder sich zurückziehen, niedergeschlagen wirken, häufig im Unterricht fehlen, über unspezifische körperliche Beschwerden (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen) klagen. Bei Jugendlichen sollte man auf Hinweise von selbstverletzendem Verhalten oder Alkohol- bzw. Drogenabusus achten.

Das Wichtigste ist, sich zu verdeutlichen, dass es sich um einen Verdacht handelt – und dass auch alles ganz anders sein kann. Deshalb gilt es, Ruhe zu bewahren und dem Problem sachlich zu begegnen. Ein großer Vorteil der Schule ist, dass Kinder dort täglich von verschiedenen Lehrern beobachtet werden können.

Zunächst ist es sinnvoll, sich im Kollegenkreis auszutauschen und seine Beobachtungen und/oder Befürchtungen

mitzuteilen. Eventuell kann ein Schulpsychologe oder Schulsozialarbeiter hinzugezogen werden. Das weitere Vorgehen sollte geplant und vereinbart werden, z.B. dass eine gemeinsame Beobachtungsphase festgelegt wird und sich alle Beteiligten danach erneut austauschen. Es ist nicht hilfreich, überstürzt zu handeln. Vor allem sollten keine Alleingänge unternommen werden.

Ein Gespräch mit dem betroffenen Kind sollte von einer Vertrauensperson geführt werden. Darin sollten die eigenen Beobachtungen (nicht: Interpretationen!) in offener Form angesprochen werden: „Mir ist in der letzten Zeit aufgefallen, dass ... Deshalb mache ich mir Gedanken darüber, was mit Dir los ist..., ob es Dir nicht gut geht oder du Sorgen hast...“



Was kann man tun, wenn sich der Verdacht nicht ausräumen lässt?

Wichtig ist es, im Gespräch mit dem betroffenen Kind zu bleiben und Bereitschaft zum Zuhören und zur Hilfe zu signalisieren. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass keine falschen Versprechungen bezüglich der Geheimhaltung von anvertrauten Äußerungen gemacht werden. Weitere Beobachtungen und Ereignisse sollten gesammelt und dokumentiert werden.

Falls die Unsicherheit im Umgang mit dem Verdacht zu groß ist, besteht bei verschiedenen Institutionen die Möglichkeit, sich anonym von Fachleuten beraten zu lassen. Hier sind insbesondere die Jugendämter zu nennen, aber auch Kinderschutz-Zentren oder Psychologische Beratungsstellen.

Dipl.-Psych. Bettina Kraft



ANSPRECHPARTNER

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

Frau Dipl.-Psych. Bettina Kraft

Kinderschutzteam

Bettina.Kraft@med.uni-heidelberg.de

Tel. 06221 56-4002

KINDSMISSHANDLUNG UND SEXUELLER KINDSMISSBRAUCH

Körperliche Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist ein weit verbreitetes Phänomen mit einer hohen Dunkelziffer. Nur ein Bruchteil der Fälle wird tatsächlich bekannt. Die polizeiliche Kriminalstatistik (<http://www.bmi.bund.de> bzw. <http://www.bka.de>) berichtet in Bezug auf vollendete Körperverletzungsdelikte von mehr als 400 Opfern pro 100.000 Kindern bzw. 1900 Opfer pro 100.000 Jugendlichen. Hinsichtlich sexuellen Missbrauchs von Kindern wurden 2015 insgesamt 11.808 Fälle gemeldet.

In den genannten Zahlen nicht enthalten sind Fälle nicht überlebter Gewalt, die in die Mord- bzw. Totschlagsstatistiken einfließen. Gerade solche Fälle wären unter Umständen verhinderbar, wenn gewaltsame Handlungen an Kindern frühzeitig erkannt und richtig darauf reagiert würde. In der Verantwortung sind hierbei nicht nur Angehörige, Nachbarn oder Ärzte, sondern auch Lehr- und Betreuungspersonen, die einen häufigen und oft engen Kontakt mit den betroffenen Kindern haben.



Erscheinungsformen körperlicher bzw. sexueller Gewalt an Kindern

Wie bereits im vorigen Artikel erwähnt, kann Gewalt an Kindern sehr unterschiedliche Formen annehmen, entsprechend finden sich auch sehr variable Befunde und Veränderungen. Häufig führen Verhaltensauffälligkeiten zu einem ersten Misshandlungs- oder Missbrauchsverdacht; diese können jedoch uncharakteristisch und schwer einzuschätzen sein.

Sind sichtbare Verletzungen vorhanden, so besteht oft die Schwierigkeit, dass bei Nachfrage ein die Verletzungen erklärendes Ereignis, häufig ein Sturz, genannt wird. Die Klärung, ob tatsächlich ein Unfallereignis oder doch eine Misshandlung zu den Verletzungen geführt hat, ist meist schwierig und ohne spezielle (rechtsmedizinische) Fachkenntnisse nicht mit der erforderlichen Sicherheit möglich. Noch schwieriger ist die Situation bei vermutetem sexuellem Missbrauch an Kindern, da eventuelle Verletzungsbefunde im Schulalltag nicht ersichtlich werden.

Verletzungsbefunde wie beispielsweise blaue Flecken im Gesicht und an gut geschützten Stellen wie hinter den Ohren oder im Bereich der Augenhöhlen, Unterblutungen an den (innenseitigen) Lippen und Wangen, am Hals, am Rücken, den innenseitigen Oberarmen und Oberschenkeln, am Bauch, im Genitalbereich etc. können ein Hinweis auf eine körperliche Misshandlung sein. Ebenso auffallend sind vielfache blaue Flecken an verschiedenen Stellen des Körpers, immer wieder neu auftretende blaue Flecken oder striemenartige Befunde. Auch Verbrennungen oder Narben nach früheren Ereignissen sind mitunter Hinweis auf erlittene körperliche Gewalt. In Fällen von Vernachlässigung finden sich oft charakteristische Befunde wie Zeichen der Mangelernährung, Zahnschäden oder ein insgesamt ungepflegtes Erscheinungsbild.

Was kann man bei Verdacht auf körperliche Misshandlung und/ oder Verdacht auf sexuellen Missbrauch tun?

Trotz hoher Medienpräsenz ist die Tätigkeit der Rechtsmedizin bei der Untersuchung lebender Gewaltopfer immer noch viel zu wenig bekannt. Für die gesamte (auch medizinische) Beurteilung eines Falles und die Planung, ob und ggf. welche Maßnahmen erforderlich sind, steht ganz am Anfang die Klärung, ob tatsächlich eine gewaltsame Handlung durch Dritte erfolgt ist. Obwohl diesem Umstand eine sehr große Bedeutung zukommt, wird oft vergessen, rechtzeitig eine rechtsmedizinische Untersuchung der Kinder zu veranlassen. Das Abklären, was sich tatsächlich zugetragen hat, ist im Sinne des Schutzes der Opfer vor weiteren Übergriffen von großer Bedeutung, dient aber ggf. auch dazu, dass zu Unrecht beschuldigte Tatverdächtige entlastet werden können. Eine rechtsmedizinische Untersuchung erfolgt daher immer aus neutraler Stellung: im Vordergrund steht die Schaffung von Klarheit durch Sicherung objektiver Verletzungsbefunde und Spuren.

Von entscheidender Bedeutung für das Ergebnis ist aber, dass die Untersuchung möglichst frühzeitig nach einem Ereignis stattfindet. Verletzungen können gerade bei Kindern diskret ausgebildet sein und rasch wieder verheilen. Auch sind Spuren nach erfolgter sexueller Gewalt oft nur wenige Stunden nachweisbar und dann für immer verloren. Ein Nachweis von z.B. KO-Tropfen ist ebenfalls nur innerhalb der ersten Stunden nach einem Vorfall möglich. Gerade solche Befunde und Spuren sind es aber, die eine wichtige Weichenstellung für die spätere klinische und rechtliche Beurteilung eines Falles ermöglichen.

Die klinisch-forensische Ambulanz des Instituts für Rechts- und Verkehrsmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg

Um ein niederschwelliges Angebot zur rechtsmedizinischen Untersuchung von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch anbieten zu können, wurde am Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg eine klinisch-forensische Ambulanz eingerichtet. Diese bietet allen von Gewalt betroffenen Menschen aller Altersgruppen

- 1 | eine frühzeitige körperliche rechtsmedizinische Untersuchung und Spurensicherung
- 2 | eine gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungsbefunden
- 3 | eine rechtsmedizinisch kompetente Beratung
- 4 | die Möglichkeit einer kostenlosen Beweissicherung
- 5 | Rechtssicherheit und Klarheit in vielen Fällen mit allen sich daraus ableitenden rechtlichen, therapeutischen und sozialen Konsequenzen.

Die rechtsmedizinische Ambulanz ist unter der Rufnummer: **Tel.: 0152 54648393** rund um die Uhr, auch an Wochenenden, erreichbar. Über diese Nummer kann zu jeder Zeit ein Arzt oder eine Ärztin des Instituts für Rechtsmedizin kontaktiert, telefonische Beratung eingeholt oder nach Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen (Klärung der Dringlichkeit und Indikation, des Untersuchungsorts, ggf. des Vorliegens einer Einwilligung der sorgeberechtigten Personen) eine Untersuchung durchgeführt werden. Eine Anzeige des Falles an die Polizei oder Staatsanwaltschaft ist nicht Voraussetzung für eine Untersuchung. Alternativ kann Kontakt mit den Kinderschutzteams der regionalen Kliniken (siehe voriger Artikel) aufgenommen oder, beispielsweise bei dringendem Verdacht und Gefahr im Verzug bzw. bei nicht kooperativen Eltern, der Weg über Polizei und Staatsanwaltschaft gewählt werden, die dann über eine Untersuchung entscheiden.

Die klinisch-forensische Ambulanz versteht sich auch als Anlaufstelle für klinisch tätige Ärzte, die in fraglichen Fällen rechtsmedizinisches Fachwissen einholen möchten. An den Kinderkliniken der Universitäten Heidelberg und Mannheim besteht eine direkte Vernetzung mit den dortigen Kinderschutzteams.

Die Untersuchungen sind für Betroffene kostenlos (Stand 2016).

Prof. Dr. med. univ. Kathrin Yen



ANSPRECHPARTNER

Klinisch-forensische Ambulanz des Instituts für Rechts- und Verkehrsmedizin Heidelberg
Voßstraße 2 | Geb. 4420 | 69115 Heidelberg
Tel. 0152 54648393
Rufnummer (24h Erreichbarkeit)



LITERATUR

Klinisch-Forensische Medizin:
interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte,
Pflegerkräfte, Juristen und Betreuer von
Gewaltopfern. M. Grassberger, E. Türk,
K. Yen (Hrsg.). Springer Verlag Wien,
im Druck (Erscheinungsdatum Ende 2012)





DIE INFANTILE ZEREBRALPARESE

KRANKHEITSBILD – URSACHEN UND ORTHOPÄDISCHE FOLGEN

Die infantile Cerebralparese (ICP) ist mit einer Häufigkeit von 2 auf 1000 Neugeborenen die häufigste Ursache einer Körperbehinderung im Kindesalter. Aufgrund einer Hirnschädigung vor, während oder nach der Geburt resultieren verschiedene neurologische Symptome wie veränderter Muskeltonus (v.a. Spastik), Schwäche und Störung des Gleichgewichts, die schon im Laulernalter zu Gangstörungen führen. Zudem tritt bei ca. 30-50% der Fälle eine Epilepsie auf (siehe Kapitel Epilepsie der Broschüre). Durch die Einwirkungen dieser Faktoren auf das wachsende Skelett des Kindes werden in der Regel strukturelle Veränderungen des Haltungs- und Bewegungsapparates ausgelöst, wie z.B. Fehlstellungen der unteren Extremitäten, Hüftluxation (Hüftgelenk wächst aus der Pfanne heraus), Skoliose (Verbiegung und Verdrehung der Wirbelsäule). Diese haben ihrerseits negative Konsequenzen auf das Gangbild und die Geh-, Steh- und Sitzfähigkeit und beeinflussen damit relevant die Mobilität sowie die Lebensqualität. Die grobmotorische Funktion der Kinder mit ICP wird nach dem GMFCS-Klassifikationsschema beschrieben. Gangstörungen sind bei Kindern mit GMFCS Level I-III sehr häufig, wohingegen bei Patienten mit höherem Betroffenheitsgrad (Level IV und V), die nur wenige Schritte gehalten gehen können (Level IV) oder gar nicht gehfähig sind, Hüftluxationen und Skoliosen in den Vordergrund treten.



KRANKHEITSBILD – KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG

Aufgrund der Hirnschädigung, welche neben den motorischen Arealen auch andere Gebiete des Gehirns betreffen, ist in etwa 50% der Kinder mit Zerebralparese die geistige Entwicklung verzögert und es können bleibende kognitive Einschränkungen resultieren. Zudem können Verhaltensstörungen auftreten. In Kombination mit der Betroffenheit des motorischen Systems können zusätzlich Augensymptome in Form von Schielen, Sprachstörungen sowie Hörbehinderung hinzutreten. Daraus ergeben sich je nach Betroffenheitsgrad verschiedene pädagogische Herausforderungen. Nach einer individuellen Erhebung der kognitiven Möglichkeiten und Einschränkungen muss daher der Unterricht anhand der vorhandenen Fähigkeiten und Einschränkungen des Kindes geplant und ausgerichtet werden.

Wie werden die orthopädischen Probleme behandelt?

An der Universitätsklinik Heidelberg hat die Behandlung von Kindern mit Zerebralparese eine lange Tradition. Im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Neuropädiatrie, Kinderneuroorthopädie und Kinderneurochirurgie erfolgt in Heidelberg die evidenzbasierte Konzepterstellung zur individuellen Behandlung des veränderten Muskeltonus (HITS – Heidelberger Interdisziplinäre Tonussprechstunde). In diesem Zusammenhang wird über die medikamentöse oder invasive (Botulinumtoxin, Baclofen-Pumpe, selektive dorsale Rhizotomy, ...) Spastikbehandlung entschieden.

Zur Prävention und Behandlung der orthopädischen Probleme kommen verschiedene konservative und operative Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität und Lebensqualität zum Einsatz. Längere stationäre Aufenthalte ergeben sich vor allem im Rahmen der operativen Behandlung von Gangstörungen, Hüftluxationen und Skoliosen. In dieser Zeit des Krankenhausaufenthaltes ist eine Weiterführung der schulischen Aktivität unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen wichtig.

Gangstörungen bei Kindern mit infantiler Zerebralparese werden in der Regel im Rahmen sogenannter Mehretagenoperationen korrigiert. Hierbei werden in einer Operation

verschiedene Eingriffe an Knochen und an Muskeln sowie Bändern vorgenommen, um möglichst eine Korrektur aller Fehlstellung an allen Gelenken und in allen Ebenen zu erreichen. Die Planung solcher Korrekturen erfolgt mittels instrumenteller 3D-Ganganalyse, welche eine objektive Beurteilung der verschiedenen Komponenten der jeweiligen Gangstörung zulässt. Im Rahmen einer interdisziplinären Sitzung wird nach der Ganganalyse der operative Eingriff geplant. Die Mehretagenoperation ist ein aufwendiges Verfahren, welches oft mit einem längeren stationären Aufenthalt (zwischen zwei bis sechs Wochen) und einer aufwendigen Nachbehandlung im Sinne von Lagerungstherapie und Physiotherapie einhergeht. Ein besonderes Augenmerk liegt hier auf der Wiedererlangung der Mobilität und des Erlernens eines veränderten Gangmusters und der Anpassung von orthopädie-technischen Hilfsmitteln (Orthesen) zur Unterstützung der neuen Gangfunktion.

Durch die Folgen der Zerebralparese im Sinne von Spastik bestimmter Muskulatur und durch einen verzögerten oder ausbleibenden Gehbeginn, kann sich eine Hüftluxation (langsameres Heraustreten des Hüftkopfes aus der Pfanne) entwickeln und eine sekundäre Verschlechterung der motorischen Funktion sowie das Auftreten von Schmerzen bedingen. Die Wahrscheinlichkeit eine Hüftdezentrierung zu erleiden, nimmt mit steigendem GMFCS-Level deutlich zu. In Heidelberg existiert daher ein interdisziplinäres Screening-Programm für das kindliche Hüftgelenk bei ICP. Hierdurch können drohende Luxationen früh erkannt werden und mit deutlich geringerem Aufwand behandelt werden als eine übersehene Luxation. Im Rahmen der Behandlung von Hüftdezentrierungen bei ICP kommen, abhängig vom Stadium der Hüftdezentrierung verschiedene knöchernerne und muskuläre Operationen zur Anwendung. In z. T. aufwendigen Operationen wird möglichst versucht, die normale Form und Funktion des Hüftgelenkes zu rekonstruieren, um eine positive motorische Weiterentwicklung zu ermöglichen und um Funktionsverlust und Schmerzen zu verhindern. Ferner erfolgt während des stationären Aufenthaltes die Anpassung entsprechender orthopädie-technischer Hilfsmittel zur Lagerung des Patienten. Vor allem bei Kindern mit stärkerer körperlicher Behinderung ist die Entwicklung einer Skoliose (Verdrehung und Verbiegung der Wirbelsäule) möglich. Anfangs hat die Skoliose keine

relevante Einwirkung auf die Geh-, Steh- und Sitzposition. Mit zunehmender Fehlstellung können jedoch massive Probleme auftreten und sich sogar eine sekundäre Hüftluxation entwickeln. Daher wird die Skoliose bei Kindern mit ICP akribisch behandelt, anfangs mittels Korsett und regelmäßigen Verlaufskontrollen. Kommt es zur Progredienz der Fehlstellung trotz konservativer Therapie, ist ab einem gewissen Ausmaß eine aufwendige Korrekturoperation der Wirbelsäule notwendig. Hierbei ist ein stationärer Aufenthalt von ca. zwei bis drei Wochen notwendig. In diesem Rahmen wird dann die Sitzversorgung optimiert.



Was sollten Lehrer, Erzieher und Betreuer noch wissen?

- Kinder und Jugendliche mit ICP haben abhängig von ihrem Behinderungsgrad die gleichen Rechte und Pflichten wie andere Mitschüler.
- Die Unterrichtsinhalte und deren Durchführung sollten den Umständen der postoperativen Phase angepasst werden.
- Die körperliche Behinderung steht oft nicht im Verhältnis zur kognitiven Beeinträchtigung, d.h. auch schwer körperlich behinderte Kinder mit ICP können hohe kognitive Fähigkeiten besitzen. Eine individuelle Analyse der kognitiven Fähigkeiten ist zum Beginn der Unterrichtsplanung unerlässlich.
- Vor allem postoperativ besteht eine etwas erhöhte Krampfreizung. Kinder, bei welchen eine Epilepsie bekannt ist, sollten daher immer in einer ruhigen und entspannten Atmosphäre unterrichtet werden. Im Falle eines epileptischen Anfalles ist eine sofortige Alarmierung des Pflegepersonals und des Stationsarztes notwendig (siehe Kapitel Epilepsie).
- Durch spastikreduzierende Medikamente, welche hin- und wieder postoperativ eingesetzt werden, und durch Schmerzmedikamente, kann die kognitive Funktion der Kinder reduziert oder beeinträchtigt sein.

Was müssen Lehrer, Erzieher und Betreuer nicht tun?

- Lagerung der Kinder postoperativ verändern
- Orthopädische Hilfsmittel anziehen, verändern, verwenden

Prof. Dr. med. Thomas Dreher



ANSPRECHPARTNER

Universitätsklinik Heidelberg
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Priv.-Doz. Dr. med. Sébastien Hagmann

Leiter der Sektion Kinderorthopädie,
Neuroorthopädie und Fußchirurgie

Sekretariat:

Yvonne Eipl
Tel. 06221 56-26384

Viviane Lacroute
Tel. 06221 56-26338

Kinder.OUK@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Thomas Dreher

Chefarzt Kinderorthopädie
Universitätsklinik Balgrist
Forchstr. 340 | 8008 Zürich | Schweiz

SKOLIOSE

WAS IST EINE SKOLIOSE?

Der Begriff „Skoliose“ bezeichnet eine Verkrümmung der Wirbelsäule, die zu einer Seitabiegung der Wirbelsäule im Röntgenbild von mehr als 10° mit gleichzeitiger Verdrehung der Wirbelkörper um die eigene Achse führt. Äußerlich zeigt sich das durch das Hervortreten der Rippenbögen („Rippenbuckel“) auf der rechten Brustkorbseite und/oder der Lendenmuskulatur auf der linken Seite („Lendenwulst“). Zusätzlich entsteht eine Asymmetrie der Taille und ggf. der Schultern. Skoliosen sind insgesamt selten. Nur 2-3% der Jugendlichen haben eine Skoliose. Sie sind aber die häufigsten strukturellen Veränderungen der Wirbelsäule des Kindes- und Jugendalters. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen. Skoliosen sind in der Regel nicht schmerzhaft. Man unterscheidet in Kindheit und Jugend drei Ursachen einer Skoliose. In 80% der Fälle ist die Ursache ungeklärt („idiopathisch“). Eine erbliche Komponente ist wahrscheinlich; familiäre Häufungen sind vorhanden. Sie kann zu unterschiedlichen Zeiten des Wachstums auftreten, tritt aber in 80% der Fälle während des pubertären Wachstumsschubs in Erscheinung. Seltener kann sie auch schon während der Kindergarten- oder Grundschulzeit auftreten. Davon unterschieden werden „neuro-myopathische“ Skoliosen, deren Ursache beispielsweise neurologische Behinderungen (frühkindliche Hirnlähmung, angeborene und erworbene Querschnittslähmungen, etc.) oder Muskelerkrankungen (Duchenne Muskeldystrophie, Spinale Muskelatrophie, etc.) sind. Am seltensten ist die angeborene Skoliose, deren Ursache in einer einseitigen Fehlanlage, d. h. fehlenden Trennung zweier oder mehrerer nebeneinander liegender Wirbelkörper und/oder in einseitig zusätzlich angelegten Wirbelkörpern liegt.

DIAGNOSTIK

Nicht selten werden die ersten Hinweise im Sport- oder Schwimmunterricht durch Lehrer oder Trainer erhoben, denen eine Asymmetrie des Rumpfes auffällt. In der körperlichen Untersuchung wird nach den o. a. Asymmetrie-Zeichen gesucht. Vor allem der Rippenbuckel und der Lendenwulst sind markante Zeichen. Zusätzlich bedarf es der Röntgendiagnostik der gesamten Wirbelsäule in zwei Ebenen im Stehen. Darauf werden die Krümmung oder Krümmungen ausgemessen und der sog. Cobb-Winkel bestimmt. Wenn die Flexibilität der Wirbelsäule (Korrekturpotential) analysiert werden muss, werden ergänzende Umkrümmungs-Aufnahmen angefertigt. Das Restwachstumspotential wird wahlweise durch die radiologische Beurteilung der Wachstumsfugen des Beckens oder des Ellenbogens berechnet. Die klinische Untersuchung sollte im Wachstumsschub alle sechs Monate und ein Röntgenbild der ganzen Wirbelsäule alle zwölf Monate erfolgen.

PROGNOSE

Je früher die idiopathische Skoliose einsetzt desto größer ist ihr Verkrümmungspotential. Von den in der Pubertät einsetzenden Skoliosen müssen nur etwa 2% operiert werden. Bei den früher beginnenden Skoliosen ist diese Rate deutlich höher. Das Verkrümmungspotential der neuro-myopathischen Skoliose ist abhängig von der zu Grunde liegenden Erkrankung und muss im Detail in den Spezialambulanzen mit den Patienten und deren Familien besprochen werden. Das Verkrümmungspotential der angeborenen Skoliosen ist von der Art der Wirbelsäulenfehl-anlage abhängig und kann $1^\circ - 10^\circ/\text{Jahr}$ betragen.

THERAPIE

Für idiopathische Skoliosen kann man sich an den Gradzahlen der Krümmungen orientieren. Unter 20° Cobb-Winkel werden die Patienten beobachtet und zu körperlicher Aktivität animiert. Bei Bedarf kann Krankengymnastik (KG) verordnet werden. Zwischen 20° und 45° empfiehlt sich eine Korsetttherapie. Das Korsett muss grundsätzlich ganztägig getragen werden und lediglich zu Hygienemaßnahmen und Sport oder KG abgelegt werden. Korsette machen aber nur Sinn, wenn die Wachstumsfugen noch mindestens zu 50% (Risser-Stadium II-III) geöffnet sind, da nur so ein ausreichendes, durch das Restwachstum begründetes Korrekturpotential ausgenutzt werden kann. Bei geringerer Wachstumsreserve verliert das Korsett seine Korrektur-

fähigkeit. Bei Cobb-Winkeln über 45° ist die Operation angezeigt, da ein Fortschreiten der Verkrümmung auch nach Wachstumsabschluss zu erwarten ist. Es existieren, je nach Krümmung, unterschiedliche jedoch gleichwertige Operationstechniken. Bei diesen Operationen werden Teile der Wirbelsäule korrigiert und in dieser Stellung versteift. Es sollte eher frühzeitig operiert werden, da einerseits der zu operierende Teilbereich noch kleiner gehalten werden kann und andererseits das Operationsrisiko für das Auftreten neurologischer Komplikationen mit der Zunahme der Verkrümmung besonders über 80° und zunehmendem Alter ansteigt. Die Therapie der neuromyopathischen Skoliose muss individuell, auch an die vorhandenen Nebenerkrankungen angepasst, geplant werden. Korsette sind infolge der eingeschränkten muskulären Führung deutlich weniger effektiv als bei idiopathischen Skoliosen. Operative Therapien können hier auch indiziert sein. Bei angeborenen Skoliosen funktioniert die Korsetttherapie gar nicht, da die Skoliose durch das knöcherne Wachstum gesteuert wird. Bei einseitigen Fehlanlagen sollte deshalb frühzeitig, d. h. in der Regel vor der Einschulung, operiert und durch Entfernung und Fusion die Fehlanlage korrigiert werden.

AUSWIRKUNGEN AUF DAS SCHULLEBEN

Betroffene können uneingeschränkt am Unterricht, auch am Sportunterricht teilnehmen. Einschränkungen für den Sportunterricht entstehen allerdings nach durchgeführter operativer Korrektur. Im ersten Jahr sollte keine aktive Teilnahme erfolgen. Danach werden die Einschränkungen durch den Chirurgen definiert.

Was kann ich als Lehrkraft tun?

- Auf die betroffenen Kinder zugehen und ihre Sorgen anhören.
- Betroffene Kinder und Jugendliche sind i. d. R. die Einzigen in der Klasse, der Jahrgangsstufe oder der ganzen Schule, die ein Korsett tragen. Das kann für sie zu Unsicherheiten, aber auch zu Hänseleien durch Mitschüler führen. Betroffene benötigen deshalb Unterstützung. Aufklärungen zum Thema Skoliose für die Klassengemeinschaft sollten aber nur im ausdrücklichen Einverständnis mit den Betroffenen erfolgen.
- Betroffene können ohne Korsett am Sportunterricht teilnehmen. Ggf. sind Hilfestellungen zu leisten.
- In manchen Fällen sind, auch aus psychosozialen Gründen, stationäre Rehabilitationsaufenthalte während der Schulzeit notwendig. Diese sollten von der Schule unterstützt werden.

Dr. med. Bernd Wiedenhöfer



ANSPRECHPARTNER

Universitätsklinik Heidelberg
Zentrum für Orthopädie,
Unfallchirurgie und
Paraplegiologie
Wirbelsäulenzentrum

Priv.-Doz. Dr. med.

Michael Akbar

Tel. 06221 56-26305

Wirbelsaeule.Orthopaedie@
med.uni-heidelberg.de

**Die Wirbelsäule – Zentrum für
Wirbelsäulen Chirurgie**
ATOS Klinik Heidelberg
Bismarck Straße 9–15
69115 Heidelberg

Dr. med. Bernd Wiedenhöfer

Leitender Arzt

Tel. 06221 983-2525

WEITERE ANSPRECHPARTNER

**Bundesverband
Skoliose-Selbsthilfe e. V.,**
Siegburger Strasse 1a
51491 Overath
Tel. 02206 9047956

www.bundesverband-skoliose.de
verwaltung@bundesverband-
skoliose.de

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 sowohl im Lern- und Leistungsbereich der Schule als auch 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 das ADHS vergesellschaftet mit anderen Problemen, wie Teilleistungsstörungen, Tics und später auch Aggressivität und sozial abweichendem 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 Signalver-

arbeitung im Gehirn. Aber nicht alles, was als ADHS in Erscheinung tritt, ist ein ADHS im engeren Sinne und sollte dementsprechend therapiert werden. Aufmerksamkeitsprobleme und eine körperliche Unruhe können viele Gründe haben und sollten immer einer professionellen Diagnostik zugeführt werden.

Dies ist umso wichtiger, da 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 verhaltens-therapeutische Therapieprogramme daran, in einem Elterntermin 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 verteilen 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 wieder.

Dr. med. Eginhard Koch



ANSPRECHPARTNER

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Zentrum für Psychosoziale
Medizin

Universität Heidelberg
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg
Tel. 06221 56-6914 /-15



LINKS

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

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, 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 klinisch relevante 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 die Körpergröße in Metern zum Quadrat teilt.

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

Daneben gibt es eine Reihe von körperlichen Symptomen, die das Herz-Kreislaufsystem 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 stets auch 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 auffällige 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 zuletzt auch soziokulturelle Faktoren (Druck durch Gleichaltrige, Schlankkeitsideal). Ein Zusammenspiel unterschiedlichster Risikofaktoren führt dann zur Entwicklung einer Essstörung.

Nur etwa die Hälfte der magersüchtigen Mädchen und Frauen werden 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 krankheitsunterhaltende Faktoren unter Einbeziehung der Familie zu bearbeiten. Sollte ein ausgeprägter Gewichtsverlust mit schweren körperlichen Symptomen, eine absolute Essverweigerung oder auch eine zusätzliche schwere Depression vorliegen, ist eine stationäre Behandlung dringend angezeigt.

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 sie 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 ständig 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 könnte 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, Kontrollverluste, ein Sorgen für andere und sich vergessen, heimliches Essen oder das Horten von Nahrungsmitteln. Die Betroffenen selbst können Stimmungsschwankungen zeigen, neigen zu Gewichtsschwankungen oder sie vergleichen sich ständig und entwerten die eigene Figur.

Dies alles können Frühzeichen sein, die auf eine Essstörung hin-

weisen, aber nicht müssen. Zu diesem Zeitpunkt sollte das Gespräch mit der Betroffenen gesucht werden, auch unter Hinzuziehung der Schulpsychologin. Sollte sich der Verdacht erhärten, sollten die Eltern informiert werden. Die Sicherung des Verdachtes bedarf immer einer fachärztlichen Einschätzung.

Dr. med. Eginhard Koch



ANSPRECHPARTNER

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Zentrum für Psychosoziale
Medizin

Universität Heidelberg
Blumenstraße 8 | 69115 Heidelberg
Tel. 06221 56-6914 /-15



MATERIALIEN FÜR DEN UNTERRICHT

Ein Hungerkünstler
Franz Kafka

Das Lied „Sophie“
Eleanor McEvoy

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



SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

Selbstverletzendes Verhalten ist das Zufügen einer Gewebsschädigung, 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 Aktionsprache 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 und 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 entstellenden 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, wengleich instabile Bindungsmuster, die häufig vorhanden sind, den Kontakt immer wieder auf die Probe stellen.

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN IM SCHULALLTAG

Obgleich Selbstverletzung in der Regel keine suizidale Handlung darstellt, im Gegenteil durch Spannungs-, Wut- und Selbsthass-Abfuhr eine Art antisuizidale Verhaltensweise, können die zu Grunde liegenden Depressionen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen und unerträglichen Spannungszustände, Selbsterstörungswünsche 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
Tel. 06221 56-6914 /-15



MATERIALIEN FÜR DEN UNTERRICHT

Die Klavierspielerin
Elfriede Jelinek

Les caves du Vatican
André Gides

FRÜHERKENNUNG SCHIZOPHRENER PSYCHOSEN

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. 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 Psychosen bei denen Beeinträchtigungen von Antrieb, Motivation und affektiver Kommunikation im Vordergrund stehen. 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 Ge-

dankendrängen, Blockaden und Gedankeninterferenzen dazukommen sowie Schwierigkeiten des abstraktlogischen 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 Kognitivbehaviorale Therapie („cognitive-behavioral therapy“) ebenso mit ein, wie noch viele weitere, auch nonverbale Therapieverfahren in der Gruppe und im Einzelkontakt.

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 im ausreichenden 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
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.

Lenz
Georg Büchner

Die Angst des Tormanns beim Elfmeter
Peter Handke

Angst vorm Fliegen
Erica Jong

Die Schattenseite des Mondes
Renate Klöppel

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 ausgepräg-

te 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 Schüler 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 und zu versuchen, 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. erhalten. Hierbei können z.B. auch Klassenkameraden einbezogen werden. In Einzelfällen kann auch 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 auch vielleicht nicht zu schnellen Erfolgen führt), ist die konsequente Haltung des „Wir lassen dich nicht fallen, 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 nicht einfach 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 sehr hilfreich. 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 zum Erreichen des Leistungsstandes der Klasse bis hin zum Gewähren eines Krankheitsjahres.

PD Dr. med. Rieke Oelkers-Ax



ANSPRECHPARTNER

Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie Zentrum für Psycho-
soziale Medizin

Universität Heidelberg

Blumenstraße 8

69115 Heidelberg

Tel. 06221 56-6914 /-15

FaTZ - Familientherapeutisches
Zentrum Neckargemünd GmbH

PD Dr. med. Rieke Oelkers-Ax

Hermann-Walker-Straße 16

69151 Neckargemünd

Tel. 06223 972900

verwaltung@fatz-neckargemuend.de

ASS – AMBULANZ FÜR SCHULSTRESS UND SCHULABSENTISMUS

AUSGANGSLAGE/ PROBLEMBESCHREIBUNG

Schulabsentismus bezeichnet das wiederholte Fernbleiben vom Unterricht, ohne Aussagen zu Informiertheit der Eltern und zugrundeliegender Motivation des Schülers zu treffen. Somit schließt der Begriff sowohl entschuldigte als auch unentschuldigte Fehlzeiten und somit sowohl eine emotional bedingte Schulverweigerung als auch Schulschwänzen ein.

In der Behandlung von Schulabsentisten wird man regelmäßig mit zwei Problemfeldern konfrontiert:

Zum einen hat die Entstehung von Schulabsentismus meist verschiedene und komplexe Ursachen. Die Problematik entsteht je nach Patient mit unterschiedlich gewichteten Faktoren im Zusammenspiel der Systeme „Patient“, „Schule“ und „Familie“. Dies bedeutet, dass ein geeignetes Therapieprogramm die individuelle Situation des einzelnen Patienten und die verschiedenen Systeme berücksichtigen sollte. Zum anderen handelt es sich bei dem Patienten-klientel häufig nicht nur um Schul-, sondern auch um allgemeine und somit auch Therapievermeider. Dies hat zur Folge, dass die Patienten oft wochen- und monatelang auf Wartelisten für Therapieplätze stehen, um dann, wenn das Aufnahmeangebot erfolgt, abzuspringen. Dieses Prinzip trägt zu einer Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Symptomatik bei.

LÖSUNGSANSATZ

Die Idee unserer Ambulanz für Schulabsentismus und Schulstress (ASS) in Heidelberg ist es, in einem maximal 14-wöchigen ambulanten Angebot die Bausteine Diagnostik, Beratung, Einzelpsychotherapie, Gruppentherapie und Schule zu kombinieren (s. Ablaufplan unten). Durch ein kurzfristiges ambulantes Behandlungsangebot soll einer Chronifizierung entgegen gewirkt und die Anzahl von teilstationären und stationären Behandlungen reduziert werden. Therapievermeider sollen frühzeitig erkannt und geeignete Hilfen (z.B. stationäre Therapien, bei entsprechender Entwicklungsgefährdung ggf. auch auf der Basis eines richterlichen Beschlusses gegen den Willen der Patienten) zugeführt werden.

Durch den Einbezug der Klinikschule ergibt sich die Möglichkeit, die Patienten außerhalb ihrer Heimatschule wieder an die Schule heranzuführen und schulorganisatorisch zu beraten (Schulwechsel, Klassenwiederholung ...). Durch Nachuntersuchungen sechs und zwölf Monate nach Behandlungsabschluss soll eine Verlaufskontrolle erfolgen.

ZIELGRUPPE

Schüler der weiterführenden Schulen (ab der 5. Klasse) aus dem Einzugsbereich unserer Klinik mit im Vordergrund stehenden relevanten Schulfehlzeiten und assoziierten Problemen (emotionales Befinden, Mobbing, Schulleistung, Probleme mit und für das Umfeld).

THERAPIEANGEBOT EINZELPSYCHOTHERAPIE

In der Einzeltherapie sollen ein individuelles Störungskonzept sowie eine individuelle Zieldefinition erarbeitet werden. Je nach Problemkonstellation des Patienten kann es beispielsweise darum gehen:

- Umschriebene Ängste durch Exposition zu reduzieren
- Vermeidungsverhalten durch Kontingenzmanagement zu reduzieren
- Dysfunktionale Grundannahmen durch kognitive Umstrukturierung zu verändern
- Depressiven Symptomen (z.B. durch Aktivierung oder Normalisierung des Schlafrythmus) zu begegnen
- Im Anschluss an diese individuellen Inhalte sollen die weitere Psychotherapie geplant und eine Rückfallprophylaxe erarbeitet werden.

GRUPPENTHERAPIE

Es werden 6 Gruppentherapieeinheiten unter anderem zu den Themen „Stressdefinition und Coping“, „Stress in Gruppen“, „Konflikte und Vermeidungsverhalten“, „Zukunftssangst und Prüfungsangst“ durchgeführt.

Das Programm ist für das System „Open Classroom“ ausgelegt. Open Classroom. Das heißt die Einheiten können rotierend unterrichtet werden und es ist gleichgültig an welchem Punkt im Zyklus ein Patient beginnt das Programm mitzumachen.

Dr. med. Christoph Lenzen

ABLAUFPLAN

Behandlungswoche	Inhalt	Schule
1	Diagnostik I	Außenschule oder keine Schule
2	Diagnostik II	Außenschule oder keine Schule
3	Befundbesprechung + Planung	Klinikschule oder Außenschule
4	Therapie: 1 Einzelstunde/Woche 1 Gruppenstunde/Woche	Klinikschule oder Außenschule
5	Therapie: 1 Einzelstunde/Woche 1 Gruppenstunde/Woche	Klinikschule oder Außenschule
6	Therapie: 1 Einzelstunde/Woche 1 Gruppenstunde/Woche	Klinikschule oder Außenschule
7	Therapie: 1 Einzelstunde/Woche 1 Gruppenstunde/Woche	Klinikschule oder Außenschule
8	Zwischengespräch	Klinikschule oder Außenschule
9	Therapie: 1 Einzelstunde/Woche 1 Gruppenstunde/Woche	Klinikschule oder Außenschule
10	Therapie: 1 Einzelstunde/Woche 1 Gruppenstunde/Woche	Klinikschule oder Außenschule
11	Therapie: 1 Einzelstunde/Woche	Klinikschule oder Außenschule
12	Therapie: 1 Einzelstunde/Woche	Außenschule
13	Therapie: 1 Einzelstunde/Woche	Außenschule
14	Abschlussgespräch/ Abschlussdiagnostik	Außenschule
6 Monate nach Abschluss	1. Nachuntersuchung	Außenschule
12 Monate nach Abschluss	2. Nachuntersuchung	Außenschule



ANSPRECHPARTNER

Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie

Blumenstraße 8

69115 Heidelberg

Dr. med. Stephanie Meinl

Allgemein- und Ambulanz-
sekretariat

Tel. 06221 56-6914 bzw. -6915

Mo – Fr | 9 – 13 Uhr

Dr. med. Christoph Lenzen

Praxis Dr. med. Lenzen

Hauptstraße 15

69117 Heidelberg

Tel. 06221 7269321

praxis@lenzen-heidelberg.de



DIE AMBULANZ FÜR RISIKOVERHALTEN UND SELBSTSCHÄDIGUNG (ATR!SK)

Risikante und selbstschädigende Verhaltensweisen (u.a. selbstverletzendes und suizidales Verhalten, Alkohol- und Substanzmissbrauch, sexuelles Risikoverhalten, exzessive Internet- und Medienutzung) sind bei Jugendlichen nicht selten und können im Rahmen des normalen Entwicklungsprozesses im Jugendalter vorkommen – ohne dabei mit schweren psychischen Problemen zusammenzuhängen. Derartige Verhaltensweisen können jedoch in einigen Fällen auch wichtige Indikatoren für eine beginnende oder bereits bestehende psychiatrische Störung (beispielsweise einer Depression) oder Persönlichkeitsstörung (wie zum Beispiel die Borderline-Persönlichkeitsstörung) sein, welche wiederum mit einer starken, psychosozialen Belastung für die Jugendlichen und ihren Familien einhergehen. Daher ist eine frühe Identifikation und Intervention sehr wichtig, um einer langfristigen Gefährdung der körperlichen und psychischen Entwicklung der Jugendlichen vorzubeugen.

Aus diesem Grund haben wir 2013 die Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung (AtR!Sk), die der Einschätzung, Diagnostik und Behandlung von riskantem und selbstschädigendem Verhalten im Jugendalter dient, gegründet. Wir bieten jeden Donnerstagsvormittag zwischen 10:00 - 11:00 Uhr die Möglichkeit, sich in unserer offenen Sprechstunde vorzustellen. Dort findet eine erste kurze Einschätzung der vorliegenden riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen durch qualifizierte Ärzte und Psychologen statt. Durch diese Sprechstunde wollen wir vor allem Jugendlichen und deren Familien aus dem Rhein-Neckar-Kreis, aber auch überregional, die Möglichkeit bieten, sich ohne wochenlange Wartezeiten oder aufwendige Voranmeldung bei uns vorzustellen.

Bei Jugendlichen, deren riskante und selbstschädigende Verhaltensweisen als gesundheits- oder entwicklungsgefährdend eingestuft werden, oder bei denen sich Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Störung ergeben, schließen wir eine ausführliche, standardisierte Diagnostik zur Abklärung der individuellen Symptomatik an.

Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung werden sowohl die Patienten als auch deren Bezugspersonen ausführlich darüber aufgeklärt und erhalten eine individuelle Therapie-

beratung. Dabei verfolgen wir in AtR!Sk ein gestuftes Therapiekonzept. Patienten, die sich z.B. regelmäßig selbstverletzen, können an einer neuartigen, erfolgreich evaluierten, psychotherapeutischen Kurzzeittherapie, bestehend aus etwa 10 einzeltherapeutischen Sitzungen, teilnehmen.

In der Kurzzeittherapie geht es vor allem um die deutliche Verringerung oder Beendigung der selbstschädigenden Verhaltensweisen, indem neue Strategien im Umgang mit Stress und Druck erlernt werden sollen. Im Anschluss daran findet eine klinische Evaluation statt um zu klären, ob weiterhin therapeutischer Bedarf besteht. Sollte dies der Fall sein, bieten wir die ambulante psychotherapeutische Behandlung mit Hilfe der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT-A) für Adoleszente mit emotional instabiler Persönlichkeitsentwicklung an. Die DBT-A umfasst 20 gruppentherapeutische Sitzungen, bei denen auch immer wieder die Eltern und Bezugspersonen der Patienten miteinbezogen werden, sowie 25 einzeltherapeutische Termine. Im Rahmen der DBT-A sollen die Jugendlichen lernen, schwierige Anspannungssituationen zu überstehen, ihre eigenen Gefühle besser wahrzunehmen und diese anhand von spezifischen Verhaltensfertigkeiten („Skills“) zu modulieren. Zudem werden Strategien vermittelt, um Probleme im zwischenmenschlichen Kontext zu lösen.

Darüber hinaus arbeiten wir eng mit den Jugendämtern zusammen, sodass wir immer wieder auch unterstützend bei der Initiierung und Etablierung von Jugendhilfemaßnahmen (z. B. in Form von Erziehungsbeistandschaften, Familientherapie, Familienhilfen, (teil-)oder vollstationäre Jugendhilfe) mitwirken.

Seit einiger Zeit besteht eine Kooperation mit dem Institut für psychosoziale Prävention, die sich besonders auf die Behandlung von Jugendlichen mit impulsiven und delinquenten Verhaltensweisen spezialisiert hat.

Neben den ambulanten Angeboten in AtR!Sk besteht natürlich auch die Möglichkeit Patienten (teil-) stationär in unserer Klinik aufzunehmen, sofern dies aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht sinnvoll und notwendig ist.



Falls eine Unsicherheit besteht, ob die Vorstellung in AtR!Sk angemessen ist, können Sie die folgenden Screening Fragen mit den Jugendlichen durchgehen:

- Nimmst du illegale Drogen?
- Trinkst du bis zum Filmriss oder ziemlich häufig?
- Hast du dich in der letzten Zeit absichtlich selbst verletzt?
- Hast du oft mit wechselnden Partnern oder ungeschützten Geschlechtsverkehr?
- Beschäftigst du dich in deiner Freizeit hauptsächlich mit Internet und Computerspielen und hast deswegen Ärger mit deinen Eltern oder begonnen, die Schule/ Ausbildung zu vernachlässigen?
- Denkst du manchmal daran, dir das Leben zu nehmen?
- Bist du bereits in Konflikt mit dem Gesetz gekommen?

Wenn eine der obigen Fragen klar mit „JA“ beantwortet werden kann, dann ist eine Vorstellung in AtR!Sk indiziert.

Zusätzlich zur Diagnostik und Behandlung von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen ist ein weiterer wesentlicher Bestandteil von AtR!Sk die wissenschaftliche Untersuchung von Risikoverhaltensweisen und Selbstschädigung. Es sollen Erkenntnisse über die Entstehung und Funktion von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen gewonnen werden. Damit kann langfristig das Verständnis von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen im Jugendalter verbessert werden, was wiederum eine frühe und effektive Intervention und Prävention gewährleisten könnte.

Des Weiteren ist uns die wissenschaftliche Evaluation unserer Behandlungsprogramme wichtig, um herauszufinden, was an den verfügbaren Therapien hilfreich ist und was ggf. noch fehlt. Dabei sind wir auf die Mithilfe unserer Jugendlichen und ihrer Familien angewiesen, welche gebeten werden, eine Einschätzung anhand von Interviews und Fragebögen am Ende der Behandlung vorzunehmen. Zusätzlich fragen wir alle Jugendlichen und ihre Familien im jährlichen Rhythmus erneut, wie es ihnen seit dem letzten Kontakt ergangen ist.

Neben der Evaluation unserer Behandlungsprogramme untersuchen wir zudem neurobiologische und genetische Faktoren als mögliche Prädiktoren sowohl für den Verlauf von selbstschädigenden und riskanten Verhaltensweisen, als auch für das Ansprechen auf Therapien. Dies soll zukünftig helfen, besser vorherzusagen für welche Patienten welche Programme geeigneter sind sowie Hochrisikogruppen früher und zuverlässiger zu identifizieren.

Die Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitung ist keine Voraussetzung, um in die Spezialambulanz AtR!Sk aufgenommen zu werden. Dennoch freuen wir uns, wenn möglichst viele Jugendliche einer wissenschaftlichen Begleitung zustimmen, um dadurch vielleicht das Leben für zukünftige Jugendliche und Familien zu erleichtern.

Das AtR!Sk Team





ANSPRECHPARTNER

Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie
Zentrum für Psychosoziale
Medizin
Ambulanz für Risikoverhalten und
Selbstschädigung | AtRiSk
Blumenstraße 8 |
69115 Heidelberg
Tel. 06221 56-6915



UNSER TEAM

M. Sc. Psych. Natascha Schmitt
Dipl. Psych. Annika Beckmann
M. Sc. Psych. Monika Schwarz



LEITUNG

Ines Al-Ameery Brosche
Oberärztin von AtRiSk
Dipl. Psych. Gloria Fischer-
Waldschmidt
Psychologische Leitung von AtRiSk



BEGLEITENDE FORSCHUNG

PD Dr. med. Michael Kaess
Leiter der Sektion „Translationale
Psychobiologie in der Kinder- und
Jugendpsychiatrie“

Stellvertretung:
Dr. Julian Koenig

Mitarbeiter:
M. Sc. Psych. Denisa Ghinea

IMPRESSUM

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

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

www.klinikum.uni-heidelberg.de

Gestaltung und Layout

Unternehmenskommunikation | Medienzentrum | Grafik
Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Heidelberg

Gestaltung: Andreas Hafner

Fotos: Peggy Rudolph, Hendrik Schröder, pixabay, Photocase,
stockxpert, iStock, adobestock

Lektorat

Rektorin Sati Cinar
Ute Fuchs, Christiane Döring-Bauschmann, Gunhild Weinhold, Dr. Heiner Hampsch

Druck

printed in Germany

Stand

2. Auflage, März 2019

Diese Broschüre konnte dank der finanziellen Unterstützung der "Stiftung Courage", dank Herrn Univ.-Prof. Dr. med., Prof. h.c. mult. (RCH) Georg F. Hoffmann und dank Herrn Prof. Dr. med. univ. Franz Resch realisiert werden.

