

Kindersprechstunde

Kleine Fragen, Alltägliches und Wichtiges

Dr. med. Michael Müller

Basisfertigkeiten für ÄrztInnen, für GesundheitswissenschaftlerInnen
aus den Bereichen Pflege, Pädagogik und Organisationswissenschaft,
Nützliche Kenntnisse für Eltern



Dieses E-Book erscheint unter einer

Creative Commons Lizenz
CC BY-NC-ND 4.0



Interessierte dürfen das Werk vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen. Die Bedingung dafür ist, dass der Urheber namentlich so aufgeführt wird, wie von ihm angegeben, das Werk nicht für kommerzielle Zwecke genutzt wird und das Werk unverändert bleibt. - Version 2 vom 01.01.2025

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Vorwort | 4 |
| Teil 1 - Grundlegendes und Wichtiges | 7 |
| Der diagnostische Prozess | 7 |
| Klinische Untersuchungstechnik des Kleinkindes und erste Schritte der Differentialdiagnose | 8 |
| Infekte der oberen Luftwege | 11 |
| Krankheiten des Mund- und Rachenraums und ihre Bedeutung | 18 |
| Stomatitis aphtosa | 18 |
| Mundsoor | 18 |
| Scharlachangina/Scharlach | 19 |
| Herpangina | 22 |
| Pfeiffersches Drüsenfieber (Mononukleose) | 23 |
| Fieber, Definition, Diagnostik, Therapie | 24 |
| Teil 2 Alphabetische Darstellung der häufigsten und wichtigsten kleinen und großen Fragen | 25 |
| Abszesse | 26 |
| Anteversionsyndrom | 27 |
| Akne vulgaris | 28 |
| Asthma bronchiale | 29 |
| Bauchschmerzen | 30 |
| Blut im Stuhl | 32 |
| Brustschmerzen | 32 |
| Chassaignac-Luxation | 33 |
| Diabetes mellitus | 34 |
| Durchfall und Erbrechen | 34 |
| Enuresis nocturna und andere Formen des Einnässens | 36 |
| Epilepsie, eine systematische Herangehensweise | 36 |
| Ernährungsfragen | 38 |
| Flecken auf der Haut | 41 |
| Gelenkerkrankungen | 42 |
| Haltungsschäden | 44 |
| Hautpflege bei Säuglingen | 45 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Hinken | 46 |
| Husten | 46 |
| Hyperventilation | 47 |
| Impffragen | 48 |
| Insektenstiche | 49 |
| Interkostalneuralgie | 52 |
| Konjunktivitis | 53 |
| Labiensynechie | 54 |
| Lagerung des Säuglings | 55 |
| Migräne und Spannungskopfschmerzen: | 56 |
| Mikroskop | 57 |
| Milchschorf | 58 |
| Missbrauch und Misshandlung | 59 |
| Mollusken | 61 |
| Mundschluss, unzureichender | 61 |
| Nabelgranulom | 62 |
| Nasenbluten, rezidivierend | 63 |
| Neurodermitis | 63 |
| Obstipation, habituelle Bauchschmerzen, Dreimonatskoliken | 64 |
| Osteopathie und andere alternative Heilmethoden | 65 |
| Paronychie | 67 |
| Plagiocephalie (Flachschädel) | 68 |
| Pflegemittel für den Säugling | 69 |
| Pyodermie | 69 |
| Schielen | 70 |
| Schlaf: Ein- und Durchschlafstörungen von Säuglingen und Kleinkindern | 70 |
| Schräglageschäden | 72 |
| Schreikinder | 72 |
| Schulschwierigkeiten (Einschränkung schulischer Fertigkeiten) | 73 |
| Schaubild | 75 |
| Selbststimulierende Verhaltensweisen | 81 |
| Sichelfüße | 82 |
| Ticstörungen | 82 |

| | |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| Töpfchenneurose | 83 |
| Tonusstörungen des Neugeborenen und Säuglings | 84 |
| Trinken | 85 |
| Vasovagale Synkopen | 86 |
| Vitium cordis als Notfall in der Praxis | 86 |
| Vorhautenge und -adhäsionen, Phimose | 87 |
| Wachstumsschmerzen | 88 |
| Windeldermatitis | 88 |
| Zahnungsschmerzen und Pflege der Milchzähne | 90 |
| Zysten in der Kniekehle (Poplitealzyste) | 91 |
| Teil 3: Schluss, der kindermedizinische Werkzeugkasten | 91 |

Vorwort

Verehrte Leserin, verehrter Leser,

die Kosten des Gesundheitswesens laufen aus dem Ruder, die Wartezimmer der Kinderärztinnen und -ärzte sind überfüllt. Es wird immer wichtiger, dass Eltern und Spezialisten aus allen Gesundheitsberufen Wissen erwerben, das es ihnen erlaubt Krankheit von Gesundheitsstörung zu unterscheiden, Gesundheitsstörungen und Infekte weitgehend selbst zu managen und den richtigen Zeitpunkt zu wählen, an dem ein Spezialist aufgesucht oder gerufen werden muss.

Aber: Wo sollen Fachleute aus medizinischen Berufen, Eltern und Pädagogen das Wissen erwerben, um verantwortungsvoll kindliche Erkrankungen zu behandeln und die Fälle, die einem Arzt vorgestellt werden müssen von denen zu unterscheiden, die mit Basistherapien ausreichend und angemessen versorgt sind?

Wie erlernen Angestellte von Praxen und Klinik - Ambulatorien die Techniken, die notwendig sind, um solche Unterscheidungen zu treffen? Die Antwort ist: Wir Ärzte müssen unser Wissen, unsere Erfahrungen und die "ärztliche Kunst" teilen. Teilen mit Schwestern und Pflegern, teilen mit medizinischen Fachangestellten und weiteren Gesundheitsberufen und teilen auch mit den Eltern. Wir Ärzte im Übrigen verdanken einen Gutteil unserer klinischen Erfahrung, umgekehrt schon lange auch dem Rat von Schwestern, Pflegern, Pädagogen und Eltern.

Diesem Ziel unter anderem dient diese kurze Monographie über die "Kindersprechstunde". Sie folgt deshalb nicht der systematischen Darstellungsweise eines klassischen Lehrbuchs, wo Krankheiten im Wesentlichen organbezogen, respektive systembezogen dargestellt werden. Das aus Lehrbüchern geschöpfte Wissen wird für die genuin ärztliche Beurteilung dringend benötigt. Die Ordnung der "Kindersprechstunde" folgt im Unterschied dazu dem Alphabet sowie der Häufigkeit von Beschwerde- und Krankheitsbildern in einer Kinderpraxis. Man findet sich daher am besten über das Inhaltsverzeichnis zurecht und über die Suchfunktion des Computers.

Die "Kindersprechstunde" schöpft seinen Inhalt aus meiner pädiatrischen Lebenserfahrungen und vielen Gesprächen mit klugen Kollegen. Es will kein Lehrbuch im eigentlichen Sinne sein.

Wer aber aus der Klinik in die Praxis kommt, erfährt zunächst einmal einen gigantischen Prävalenzschock. Die Palette von Störungen und Krankheiten in der Arztpraxis ist eine völlig andere als in der Klinik. Keine Frühchen, keine schweren, lebensbedrohlichen Krankheiten sind es, die den Tag füllen, sondern leichtere Krankheiten und Bagatellen, die im

Lehrbuch oft nicht vorkommen und für deren Therapie meist keine offizielle Evidenz vorliegt. In dieser Situation wird viel improvisiert mit unnötigen Medikamenten gearbeitet statt mit praktischer Pflegeberatung.

Ich möchte dabei helfen, einen informierten Einstieg in den pädiatrischen Alltag zu finden. Lehrbücher und Klinikerfahrung sind unsere Wissensgrundlage. Dieses Büchlein bietet keinen Ersatz dafür. Einen Gesamtüberblick über alle in der Praxis vorkommenden Diagnosen zu geben ist ebenfalls nicht die Aufgabe dieses Skripts. Es geht hier nur um die täglich häufigen Fragestellungen und um grundsätzliche Feststellungen, die helfen, richtige therapeutische Entscheidungen zu treffen und Fehler möglichst zu vermeiden.

Oft sind es - in Kombination mit angemessenen Maßnahmen - die sogenannten psychosozialen Faktoren, die den Heilerfolg bringen. Oft auch trägt gerade eine schlanke Basistherapie und der primäre Verzicht auf Antibiotika und andere systemisch wirkende Medikamente dazu bei, dass eine wirklich nachhaltige Heilung eintritt. Richtige Therapiemaßnahmen sollten, wo immer möglich, deshalb immer mit den einfachsten Mitteln beginnen. Diesen Basistherapien widmet sich das Skript im besonderen Maße. Zwar haben Medikamente, Operationen und andere Prozeduren ihren unbedingten Stellenwert und sollten bei gesicherter Indikation auch freigiebig Anwendung finden. Alles andere wäre ein Kunstfehler. Die Indikationen hierfür aber sollten sorgsam geprüft und dem Verlauf der vorliegenden Krankheit immer wieder neu angepasst werden.

Hier noch ein juristischer Tipp: Medizinische Laien, die Details aus diesem Skript verwenden wollen, sollten darüber mit ihrem Kinderarzt sprechen.

Meine Ratschläge ohne medizinischen Hintergrund zu nutzen, kann zu Missverständnissen und Fehltritten führen. Ich übernehme in juristischem Sinne keine Garantie für die Richtigkeit meiner Ratschläge in jeder erdenklichen Entscheidungssituation.

Und: dieses Büchlein verwendet der besseren Lesbarkeit wegen nur selten Gender-Schreibweisen.

Teil 1 - Grundlegendes und Wichtiges

Der diagnostische Prozess

Es sind nur drei gedankliche Routinen, die du systematisch und möglichst immer abarbeiten musst, bevor du eine Diagnose stellst.

- **1. Genau zuhören, genau hinschauen/untersuchen, nachdenken, lesen und ggf. Konsultation eines Kollegen.** In dieser Reihenfolge erfolgt der klinisch diagnostische Prozess. Erst danach erfolgt eine Therapie.
- **2. Bevor du dich auf eine Diagnose festlegst prüfe, ob alle anamnestischen Angaben und Befunde zu deiner Hypothese passen.** Ist dies nicht der Fall, verwirf deine Hypothese und denke neu nach. Führe ggf. weitere Untersuchungen durch, oder lass dich beraten.
- **3. Du wirst trotz Sorgfalt, Verantwortungsbewusstsein, Erfahrung und gutem Wissen immer wieder Fehler machen.** Fehler sind unvermeidbar, wer sich ihnen nicht stellt, bleibt dumm. Schreib dir deine Fehlentscheidungen in ein kleines Heft und behalte es immer bei dir. Denk über jeden einzelnen Fehler nach! War er vermeidbar? Hast du etwas übersehen? Warum? Warst du unaufmerksam, warst

du voreingenommen? Hattest du Wissenslücken? Sollte deine Entscheidung Gefallen bei Kind und Eltern finden?

Klinische Untersuchungstechnik des Kleinkindes und erste Schritte der Differentialdiagnose

Als erste Maßnahme machst du dir ein Bild von der **Vorgeschichte**. Allein durch aufmerksames Zuhören (genau zuhören) ergeben sich mindestens 50% der Aspekte, die dir die Diagnose bereits jetzt verraten. Oft kannst du nach genauer Befragung auf die körperliche Untersuchung verzichten, weil bereits jetzt “alles schon klar” ist.

Das zweite Element ist **die klinische Untersuchung** (genau hinschauen) die wichtigste Maßnahme um eine harmlose Infektion von einer Erkrankung zu unterscheiden und das geht beim Kind so:

Der Säugling liegt auf dem Untersuchungstisch, das Schulkind sitzt oder liegt auf dem selbigen, das Kleinkind sitzt auf dem Schoß der Mutter oder des Vaters. Es schaut mich an und ich begrüße es und nähere mich ihm behutsam. Ich befühle die Füßchen, ob sie kalt sind (Kreislauf zentralisiert?), bewege die Beinchen (Gelenkschmerzen?), schaue mir die Haut an den Beinen an (Exanthem?). Dann betaste ich mit warmen Händen den Bauch: Sind Leber und Milz vergrößert, hart? Derweil unterhalte ich mich mit Kind und Mutter/Vater. Anschließend höre ich das Kind von vorn und hinten mit dem angewärmten Stethoskop ab. Cave: Eine Pneumonie ist auskultatorisch oft stumm. Achte daher auch auf die Atmung: hohe Atemfrequenz? Einziehungen? Dann schaue ich in den Mund: dem Säugling kurz, mit Hilfe des Mundspatels, Klein- und Schulkind

bitte ich den Mund weit zu öffnen und ganz laut a, oder besser ä zu sagen. Ich schaue mir rasch den Rachenring und die Zunge an, ggf. auch die Wangentaschen (diverse Enantheme). Nur für den Blick auf die Wangentaschen benötige ich in diesen Altersgruppen einen Spatel. Ich achte auf diverse typische Symptome: Roter Rachenring und belegte Zunge? Harmlos, Beläge auf den Mandeln? Pfeiffer? Andere Virusinfektion? Angina scarlatina?

Schließlich umarmt die Mutter/der Vater das Kind. Ein Elternarm umfasst Oberkörper und Arme, die andere Hand fixiert den Kopf des Kindes an der Brust des Elternteils, Kopf mal zu einer Seite und anschließend zur Gegenseite gedreht. Auf diese Weise ruhig, aber konsequent gehalten kann ich mir gründlich die Gehörgänge und das Trommelfell ansehen. Du weißt, das ist nicht immer einfach. Ist das Trommelfell gerötet? In der Regel ein harmloser Befund. Eiter im Gehörgang? Ebenfalls meist harmlos. Schollige Beläge? Grippeotitis, kein Interventionsgrund, aber oft sehr schmerzhaft. Ist das Trommelfell vorgewölbt? Hier drückt entzündliches Sekret von innen gegen das Trommelfell. Die Infektion wird wahrscheinlich in den nächsten Stunden das Trommelfell an der dafür vorgesehenen Stelle durchbrechen und über den Gehörgang abfließen. Dieser Prozess ist schmerzhaft, aber er ist keine Indikation für irgendein Medikament. Ja, auch Eiter im Gehörgang ist erst einmal harmlos. Die Infektion fließt ab und das Loch, durch welches die Infektion durch das Trommelfell ausgetreten ist, verschließt sich rasch wieder. Beim antibiotisch behandelten Kind geht dieser Prozess nicht schneller vonstatten.

Man kann den "eitrigen" Gehörgang dreimal täglich spülen (lassen) und zwar mit körperwarmer 3%iger H₂O₂-Lösung. Der Eiterfluss endet etwas früher, eine Otitis externa heilt schneller ab, eine Perforation der pars flaccida des Trommelfells kann sich schneller verschließen.

Der nächste Schritt ist die Inspektion der Haut. Achte auf die Zeichen eines Exanthema subitum besonders bei älteren Säuglingen und Kleinkindern. Seltener sind andere Effloreszenzen, z. B. Varizellen in den ersten Tagen, eine allergische Reaktion bei Infekt, eine Hautreaktion auf Amoxicillin (Pseudoallergie) und andere Noxen.

Wenn ich nach den bis hier beschriebenen Untersuchungen noch keine klare Einschätzung vom Krankheitsgeschehen gewonnen habe, lasse ich das Kind kurz über den Flur laufen, wenn es das schon kann. Am besten ist es, wenn sich die Begleitperson ein paar Meter entfernt aufstellt und das Kind auf sie zulaufen kann.

Ich beurteile den Gang in Hinblick auf flüssigen Ablauf, altersgemäße Entwicklung und Hinken. Ich höre auf den Rhythmus der Schritte, der oft bereits ein leichtes Hinken verrät. Ich schaue mir die Stellung der Beinachsen an.

Jetzt ist die Basisuntersuchung erst einmal fertig. Aufgeklärt und kompetent beraten, verlassen Eltern und Kinder hochzufrieden, meist ohne irgendein Rezept deine Praxis. Manchmal aber gehen die Schwierigkeiten jetzt erst richtig los (nachdenken und lesen).

Infekte der oberen Luftwege

Sie sind unsere „Brot und Butter“ - Arbeit. Es vergehen Arbeitstage, an denen ausschließlich derlei Bagatellen vorgestellt werden. Deshalb verweile ich bei diesem Thema etwas länger:

- Was sind Kriterien für banale Infekte ohne Komplikationen?
- Wie kann ich mich rasch orientieren, ob ich erweiterte Diagnostik resp. Notfalltherapie einleiten muss oder nicht?
- Was kann ich tun, was sollte ich unterlassen?

Folgende Antworten auf 7 einfache Fragen bieten eine schnelle Orientierung:

1. **Wie lange ist das Kind schon krank?** Bestehen die Symptome nur seit kurzer Zeit, dann ist der Fall eher harmlos, besteht das Problem schon länger als 72 Stunden, dann spricht der Verlauf eventuell komplizierter zu werden: Eine echte Grippe aber (Fieber ohne Erkältungszeichen, Kopfschmerzen, starkes Krankheitsgefühl), auch eine Mononukleose beginnt mit harmlosen aber länger währendem Fieber. In der ärztlichen Praxis sehen wir sie mehrfach im Jahr. Langes Fieber, plus Husten, plus Schnupfen, evtl. sogar Druck auf den Ohren sprechen für eine Sinusitis und ggf. ein Mucotympanon.
2. **Wirkt das Kind ernstlich krank?**
3. **Hat das Kind wirklich Fieber, oder hat es lediglich eine erhöhte Temperatur? Im Zweifel nachmessen.**

4. **Sind eindeutige Infektzeichen vorhanden?** Geröteter Rachen, Schnupfen, quälender Husten?

5. **Verläuft das Fieber zweigipflig?** (ein erster Fiebergipfel repräsentiert vermutlich einen zunächst harmlosen Virusinfekt, ein zweiter Gipfel könnte Symptom einer Komplikation sein). Eine Pneumonie kann vorliegen, wenn das Kind heftig hustet, bei Ohrenschmerzen eine Otitis media, bei Kopfschmerzen eine Sinusitis.

6. **Besteht Atemnot und/oder eine beschleunigte Atmung?** Pneumonie? Infektcroup? Spastische Bronchitis? Oder gar eine Epiglottitis?

7. **Ist das Kind nicht mehr gewachsen, hat es abgenommen?**

Voller Überraschungen ist das fiebernde Kind **ohne** Infektzeichen. Cave! Schon beim Empfang in der Praxis kann die Mitarbeiterin weitere Symptome erfragen und den Urinstatus (Multistix) bestimmen. Ein **Harnwegsinfekt mit Fieber** ist nämlich keine harmlose Zystitis, sondern eine *Pyelonephritis*, eine Infektion der Nieren selbst also. Die Infektion kann diese Organe potentiell schädigen. Es handelt sich also um einen **Notfall**. Säuglinge mit fiebrigem Harnwegsinfekt müssen in der Regel rasch in die Klinik. Im Kleinkindalter aber ist die Behandlung in der Praxis

möglich (2 mal täglich Cefixim 5 mg/kg oral, maximal 400 mg/Tag, 5 ml Saft enthalten 100 mg)¹

Bei positivem Nachweis von Bakterien im Multistix sollte immer ein Urinkult angesetzt und bei Zimmertemperatur aufbewahrt werden. Bei reichlichem Bakterienwachstum am Folgetag erfolgt eine Keimbestimmung nebst Resistogramm im Labor. Außerdem gehört sich in dieser Situation ein Blick auf das Genitale. Ich fand z. B. Stuhl im Bereich der Vulva. Auch ein überreiztes, entzündetes Präputium kann Keime in den Urin befördern.

Bei der gefürchteten **Meningitis** ist der kleine Patient nicht nur nackensteif und manchmal nicht einmal das, vor allem aber ist er immer sehr krank: sehr berührungs- und bewegungsempfindlich und schwer beeinträchtigt. Ein Exanthem in diesem Kontext könnte auf eine Meningokokkensepsis hinweisen. Hier ist raschestes Handeln erforderlich.

Fieber plus Schmerzen bei Bewegung der Beine (Hinken) sprechen für eine *Coxitis, resp. Osteomyelitis*. „Ein Kind mit Fieber, welches humpelt, wird vermutlich eine eitrige Coxitis haben“ (bis zum Beweis des Gegenteils). Dieser Fall wird dir selten begegnen, du solltest ihn nicht übersehen.

Nur die genannten Notfälle erfordern ein sofortiges Handeln: Fieberhafte Harnwegsinfekte und besonders die Pyelonephritis beim Säugling, Pneumonie und Atemnot aus anderen Gründen, Coxitis, Sepsis, Meningitis. Kein Handlungsbedarf aber besteht bei jeder

¹Quelle: www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag2/antib/

Streptokokkenangina, auch beim leichten Scharlach mit Ausschlag nicht (Ausschlag, wenig Allgemeinsymptome)², keiner bei einer Virusangina, auch keiner bei Angina mit Belägen auf den Tonsillen, keiner bei einer akuten Otitis media, selbst wenn sie eitrig ist. Akute Notfälle, Komplikationen und Erkrankungen des Herzens, Stoffwechselstörungen und Magen-Darm - Erkrankungen sind an anderer Stelle genannt.

Fieberkrämpfe kommen bei älteren Säuglingen und Kleinkindern immer wieder einmal vor. Besonders im Rahmen eines Exanthema subitum, aber oft auch einfach wegen hohen Fiebers und des raschen Fieberanstiegs. Mit keinem Mittel der Welt oder speziellem Trick kann diese Komplikation verhindert werden. Obwohl eigentlich harmlos ist ein Fieberkrampf für Eltern ein existentielles Trauma. Denn sie denken zunächst, ihr Kind werde jetzt sofort sterben. Trotzdem: Fieberkrämpfe sind erst einmal und allermeist harmlos. Beachten muss man in jedem Fall die Regeln zur Differentialdiagnose „komplizierter Fieberkrampf“. Prävention mit Fiebermitteln zu betreiben ist Augenwischerei (s.u.). Rezidivierende Fieberkrämpfe lassen sich nur durch eine antiepileptische Behandlung verhindern. Medizinisch sinnvoll ist aber auch die nicht, weil Fieberkrämpfe keine Schäden hinterlassen und, weil im späteren Kleinkindalter der Spuk sowieso vorbei ist.

Zweigipfliges Fieber: 1. Gipfel: Virusinfekt, 2. Gipfel: nicht selten Komplikation, häufige Ursachen: Pneumonie, Sinusitis, Otitis.

² www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag2/antib/

Fieber plus Orbitaödem und ggf. eitrigem Schnupfen: meist Sinusitis ethmoidalis. Antibiose nach Nasenabstrich erforderlich. Der Verlauf ist dann fast immer harmlos, sollte aber engmaschig verfolgt werden.

Antibiotikamissbrauch: Ärzte verordnen, wenn sie nicht genau wissen, was vorliegt, viel zu häufig Antibiotika und begünstigen damit Resistenzentwicklungen (AnTiB, s.o.). Fast alle Infekte in den oberen Luftwegen aber sind selbstbegrenzend, selbst dann, wenn Streptokokken oder andere bakterielle Erreger beteiligt sind. Wichtiger als eine gesicherte bakteriologische Diagnostik oder ein positiver Strep-A-Test ist, ob ein Kind stabil ist oder leidet, krank und eingeschränkt ist. Fast immer hat man ein paar Tage Zeit, bevor man sich für eine Diagnose und Antibiose entscheidet, und meist entscheidet der Krankheitsverlauf in diesen 2-3 Tagen, dass es richtig war, sich zurück zu halten.

Viel zu häufig werden auch **Fieber- und Hustensäfte** verordnet. Schmerz-Fiebermittel sind bei wirklichen Schmerzen (z.B. Kopf- und Ohrenschmerzen) sinnvoll. Hustensäfte sind vermutlich unwirksam. Ich habe noch keine evidenzbasierte Studie zur Wirksamkeit von Ambroxol und Acetylcystein gefunden, die deren Wirksamkeit mit hinreichender Sicherheit beweist. Nebenwirkungen wie Durchfall aber kommen regelmäßig zur Beobachtung. Fiebersäfte und - suppositorien wirken nur beim Fieberplateau und sinkendem Fieber. Einen Fieberanstieg verhindern sie nicht. Man kann sie verordnen „damit etwas passiert“. Eine echte Hilfe aber sind sie nicht.

Eltern aber wollen ihren Kindern den Verlauf der Erkrankung leicht machen. Eine solche richtige Haltung sollten wir unterstützen indem wir *physikalische Anwendungen* empfehlen.

Physikalische Anwendungen

Ein Kind mit Fieber und kalten Händen und Füßen sollte ein **warmes Fußbad** bekommen. Das klingt paradox, ist aber wirksam. Technik: Das Kind sitzt, die Füße bis über die Knöchel in angenehm warmem Wasser. Durch Zugabe von immer wärmerem Leitungswasser hebt man die Temperatur langsam an. Das Kind sollte dabei immer ein angenehmes Gefühl haben. Das Fußbad öffnet die peripheren Gefäße, Hände und Füße, aber auch die Haut am Stamm werden warm. Wenn der kleine Patient zu schwitzen beginnt, sollte man ihn entkleiden, soweit er dies angenehm findet. Die Temperaturabgabe wird dadurch beschleunigt, die Körpertemperatur sinkt.

Ein Kind mit Reizhusten profitiert von **feucht - warmen Brustwickeln**: ein mit Wasser erwärmtes, dann ausgedrücktes Handtuch wird um die Brust geschlungen und verbleibt dort 3 mal 5 Minuten. Um den Wärmeverlust zu verzögern, wird darüber ein flauschiges, warmes Badetuch gewickelt. Die Prozedur wird dreimal hintereinander durchgeführt. Man bedeckt während des Handtuchwechsels den Oberkörper mit dem warmen Badetuch. Am Schluss den Oberkörper kräftig mit einem trockenen warmen Handtuch abreiben. Die Maßnahme beruhigt das Kind und dämpft seinen Husten.

Beide Maßnahmen: Das warme Fußbad und die Brustwickel können mit einer anschließenden **Schwitzpackung** kombiniert werden, wenn das Fieber nicht über 38° misst. Man bereitet dafür ein Bett vor mit zwei Bettdecken und einer oder zwei gut gefüllten Wärmflaschen. Bevor man das Kind ins Bett legt, werden die Wärmflaschen entfernt, das Kind unter den warmen Decken von beiden Seiten und von oben und unten fest

eingewickelt. Eine Anwendung dauert etwa 30 Minuten. Man sollte dem kleinen Patienten diese Zeit so angenehm wie möglich machen. Vorlesen ist gut, Erzählen und Lieder singen auch. Nach Ablauf der 30 Minuten sollte der Patient ordentlich schwitzen. Dann wickelt man das Kind aus, reibt es trocken und gibt ihm etwas Warmes zu trinken. Man zieht ihm einen trockenen Schlafanzug an und legt es in ein frisch gemachtes, trockenes Bett. Die Packung ist anstrengend für das Kind. Also wird es in der Regel rasch müde und schläft ein. Am nächsten Morgen wacht es erfrischt und meist wesentlich gebessert auf. Man kann die genannten Anwendungen mehrere Tage hintereinander durchführen, wenn es mit einem Mal nicht gereicht hat.

Am praktischsten ist es, wenn physikalische Maßnahmen in den Abendstunden stattfinden. Eine erwünschte Nebenwirkung ist, dass das kranke Kind den Infekt als etwas Schönes erlebt und entspannen kann, weil seine Eltern sich freundlich und kompetent um sein Wohlergehen kümmern. Schwitzpackungen helfen im Übrigen auch bei chronischem Mucotympanon und einer Sinusitis. Auch hier ist die Kombination mit einem warmen (siehe dort) Fußbad sinnvoll.

Eltern und ÄrztInnen müssen während einer fieberhaften Krankheitsphase hellwach bleiben. Wenn der Verlauf für Komplikationen spricht (s. o.), muss man die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ausweiten.

Krankheiten des Mund- und Rachenraums und ihre Bedeutung

Stomatitis aphtosa

Betroffen sind Kinder (oft Kleinkinder). Es besteht ein deutliches Krankheitsgefühl und es finden sich Aphten auf der insgesamt geröteten Mundschleimhaut. Die Aphten sind ca. linsengroß, weißlich, von einem schmalen, roten Hof umgeben. Betroffen sind besonders die Innenseiten der Lippen, die Wangenschleimhaut, Zahnfleisch und Zunge. Manchmal schwitzen die Aphten etwas Blut aus. Regional kommen vergrößerte Lymphknoten vor. Fieber und Abgeschlagenheit sind häufige Begleiterscheinungen. Die Stomatitis aphtosa ist also kein rein lokales Geschehen.

Eine Therapie ist nicht dringend erforderlich. Möglich aber sind Schmerzmittel (Novaminsulfon oder Ibuprofen) sowie das Reinigen von Zunge, Zähnen, Zahnfleisch und Mundschleimhaut mit Hilfe eines dicken Stiltupfers, den man in eine Panthenol -Lösung oder in warmes Wasser getaucht hat.

Mundsoor

Meist betroffen sind Säuglinge jeder Altersstufe, vereinzelt aber auch Klein- und Schulkinder.

Fast immer auf Zunge und Mundschleimhaut begrenzt entwickelt sich bei dem ansonsten gesunden Kind ein dicker, kaum zu entfernender undurchsichtiger weißlicher Belag. Anfangs punktförmig auf der Zunge, dann oft auch auf der Wangenschleimhaut und innen in den Mundwinkeln. Die Beläge lassen sich zunächst nicht abreiben. Milchbelag wird oft mit

Soor verwechselt. Er betrifft nur die Zunge und ist schleierförmig und nicht pelzig, wie der Soor. Die Patienten sind während des Befalls mit Soor oft wenig oder gar nicht gestört, nicht selten aber auch unzufrieden und tun sich beim Nuckeln schwer. Der Pilz breitet sich nicht selten auf Rachen und Speiseröhre aus und fühlt sich dort vermutlich unangenehm an. Soor kann über Schnuller, Sauger oder die Brust der Mutter übertragen werden.

Therapie: Am wichtigsten ist die Hygiene: Flaschen und Sauger reinigen und auskochen, Brustpflege mit lauwarmem Wasser und antimykotischer Lösung. **Vor** den Stillmahlzeiten Auswischen des kindlichen Mundes mit Hilfe eines angefeuchteten dicken Stiltupfers, bei hartnäckigen Fällen **nach** jeder Mahlzeit beträufeln der Mundschleimhaut mit antimykotischer Lösung (Nystatin, Infektosoor z. B.). Wer diese Lösungen als alleiniges Mittel anwendet, wird lange auf einen Erfolg warten müssen und viel antimykotische Lösung verbrauchen. Also immer zusätzlich: den Mund mit der oben beschriebenen Technik auswischen, auf Hygiene achten und ggf. die Mutter mitbehandeln.

Scharlachangina/Scharlach

Ich finde wichtig, die Unterschiede zwischen den verschiedenen Erkrankungen durch A-Streptokokken zu beachten. Eine Scharlachangina ist meist eine rein lokale Infektion. Im Gegensatz dazu ist der „richtige“ Scharlach eine Allgemeinerkrankung (Fieber, Exanthem, Schmerzen) und bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Es gibt alle Übergänge vom symptomlosen Patienten mit positivem Strep A Test (Besiedlung mit A-Streptokokken) zu Angina scarlatina (lokale Infektion) und schließlich zu fieberhaften und schweren Scharlachverläufen (systemische Infektion). In

all diesen Fällen kann der Rachenabstrich positiv sein, die therapeutischen Konsequenzen aber unterscheiden sich. Während eine Besiedlung oder eine leichte A-Streptokokken – Angina keiner antibiotischen Therapie bedarf, kann beim „richtigen“ Scharlach mit Ausschlag, Fieber und schweren Halsschmerzen eine Antibiose nötig, manchmal auch alternativlos sein.

Und, du seiest an eine besondere Verlaufsform erinnert: Der Patient ist vielleicht leicht, oder gar nicht krank und wird deshalb auch nicht vorgestellt. 7 – 14 Tage später kommen die Eltern und zeigen dir seine Haut. Sie schilfert sich am Stamm wie Kleie ab, an den Handflächen und Fußsohlen manchmal ebenfalls, dort aber schuppig oder in Fetzen. Auch das war Scharlach, systemisch. Konsequenzen hat ein solches Bild nicht, es erklärt lediglich, warum der Patient vor ein paar Wochen „so schlecht drauf“ war.

Die Angina scarlatina äußert sich durch Halsschmerzen und einen mehr oder weniger geröteten Rachenring. Oft tritt lediglich ein Halskratzen auf. Es kommen aber auch schmerzhafteste Verläufe vor. Der Rachen kann flammend feuerrot bis düsterrot werden, die Röte auf den harten Gaumen übergehen, die Zunge „himbeerfarben“ werden, die regionalen Lymphknoten anschwellen. Lymphknotenschwellungen können derartig hartnäckig und schmerzhaft sein, dass eine antibiotische Therapie nicht zu umgehen ist. Bei kleineren, 1-2 cm dicken Lymphknoten wird man abwarten, bei solchen, die 4 cm und größer werden, wird die Zurückhaltung schwerer. Immer aber sollte man den Verlauf genau auf Komplikationen hin unter Kontrolle behalten, die Angina scarlatina aber heilt unbehandelt fast immer ohne Folgen aus. Als Regel sollte gelten:

Wenn der Patient nicht primär sehr krank ist, sollte drei Tage abgewartet werden. Sollte dann keine Besserung oder gar eine Verschlechterung des Krankheitsbildes eingetreten sein, sollte über eine antibiotische Therapie nachgedacht werden.

Die gefürchteten Scharlachkomplikationen treten heute kaum mehr auf, weder bei der regionalen Angina, noch bei der gefürchteten „richtigen“ Scharlacherkrankung. Belastbare Daten zur jährlichen Inzidenz von Komplikationen finden sich im Netz nicht. Komplikationen sind mitnichten Folge der Krankheitsschwere, sondern sie sind eine Immunreaktion auf A-Streptokokken. Sie können deshalb bei oder nach einer symptomlosen Streptokokkenbesiedlung ebenfalls auftreten. Ich selbst habe ca. alle 7 Jahre eine akute hämorrhagische Glomerulonephritis gesehen. Karditis, rheumatisches Fieber und Corea nie. Bei dieser niedrigen Prävalenz ist eine Antibiose jeder Streptokokkenbesiedlung mit oder ohne Kranksein mit Sicherheit eine Übertherapie.

Eine sichere Immunität auf Scharlach ist nicht gegeben, eine leichte Verbesserung der Abwehr aber lässt sich im klinischen Alltag sehr wohl beobachten. Leicht Erkrankte, aber auch Rekonvaleszenten können die Keime weitergeben und Gesunde, auch ein zweites Mal oder mehrfach erneut mit Streptokokken anstecken. Problematisch wird dieses Phänomen bei Ausbruch in Gemeinschaftseinrichtungen. Aber auch dort sollte man sich antibiotisch zurückhalten. Eine Durchbehandlung aller mit Streptokokken infizierten Kinder zeitigt meist nicht das gewünschte Ergebnis im Gegenteil: der Keim zirkuliert länger im Kindergarten respektive in der Schulklasse, wenn mit Hilfe von Antibiose versucht wird, der Zirkulation der Infektion Herr zu werden. Es entsteht nach

durchgemachter Streptokokken-Infektion also doch eine Art vorübergehender Immunität. Sie stellt sich aber nicht ein, wenn sich der Keim im Kindergarten nicht ausbreiten darf.

Die Therapie sollte individuell und symptomorientiert sein: Ggf. Schmerzmittel und rein pflegerische Maßnahmen. Auch Fieber sollte rein pflegerisch/physikalisch und nicht mit Antipyretika behandelt werden. Je nach Symptomausprägung Nachuntersuchung des Kindes nach drei Tagen. Wiedereingliederung in Schule und Kindergarten, wenn die Symptome abgeklungen sind und nicht erst, wenn die Abstriche negativ sind. Bei schweren oder für das Kind quälenden Verläufen hilft PenicillinV, 50 - 100Td E/kgKG/Tag (nicht zu den Mahlzeiten) oral, 7-10 Tagen lang. Bei Penicillinallergie Clarithromycin oral 5 Tage lang. Wir haben 14 Tage nach durchgemachter fieberhafter Streptokokkenerkrankung regelkonform das Kind und seinen Urin einer kurzen Kontrolle unterzogen, um Komplikationen auszuschließen. Gefunden haben wir meiner Erinnerung nach dabei nie etwas.

Ich beziehe mich bezüglich der wissenschaftlichen Begründung für das oben vorgeschlagene Vorgehen auf die Empfehlungen von AnTiB³, die unter Federführung des Bielefelder Kinderarztes Roland Tillmann und verschiedenen Fachverbänden entstanden ist.

Herpangina

Der Beginn und Verlauf dieser Erkrankung ist in aller Regel harmlos. Es kommt zu schmerzhaften, hochroten kleinen Bläschen auf den

³ www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag2/antib/

Gaumenbögen, der Uvula, weniger den Tonsillen und dem Gaumen selbst. Differentialdiagnose: Scharlachangina (flächige Rötung), Stomatitis aphthosa (Mundraum, Lippen und Zunge betroffen, nicht selten Fieber und Krankheitsgefühl), Soor (flächig, pelzige Beläge, kaum Schmerzen) oder Pfeifferschem Drüsenfieber (Fieber, Angina mit Tonsillenbelägen, Bauchschmerzen, Lymphknoten).

Therapie: Schmerzen ggf. symptomatisch behandeln, Fieber rein pflegerisch, also warme Fußbäder, vermehrte Flüssigkeitszufuhr.

Pfeiffersches Drüsenfieber (Mononukleose)

Häufig als bakterielle Angina und damit falsch behandelt, sollte man die mögliche Diagnose einer Mononukleose nicht verpassen, sie ernst nehmen und sie eben nicht mit einer „eitrigen Angina“ verwechseln. Es kommt vor, dass man bei der Mononukleose im Rachenabstrich Streptokokken oder andere Keime findet. Sie tragen zum Krankheitsgeschehen nichts bei, bedürfen also keiner antibiotischen Therapie (s. o.). Die Milz- und Leberschwellung, das Blutbild und die Transaminasen klären die Diagnose. Man kann im Zweifel auch Antikörper bestimmen lassen.

Die Krankheit beginnt mit Schmerzen im Rachen. Oft bleibt es dabei. Der Rachenring rötet sich, auf den Tonsillen erscheinen Beläge. Die Beläge sind weißlich und dicht. Verbreitet kommen anguläre Lymphknoten vor, später Fieber, eine allgemeine Lymphadenitis, eine Milz – und Leberschwellung. Wer im Verlauf ein Blutbild und Leberwerte bestimmt hat, wird eine leichte Transaminasenerhöhung feststellen und im Blutbild eine manchmal heftige Leukozytose, eine Lympho-Monozytose bei

relativer Granulopenie. Vom klinischen Bild und vom Blutbild her könnte man geneigt sein, an eine Leukämie zu denken. Bei der Leukämie aber gibt es weder Fieber noch „eitrige“ Beläge auf den Tonsillen. Beides weist eindeutig auf eine Infektion hin.

Die Therapie erfolgt symptomatisch. Sollte fälschlicherweise eine Antibiose mit Amoxicillin erfolgt sein, erscheint fast in 90% der Fälle nach 7 -10 Tagen ein Amoxicillin-Ausschlag. Dabei handelt es sich um eine Gefäßreaktion auf den Wirkstoff, eine Pseudoallergie also und nicht um eine Arzneimittelallergie.

Die Immunität gegen das Epstein – Barr – Virus währt lebenslang, das Virus persistiert im Körper und unterhält dort unter normalen Umständen die Abwehr.

Fieber, Definition, Diagnostik, Therapie

Von Fieber sprechen wir in der Regel erst, wenn die Körpertemperatur über 38° steigt. Das tut sie beim Kind rasch.

Frage dich: ist das Kind schwer krank? Trinkt und isst es? Ist es klar bei Bewusstsein? Dann: Hat das Kind erkennbare Begleitsymptome? Schnupfen? Husten? Schmerzen? Ausschlag? Enanthem? Bei Fieber mit Begleitsymptomen leiten diese zur Diagnose. Bei Fieber ohne erkennbare Begleitsymptome wird man sich schwertun, nur am Telefon zu beraten, ohne das Kind gesehen zu haben. Wenn das Kind schwer leidet sollte es vorgestellt werden. Wie lange dauert die Erkrankung schon? Wie ist der Verlauf? Bei Fieber mit Husten ist ein zweigipfliger Verlauf Hinweis auf eine Pneumonie. Zweigipflige Fieberverläufe ohne Husten weisen auf eine andere Komplikation eines zunächst banalen Infektes hin. Der erste

Fiebergipfel repräsentiert den vorangegangenen Virusinfekt, der zweite die Komplikation.

Bei Fieber ohne erkennbare Begleitsymptome immer als erstes: Urinstatus bestimmen (Multistix, bei positivem Befund Uricult).

Der CRP-Wert ist ein unsicherer Parameter. Zu Beginn einer akuten schweren Infektion ist er oft noch negativ oder niedrig. Er schließt also eine Pneumonie, eine Pyelonephritis, eine Sinusitis, eine Otitis media, eine Osteomyelitis, eine Meningitis etc. nicht sicher genug aus. Nach ein paar Tagen aber wird er aussagekräftig.

Der Step – A – Test führt nicht selten in die Irre (siehe unter Scharlach), zur Sicherung der Diagnose „Scharlach“ aber ist er manchmal sinnvoll.

Therapeutisch bevorzuge ich, wenn der Patient bei Fieber kalte Händen und Füße hat, ein Fußbad mit ansteigender Wärme (siehe: Physikalische Therapie). Sind bei Fieber Hände und Füße warm rate ich dazu, das Kind zu entkleiden, damit es die überschüssige Temperatur wieder abgeben kann. Die häufig empfohlenen Waden- oder Leistenwickel sind schwersten Fieberverläufen vorbehalten. Bei akutem Fieber und Virusinfekt, mit dem wir es in der Regel zu tun haben, sind Wadenwickel wirkungslos und sogar kontraproduktiv, weil sie die peripheren Gefäße tonisieren und damit die Temperatur im Körperinneren halten.

Teil 2 Alphabetische Darstellung der häufigsten und wichtigsten kleinen und großen Fragen

Im Folgenden stelle ich die in der Praxis wichtigsten und häufigsten Störungs- und Krankheitsbilder vor, deren kurze Beschreibung und

Basistherapie. All dies erfolgt unter der Voraussetzung, dass dir die Krankheitsbilder hinsichtlich Diagnose, Differentialdiagnose, diagnostischer Absicherung und Therapie bekannt sind. Komplizierte Verläufe bedürfen einer differenzierteren Beobachtung als der hier dargestellten. Also sichere deine Diagnose und Therapie ab, indem du Eltern bittest, das Kind umgehend erneut vorzustellen, wenn sich das Krankheitsbild verschlechtert oder sich in eine andere Richtung entwickelt, als du es erwartest. In den allermeisten Fällen aber wirst du feststellen, dass du allein mit Hilfe einfacher klinischer Diagnostik und einer sinnvollen Basistherapie das vorliegende Beschwerdebild klären und heilen kannst („Therapie durch aufmerksames Abwarten“).

Abszesse

Kleine und auch größere Abszesse kommen häufig zur Beobachtung. Nicht selten rezidivieren sie im Sinne einer Abszesskrankheit. Zunächst erfolgt die Therapie mit Salben, die die Haut aufweichen und ein Austreten des Eiters beschleunigen. Z. B. Ikon Abszess – Salbe. Vertretbar aber ist auch eine reine Fettcreme, z. B. Panthenol/Bepanthen. Lokal wirkende Antibiotika initial sind schädlich. Sie führen zu rein oberflächlicher Abheilung, während in der Tiefe der Abszess weiter schwelt.

Große Abszesse müssen chirurgisch versorgt werden. Anschließend wird man sich nicht selten für eine lokale und/oder systemische Antibiose entscheiden, um ein Streuen der Infektion zu verhindern. Initial sind orale oder i. v. Antibiotika dann geboten, wenn Fieber oder andere Begleiterscheinungen eine systemische Ausbreitung der Infektion anzeigen.

Anteversionsyndrom

“Mein Kind läuft über den großen Onkel, Carlotta ist jetzt 2 1/2.”

Diese Fragestellung wird dir ca. 1 mal pro Monat vorgelegt. Insbesondere in Verbindung mit einer asymmetrischen Fußstellung, bei der ein Fuß stärker nach innen weist als der andere.

Untersuche Hüften, Knie, Sprunggelenke und Füße. Du wirst allermeist feststellen, dass der Bewegungsumfang der Gelenke sämtlich physiologisch ist: Innen- und Außenrotation im Hüftgelenk, Innen- und Außenrotation im Bereich des Kniegelenks, Dorsalextension und Plantarflexion im oberen, Inversion und Eversion im unteren Sprunggelenk, Adduktion und Abduktion zwischen den Fußwurzelknochen und dem Mittelfuß (Lisfranc-Gelenk). Ist dies der Fall, kannst du von einer physiologischen Entwicklung ausgehen. Die Beinachsen der Femura rotieren im Wachstum nach außen, die Asymmetrie im Bereich der Fußstellung ist faszial bedingt (durch seitliches an - Möbeln - Laufen beim Erlernen des freien Gehens). All das bedarf keiner Therapie. Pathologische Achsenfehlstellungen erkennst du an der Einschränkung des Bewegungsumfangs und an einem auffälligen, meist deutlich asymmetrischen Gang, sowie an Unterschieden in der Länge der unteren Extremitäten. Auch pathologische X- und O - Bein - Stellungen wirst du nicht übersehen, ebenso wenig pathologische Sichelfüße.

Akne vulgaris

Akne kann für die betroffenen Patienten eine erhebliche psychische Belastung darstellen. Deshalb lohnt es sich, mit einigen Fragen hierzu vertraut zu sein.

Die Basistherapie der Akne besteht aus: 1. Hygiene, 2. Antisepsis und 3. Keratolyse.

Hygiene: Finger von der Haut lassen! Wenn es juckt, nimm ein sauberes Tuch (z. B. Tempotaschentuch), um den Juckreiz zu reduzieren. Rate den Patienten, die Haut zweimal täglich mit einer milden Neutralseife oder einer Waschcreme gründlich zu reinigen.

Antiseptisch wirkt am besten und nachhaltigsten Benzoyl-Peroxid 5% ig morgens, dünn auf die trockene Haut aufgetragen. Die Creme (z. B. BPO5, Cordes) immer sparsam, aber flächig auftragen: Pickel auf dem Kinn: ganzes Kinn, auf der Stirn, ganze Stirn, auf der Nase, die ganze Nase behandeln. Benzoyl-Peroxid entfärbt manchmal die Haut, die Haare, die Wäsche, die Handtücher. Diese Nebenwirkungen sind harmlos, man sollte sie aber kennen und darüber aufklären.

Wenn die Haut unter der Creme zu sehr spannt, kann sie mit einer neutralen Tagescreme oder einem kosmetischen „Serum“ vorbehandelt werden. Nach der abendlichen Reinigung in der Regel ausschließlich ein Serum oder eine gute Gesichtscreme benutzen.

Keratolyse: Sollte BPO nicht ausreichend wirken, wird abends zusätzlich Vitamin A- Salbe (VAS) eingesetzt. Die Haut wird unter der Vit. A Salbe weich und die Pusteln können sich leichter öffnen. Manchmal aber reicht

es aus, stattdessen für die Nacht ausschließlich eine Zinkpaste (Mirfulan) auf die befallenen Regionen zu cremen.

Hier kann auch ein Kombipräparat eingesetzt werden, z. B. Epiduo einfach oder als forte-Präparat. Dreißig Minuten nach der Anwendung muss eine Pflegelotion darüber gecremt werden, um die Hautreizung zu minimieren.

Die Basistherapie sollte durchgeführt werden, bis die Haut über mindestens 6 Wochen erscheinungsfrei ist. Wenn der Patient mit der Basistherapie nicht erscheinungsfrei wird oder bei Komplikationen ist eine spezielle Expertise erforderlich.

Asthma bronchiale

Die Diagnose eines Asthma - bronchiale wird man schwerlich übersehen, jedenfalls nicht die schwereren Formen. Die leichten Formen können sich unter völlig anderen Symptomen als den Klassikern Luftnot und Husten verbergen. Müdigkeit z. B. könnte ein solches irreführendes Symptom sein. Der Patient meint oft, bevor er vorgestellt wird, es sei normal, wie er sich fühlt. Über Diagnostik, Differentialdiagnosen, Differentialtherapie, Pathophysiologie, etc. ist hier nicht zu reden. Wichtig an dieser Stelle ist der tägliche Umgang mit dem Asthma bei kleinen Patienten.

Die Therapie der Wahl bei mittelschwerem und schwerem Asthma ist die Inhalation. Meist werden inhalative Kortikoide verwandt. Seltener, als Akuttherapie, bei Infektexazerbation und beim Sport ausschließlich solche, die nur die Bronchien erweitern. Auch Kombinationen von beiden Wirkstoffen sind sinnvoll. Solche Kombipräparate haben die Asthmatherapie in der Vergangenheit deutlich wirksamer gemacht, wenn dabei lang wirkende Betamimetika zur Anwendung kommen. Mit dem

Verschreiben des richtigen Medikamentes aber ist noch kein Asthmapatient gesund oder beschwerdefrei geworden. Wichtig nämlich ist die Medikationsdisziplin (Compliance) des Patienten. Die Aufgabe des Arztes und der fachlich versierten Mitarbeiterin besteht in der Motivation hierzu. Der Schlüssel zur Compliance ist die Einsicht des Patienten und seiner Eltern in die Notwendigkeit der Therapie sowie eine gut strukturierte Asthaschulung und spezielle Instruktionen im zeitlichen Zusammenhang mit Zwischenuntersuchungen. Ein sehr wesentlicher Teil dieser Schulung bezieht sich auf das Erlernen einer effektiven Inhalationstechnik.

Bauchschmerzen

Im Grunde sind es immer **fünf** Differentialdiagnosen, die wir in im Kopf haben, wenn wir ein Kind mit Bauchschmerzen untersuchen:

Bauchschmerzen als Begleiterscheinung von mehr oder weniger harmlosen Infekten und **Magen-Darm-Infektionen** sind das häufigste. **Obstipationen** sind ebenfalls nicht selten, besonders in dem Alter, wo Kleinkinder sich anschicken, die Windel abzulegen, rsp. wenn die Eltern diesbezüglich langsam die Geduld verlieren. Dann – sehr viel seltener – könnte (auch beim Säugling) eine **Appendizitis** vorliegen. Wenn du keinen eindeutig für Appendizitis typischen Befund erheben kannst, solltest du lieber einmal zu viel als einmal zu wenig rektal untersuchen: Bestreiche den behandschuhten Mittelfinger mit einer Fettcreme (z. B. Bepanthen) und führe ihn unter beruhigenden Beteuerungen vorsichtig und langsam ins Rectum. Fühle besonders nach rechts.

Versuch die Blinddarmregion von vorn mit der einen Hand und von rektal mit der anderen gleichzeitig zwischen die Finger zu bekommen. Ein

positiver Befund bei diesem Manöver ist beweisend (man ist sich aber fast nie ganz sicher ...).

Wenn die Schmerzen über Wochen und Monate anhalten und offenbar keine Einbildung sind, muss an einen **Morbus Crohn** und eine **Zöliakie** gedacht werden! Der Morbus Crohn kann schon im Kleinkindalter beginnen, in der Regel aber kommt er erst im Schulkindalter vor. Der Beginn der Zöliakie liegt *in der Regel* im Kleinkindalter. Damit du diese Diagnosen nicht verpasst, solltest du ein Kind mit lang anhaltenden abdominellen Beschwerden immer wieder wiegen und messen und den Verlauf protokollieren. Entfernen sich die Werte von den altersgemäßen Perzentilen, ist vertiefte Diagnostik geboten. Bei beiden Erkrankungen ist der Hb häufig niedrig, beim Crohn sind fast immer die BSG und der CRP - Wert erhöht. Frage also: Wie lange dauern die Schmerzen schon? Hat das Kind abgenommen? Ist es blasser als früher, bleibt es im Wachstum und in der Leistungsfähigkeit zurück? Und bedenke: Irgendwie ist der Bauch ja immer auch der Sitz von **psychosomatischen** Beschwerden.

Hat ein Kind erst einmal herausgefunden, dass es mit Bauchschmerzen seine Eltern beeindrucken kann, wird es sie immer häufiger auch einsetzen, um Aufmerksamkeit zu erregen. Dies Phänomen ist häufig, sollte aber nicht zu Sorglosigkeit in der Differentialdiagnostik führen. Weder dem Kind noch den Eltern sind diese Mechanismen bewusst. So etwas passiert einfach.

Sind mit den Bauchschmerzen Fehlzeiten in der Schule verbunden, sollte man auch an die Diagnose einer Depression denken.

Und, not least: in der kinderosteopathischen Sprechstunde finden sich manchmal Schmerzpunkte in der Ileopsoasregion, deren Beseitigung nicht selten kurativ wirkt.

Blut im Stuhl

Solltest du beim jungen gesunden Säugling mit der Frage von „**Blut im Stuhl**“ konfrontiert werden, so wird das „Blut“ in der Regel nur Dickdarmepithel sein. Es ist rötlich tingiert, etwas schleimig vielleicht, aber klinisch unbedeutend. Weitere Abklärungsmaßnahmen sind überflüssig. Richtiges Blut sieht im Stuhl dunkelrot bis braun, manchmal auch schwarz aus. Hier muss man in erster Linie an eine Unverträglichkeit gegenüber der angebotenen Nahrung z. B. eine Kuhmilchproteinintoleranz denken. Seltener wirst du andere schwere Darmerkrankungen beim Säugling sehen, der in die Praxis kommt: eine Invagination z. B. oder einen Volvulus.

Brustschmerzen

Unter unseren Patienten waren es fast ausschließlich körperlich aktive Jugendliche, die mit Brustbeschwerden zur Konsultation kamen. Nach Ausschluss von Rippenfrakturen sowie Herz- resp. Lungenerkrankungen bleibt man normalerweise etwas ratlos. Man denkt z. B. an eine → [Interkostalneuralgie](#): die Schmerzen laufen entlang eines oder mehrerer Zwischenrippenräume. Offen gestanden haben wir diese Diagnose häufig, aber praktisch nie zweifelsfrei gestellt.

Mit genauerer Kenntnis der Rippenmechanik aber trat differentialdiagnostisch eine einfach zu behandelnde Dysfunktion eines oder mehrerer Costo-Transversalgelenke in den Vordergrund unserer

Überlegungen. Durch "Einrenken" des betreffenden Costo-Transversalgelenks (es kann sich auch um mehrere handeln) sind die Beschwerden im Handumdrehen beseitigt.

Chassaignac-Luxation

Die Luxation des Radiusköpfchens ist fast immer die Folge eines heftigen, axialen Rucks am Unterarm. So etwas kann beim Spielen passieren, aber auch, wenn das Kind an einem Arm ruckartig hochgehoben wird. Die Verletzung betrifft meist Kleinkinder, die vor nicht langer Zeit das Laufen gelernt haben.

Nicht umsonst heißt diese Luxation auch „pronatio dolorosa“. Das Ärmchen wirkt wie gelähmt. Es hängt bewegungsarm adduziert und innenrotiert nah am Körper.

Jeder Kinderarzt sollte das Repositionsmanöver souverän beherrschen: Das Kind sitzt, wenn möglich, auf dem Schoß der Begleitperson mit Blick zum Therapeuten.

Ausgangsposition: Die Begleitperson umarmt das Kind sanft aber bestimmt, lässt aber den kranken Arm. Hebe den Arm vorsichtig an. Der Ellenbogen bleibt gestreckt. Eine Hand (bei linksseitiger Luxation die linke Hand, vice versa) des Therapeuten hält nun den proximalen Unterarm des Kindes und legt den Daumen von oben (von der Beugeseite) auf den Radiuskopf, der Zeigefinger liegt dorsal, dort fühlt man das Radiusköpfchen direkt unter der Haut. Der Radiuskopf liegt lateral. Die andere Hand des Arztes umfasst die Hand/den distalen Unterarm des Kindes von der Streckseite aus. Dann erfolgt die eigentliche Reposition:

Unter weichem Druck mit dem Daumen auf das Radiusköpfchen und Zug an der Hand (der Ellenbogen bleibt zunächst gestreckt) Zug auf den Unterarm und gleichzeitige Supinationsdrehung des Unterarms. Wenn du Glück und viel Übung hast, fühlst du schon jetzt das Radiusköpfchen unter deinem Daumen in seine Ruheposition rutschen. Dann: Flexion im Ellenbogengelenk bis zur Barriere, sodann weitere Supination des Unterarmes und an der Supinationsbarriere kurzer Dreh - Impuls gegen die Barriere. Fertig. Anschließend lass das Kind im Wartezimmer noch ein paar Minuten spielen und untersuche es zum Schluss noch einmal nach.

Diabetes mellitus

An Diabetes muss man denken, so lautet eine alte Weisheit. Denn neben dem Befund, dass der Patient offensichtlich krank ist, erschließt sich zunächst nicht sofort, von was der schlechte Allgemeinzustand des Patienten ausgeht. Wer also klinisch erst einmal nicht so genau weiß, wohin die spezielle Diagnostik laufen soll, der sollte - nach Messen der Körpergröße und Wiegen - immer zunächst nach Glucose im Urin fahnden. Ein Multi- Stix ist schnell gemacht. Fast immer wird der Befund negativ sein. Aber durchschnittlich ca. 2-mal im Jahr findet sich ein positiver Befund. Für diesen seltenen Fall hat sich aller Aufwand gelohnt. Ein Lob der Routine! Das Phänomen der Hyperventilation und des Azetongeruchs plus Präkoma wird man in der Praxis kaum je erleben.

Durchfall und Erbrechen

In der Klinik haben wir alle gelernt, dass Durchfall und Erbrechen für Säuglinge verheerende Wirkungen haben können. Wenn dann noch Fieber hinzukommt, kann es schnell zum gefährlichen Flüssigkeitsverlust in allen

Gewebe kommen, zum Coma und schließlich auch zum Tode durch die sogenannte Toxikose. Deshalb: Bereits in der Anmeldesituation muss es unbedingte Routine sein, dass jemand am Empfang einen kurzen Blick auf das Kind wirft: Ist es gefährlich krank? Schaut es wach und aufmerksam? Schläft es, weil es halt schläft oder ist es bereits im Coma? Atmet es ruhig? Ist die Gesichtsfarbe rosig? Oder ist sie blass-grau oder gar bläulich? Hat es Fieber ohne rechte Erkältungserscheinungen?

Der gefährliche Verlauf einer Gastroenteritis mit Exsikkose ist im Alltag sehr selten. Weder führen *isoliertes Erbrechen*, noch *isolierter Durchfall* ohne zusätzliches Fieber zu schweren Verläufen. Man kann, nach Abfrage der genannten Risikofaktoren also in fast jedem Fall zum Abwarten und Beobachten raten. Auch Diäten stellen bei isoliertem Durchfall oder isoliertem Erbrechen eine Übertherapie dar. Elektrolytlösungen sind in diesen Fällen überflüssig. Die gewohnte Kost kann weiter angeboten werden. Ggf. kann eine Mahlzeit ausfallen und/oder durch Tee oder warmes Wasser ersetzt werden. Ein Kind mit Erbrechen hat ja zunächst einmal ohnehin keinen Appetit.

Anders muss man sich verhalten, wenn das Bild einer beginnenden Exsikkose vorliegt, also Durchfall plus Erbrechen und ggf. zusätzlichem Fieber. Hier sind engmaschige Kontrollen nötig und ggf. die Gabe von Heilnahrungen, Elektrolytlösungen, Karottensuppen, etc. Obwohl Durchfall und Erbrechen sehr häufig vorkommen, mussten wir nur in wenigen Fällen ernsthaft zu Diäten, Infusionen oder anderen therapeutischen Maßnahmen greifen oder gar einweisen. Aber es kommt vor, ca. 2 mal im Jahr.

Enuresis nocturna und andere Formen des Einnässens

Kleinkinder sind in der Regel mit 2 – 3 Jahren trocken. Von einer behandlungsbedürftigen Enuresis aber sprechen wir erst, wenn der 5. Geburtstag überschritten ist. Zwischen dem 4. und dem 6. Lebensjahr werden jedes Jahr weitere 90% der verbleibenden Einnässer spontan noch trocken.

Wer sich auf die Therapie der Enuresis einlassen will, sei auf die Fachliteratur verwiesen.

Zu beachten aber ist, dass es neben den nächtlichen Einnässern auch solche gibt, die auch tagsüber nicht trocken werden. Hier unterscheiden wir zwischen denen, die eine hyperaktive Blase haben, also bei relativ leerer Blase häufig auf die Toilette müssen und solchen, die die Miktion aufschieben, weil das Leben so spannend ist und man nur ja nichts versäumen möchte.

Die Diagnose der Enuresis erfolgt erst einmal anamnestisch. Zusätzlich zur Routineuntersuchung sollte das Genitale angesehen werden (Entzündung?) und vor und nach der Miktion eine Ultraschalluntersuchung der Blase erfolgen. Beurteilt werden ein möglicher Restharn und die Struktur der Blasenwand (Muskulatur hypertroph? Hinweis auf Infektion? Reflux?)

Epilepsie, eine systematische Herangehensweise

Die Frage, ob ein Anfallsleiden vorliegt oder nicht, bekommen wir fast jede Woche einmal gestellt. Die Beschäftigung damit ist also wichtig und Sache des Kinderarztes. Wenn eine Epilepsie sicher oder wahrscheinlich vorliegt,

wird man in der Regel an ein SPZ, eine Kinderklinik oder einen niedergelassenen Neuropädiater überweisen. Hier ein paar Hinweise zur klinischen Diagnostik.

Zerebrale Krampfanfälle müssen abgegrenzt werden von psychogenen Anfällen, Ticstörungen, Migräne und Selbststimulation (siehe dort).

Typisch für epileptisch ausgelöste Bewegungen sind ihr **systemübergreifender Charakter**. Sie treten in jeder Lebenssituation, nicht nur im Sitzen oder Liegen, nicht nur in der Schule oder nur zu Hause, nicht nur bei bestimmten Tätigkeiten und nicht nur in beobachteten Situationen auf. Von dieser Regel gibt es zwei Ausnahmen: die Reflexepilepsie: Auslösung eines Anfalls durch Knall, Krach, Schmerz. Solche Kinder sind meist zusätzlich schwer neurologisch krank. Und es gibt die fotosensible Epilepsie, die durch Flimmerlicht ausgelöst wird. Beide Formen sind sehr selten.

Selbst epilepsietypische Graphoelemente im EEG sind kein Beweis für das Bestehen einer Epilepsie. Auffällige EEGs sind bei ca. 5% aller Menschen zu sehen und nur 5% dieser Menschen haben schließlich eine Epilepsie.

Hinweise, die den diagnostischen Blick auf eine zerebrale Krankheit lenken sind: ein gestörter Schwangerschafts- oder Geburtsverlauf und Frühgeburtlichkeit in der Anamnese. Neurologische Besonderheiten, z. B. cerebrale Krankheiten (Meningitis, Enzephalitis, Insult) und Unfälle in der Vorgeschichte. Eine manifeste Behinderung, eine Entwicklungsstörung sowie Lähmungserscheinungen weisen auf ein cerebrales Geschehen hin. Ferner gehören Phakomatosen, z. B. Morbus Pringel und

Sturge-Weber-Syndrom in diese Sammlung. Oft aber ist die Anamnese nicht wegführend.

Psychogene Anfälle: Es ist unmöglich zu beschreiben, welche bunte Formen psychogene Anfälle annehmen können. Diagnose oder Ausschluss sind meist stationären Beobachtungen vorbehalten. Und selbst dort gelingt die Diagnose manchmal nicht.

Zur Primärdiagnostik im Vorfeld der speziellen Therapie also gehören: die Anamnese, eine ausführliche Anfallsbeschreibung, eine klinische und neurologische Untersuchung, die Untersuchung der Haut und eine Beurteilung der familiären und psychischen Situation der Patienten.

Ernährungsfragen

In der Praxis werden fast täglich Fragen zur Ernährung gestellt, aber keine so häufig wie die nach dem Zeitpunkt und der Art der Beikost.

Wir empfehlen als Anfangsnahrung für junge Säuglinge Muttermilch. Künstliche Nahrungsmittel wie Pulvermilch und Spezialnahrungen sind für Sonderfälle reserviert. Neben vielen Vorteilen hat die Muttermilch den Vorzug, äußerst schlackenarm zu sein. Deshalb sind Muttermilchstühle im Gegensatz zu denen bei künstlich ernährten Kindern in der Regel weich bis flüssig und enthalten außer Resten von Darmepithel nur Wasser und wenig Überreste aus der Milch. Muttermilchstühle kommen zudem sehr unregelmäßig. Als Daumenregel gilt: 10 mal am Tag und einmal in 10 Tagen kann normal sein. Und das bei ein und demselben Kind. Wir haben aber auch schon 14 Tage zugewartet, wenn das Kind nicht gelitten hat.

Die reine Brustfütterung dauert in der Regel 4 bis 6 Monate. Bei künstlicher Ernährung ein paar Wochen weniger, wir gehen wir in der Regel von 3-5 Monaten aus. Danach folgt die „Beikostzeit“. Sie dauert bis zum ersten Geburtstag. Die folgenden Empfehlungen sind keine Dogmen. Sie markieren lediglich einen Rahmen, von dem im Einzelfall oft und zu Recht abgewichen wird.

5. bis 6. Monat: Die erste Beikostmahlzeit ist in der Regel die Mittagsmahlzeit. Es wird ein Brei gereicht: zunächst gekochte pürierte Karotten mit etwas Butter, ab dem 2. Beikostmonat gemischt mit Kartoffeln im Verhältnis 1 zu 1. Wenn das Kind zunächst keine volle Mahlzeit nimmt, was die Regel ist, wird nachgestillt, rsp. ein Fläschchen nachgefüttert. Es kann bei sehr hungrigen Kindern auch sinnvoll sein, die Reihenfolge umzudrehen, zunächst die Milch zu geben und anschließend die ersten Löffelchen anzubieten. Täglich nimmt das Baby etwas mehr von dem Brei und weniger von der Milch, bis es schließlich, nach 1-2 Monaten, die ganze angebotene Gemüsemahlzeit verzehren kann. Also keine Eile, die Eltern haben 2 Monate Zeit. Ab Monat 6 bis 7 wird die 1. Breimahlzeit in der Regel mit Fleisch in bekömmlicher Form angereichert. Gerne werden kleine Würstchen oder Hackbällchen genommen, oder es wird der Gemüsemahlzeit Fleisch in breiiger Form beigemischt.

6. bis 8. Monat: Jetzt bekommt der normale, gesunde Säugling die zweite Beikostmahlzeit. Das Baby hat schon Übung im Löffeln, also wird es mit dem Kostaufbau schneller gehen. Der Klassiker ist Griesbrei oder andere Getreidesorten abends. Er sollte mit gekochtem Obst vermischt werden. Ob ein bisschen Zucker dazu gegeben wird, ist Geschmackssache. Bis zum nächsten Schritt des Nahrungsaufbaus haben die Eltern einen Monat Zeit.

7. bis 9. Monat: Jetzt beginnt man mit der Nachmittagsmahlzeit. Sie besteht aus einem Fruchtmus. Der Klassiker hier ist eine kleine zerdrückte Banane. Manche Mütter mixen von Beginn an einen angefeuchteten Keks darunter. Alternativen zur Banane gibt es reichlich: gekochte Äpfel oder Birnen, Kiwi, Maracuja, etc. Viele Mütter mischen Cerealien, z. B. Schmelzflocken darunter. Auch Joghurt kann man schon verwenden. Für den Aufbau der 3. Beikostmahlzeit haben die Eltern wiederum einen ganzen Monat Zeit. Erst dann erfolgt der nächste Schritt.

8. bis 10. Monat: Jetzt wird die letzte, die morgendliche Milchmahlzeit (gestillt oder künstlich) durch Kuhmilch ersetzt. Sie wird etwas warm gemacht und in den ersten Tagen mit einem Schuss warmem Wasser versetzt. In diesem Alter sitzen die meisten Kinder schon im Hochstuhl und können mit den neu erworbenen Milchzähnen (Daumenregel: ab dem 6. Lebensmonat kommt jeden Monat ein neuer Zahn) ein trockenes Brötchen genießen und andere leckere Sachen. Verboten sind Nüsse, besonders Erdnüsse, denn sie landen häufig als Aspirat in den Atemwegen. Meiden sollte man auch krümelige Brote und Kuchen.

Die Beikostzeit endet mit dem 1. Geburtstag (Zahnalter 6-8 Schneidezähne).

Nach dem ersten Geburtstag beginnt die Kleinkindkost. Sie besteht aus allem, was wir auch als Erwachsene essen, nur klein gemacht, nicht zu arg gewürzt und schön weich.

Für all die genannten Nahrungskomponenten gibt es fertige Gläschen. Sie sind genauso gesund wie selbst zubereitete Breie, nur deutlich teurer. Vorteile vor selbst verarbeiteten Nahrungsmitteln haben sie nicht.

Hinsichtlich Spezialnahrungen und der Indikationen hierfür verweise ich auf die einschlägige Fachliteratur.

Flecken auf der Haut

Es gibt zahlreiche angeborene und erworbene Flecken, über deren Prognose und Bedeutung man täglich ausgefragt wird.

Am häufigsten sind die sogenannten Storchenbisse (naevus flammeus). Der Fleck ist angeboren. Meist hat ihn auch ein Elternteil oder beide. Er bleibt lebenslang, wird aber blasser, je dicker die Haut wird. **Naevi flammei** außerhalb der Mittellinie verschwinden meist, solche in der Mittellinie persistieren. Fast alle aber sind harmlos. Große Gesichtsnaevi im Ausbreitungsbereich des n. Trigemini haben eine klinische Bedeutung. Hier könnte ein Sturge – Weber – Syndrom vorliegen.

Große sichtbare und entstellende Naevi flammei, auch solche im Gesicht, reagieren auf Laser-Therapie.

Cavernöse Hämangiome entstehen in den ersten Lebenswochen und verschwinden in den nächsten Monaten wieder. Es verschwinden auch solche, die groß und ungünstig gelegen sind, z. B. im Gesicht oder rund um den Darmausgang. Diese Hämangiome kann man mit Betablockern und/oder Laser behandeln. Die meisten großen Kinderkliniken haben Spezialisten für diese Therapie. Die ältesten Hämangiome habe ich bei Kleinkindern im Alter von 2 1/2 Jahren gesehen. Wenn größere Hämangiome sich verabschiedet haben, hinterlassen sie manchmal deutlich sichtbare Hautvenen. Auch diese können gelasert werden. Die Entscheidung zu **kosmetischen Operationen** aber sollte man dem Kind/Jugendlichen selbst überlassen und auf den Zeitraum verschieben,

an dem sie/er volljährig ist. So berate ich bei grundsätzlich allen kosmetischen Eingriffen. Häufig fragen Eltern nach dem Anlegen von Ohren u. a. Grundsätzlich jede Operation kann Komplikationen verursachen, Eltern sollten sich diese Verantwortung nicht zumuten.

Pigmentnaevi sind meist angeboren. Kleinere werden als Leberflecken (nicht als Muttermale) bezeichnet und belassen. Größere Areale werden in spezialisierten Zentren behandelt.

Spidernaevi können am gesamten Körper auftreten, meist aber auf den Wangen. Sie sind nicht, wie oft bei Erwachsenen, Begleiterscheinung einer Lebererkrankung, sondern harmlos. Wer will, kann sie mit gutem Erfolg lasern lassen.

Gelenkerkrankungen

Merke: Wenn ein Kleinkind in die Praxis kommt, das Fieber hat und humpelt, dann hat es bis zum Beweis des Gegenteils eine Osteomyelitis/eitrige Arthritis und gehört per Notfalltransport in die Klinik.

Die *häufigste* Gelenkerkrankung im Kleinkindalter ohne Fieber ist die **Coxitis fugax**, vulgo Hüftschnupfen. Diagnostik: Gelenkstatus, ggf. Tastbefund in der Leiste (Erguss im Hüftgelenk), Sonografie.

Cave: eine Coxitis fugax jenseits der Kleinkindperiode ist sehr selten. Beim Schulkind also eher an eine eitrige Coxitis denken, rsp. eine solche sicher ausschließen: BKS, CRP, Sono (Echoreflexe im Erguss), MRT (Knochenkaries).

*Selten aber auch wichtig: **Morbus Perthes**: Man stellt dir ein älteres Kleinkind vor, mit Schmerzen in einem Bein, oft auf das Knie projiziert. Der*

pathologische Befund steckt aber im Hüftkopf, deshalb führt die Konzentration auf das Knie hier in die Irre. Es besteht kein Fieber. Ein Perthes kommt in der Praxis ca. einmal in 5 Jahren vor.

Diagnostik: Gelenkstatus, Sonografie, Nativröntgen, evtl. MRT. In der Regel wird man einen solchen Patienten zunächst einmal einweisen, rsp. rasch zu einem engagierten Kinderorthopäden überweisen.

Auch selten und wichtig: **Epiphysiolysis capitis femoris:** Vorkommen meist in Schulalter und Pubertät, meist bei übergewichtigen Kindern. Der Befund besteht in einer deutlichen Bewegungseinschränkung im Hüftgelenk. Der Verdachtsbefund wird durch ein einfaches Röntgenbild gesichert.

Rheumatische Erkrankungen: Betroffen sind oft mehrere Gelenke, oft weibliche Kleinkinder. Die Borreliose betrifft meist nur ein Gelenk. Neben einem sorgfältigen Gelenkstatus (alle großen *und* kleinen Gelenke) dienen Laboruntersuchungen der Absicherung der Diagnose. BKS, CRP, Rheumafaktoren, AST, ANA, gr. BB, Leber- und Nierenwerte, Titeruntersuchungen auf diverse Infektionen (mindestens Borrelien, EBV, Yersinien, Salmonellen, Campylobakter). Mittelfristig werden diese Patienten in Rheumazentren betreut. Beginnen aber kann man in der Praxis selbst schon mit nichtsteroidalen Antirheumatica. Z.B. 3 mal täglich Ibuprofen 10 -12 mg/kg, ferner mit physikalischer (Wärme, Kälte) und Mobilisationstherapie durch erfahrene Physiotherapeuten. Borreliosen können in der Praxis betreut werden, auch wenn sie eine i.v. Antibiose benötigen).

Haltungsschäden

Eltern stellen oft Kinder vor, die sich angeblich „schlecht“ halten. Meist verstehen sie darunter eine Hyperlordose im Bereich der LWS plus eine ausgeprägte Kyphose der BWS nebst Überstreckung der HWS. Solche angeblichen Störungen sind meist familiär bedingt. Vater oder Mutter, oder beide sind oft ebenfalls betroffen. Ob wirklich eine behandlungsbedürftige Krankheit oder Störung vorliegt, ist fraglich. Immer aber, wenn Schmerzen hinzukommen, sollte eine Therapie angeboten werden. Auch Begleitsymptome wie ein ständig offener Mund, ein spitzer, hoher Gaumen und Kiefergelenkstörungen können Anlass zur Behandlung dieser sogenannten „habituellen Haltungsstörung“ sein. Aufforderungen an das Kind, sich gerade zu halten, sind unwirksam. Sinnvoll ist eine Intensivierung jedweder sportlicher Tätigkeit. Ein ständig offener Mund solle mit mundmotorischen Übungen (Heilpädagogik) und physiotherapeutisch mit einem Tonisierungsstraining z. B. nach Vojta behandelt werden.

Die **Scheuermannsche Erkrankung** haben wir eigentlich nie gesehen. In den 50ern und 60ern des vorigen Jahrhunderts soll sie häufig vorgekommen sein.

Skoliose: Seitliche Verbiegungen der Wirbelsäule kommen häufig vor. Betroffen sind oft Mädchen in der Frühpubertät. Diagnose: in Vorbeuge (Rücken, einschließlich HWS aus dem Stand heraus gebeugt) tangential von hinten über die Schultern blicken: Ein Rippenbuckel, der sich nicht ausgleichen lässt, ist beweisend. Die Zustandsdiagnostik erfolgt durch Kinderorthopäden. Die Therapie umfasst eine spezifische Physiotherapie (nach Schroth) und bei höhergradigen Verkrümmungen eine orthetische

Versorgung meist mit einem Chêneau - Korsett. In extremen Fällen kann eine Operation erforderlich werden. Bei der Wirbelsäulen-Therapie von behinderten Kindern gibt es keine klare Evidenz, weder für die Korsett-Behandlung noch für die Operation.

Morbus Bechterew, ist in der Kinderpraxis sehr selten, ich sah dies Krankheitsbild ca. einmal in 10 Jahren. Daran denken aber sollte man bei Kindern und Jugendlichen mit Rückenbeschwerden. Diagnostik siehe Fachliteratur.

Hautpflege bei Säuglingen

Eine gesunde Säuglingshaut bedarf keiner besonderen Pflege. Seit der Einführung der Einmalwindeln erübrigt sich auch das Eincremen des Windelbereiches, weil die Feuchtigkeit durch den Nässeschutz in den Papierwindeln rasch abgeführt wird. Nässeschutz entsteht durch hydrophile Gelkügelchen, die in das Windelpolster eingearbeitet sind. Also ist Puder ebenfalls nicht mehr nötig. Auch das tägliche Bad ist überflüssig, es sei denn das Kind ist stark verunreinigt.

Der Windelbereich wird mit lauwarmem Wasser und einem sauberen Waschlappen gereinigt. Wenn der Windelbereich stark verschmutzt ist, kann eine milde Babyseife hilfreich sein. Bei Rötungen im Windelbereich sollte man es zunächst bei gründlicher Reinigung und häufigerem Windelwechsel belassen. Sollte eine Windeldermatitis (flächige Rötung über mehrere Tage) vorliegen, verschwindet sie mit Hilfe einer milden Seife und einer sparsam gecremten Zinkpaste in der Regel rasch und ohne den Gebrauch antimykotischer Substanzen. Liegt der Verdacht auf Soor vor, sollte man zunächst genau so verfahren, wie oben (siehe Soor)

beschrieben. Der Pilz wird ja aus dem Darm heraus immer wieder rezidivieren. Ist der Befund aber hartnäckig, kann eine antimykotische Therapie sowohl oral und ggf. auch lokal helfen bei gleichzeitig peinlich genauer Hygiene.

Hinken

ist ein vieldeutiges Symptom und sollte als solches immer ernst genommen werden. Zur Diagnostik siehe → [Gelenkerkrankungen](#).

Sollte bei der Untersuchung des Gelenkstatus (vor allem Hüften, Knie, Sprunggelenk) beim Kleinkind keinerlei Bewegungseinschränkung erkennbar sein, kann abgewartet werden. Wir nennen dieses Symptom „akzidentelles Hinken im Kleinkindalter“ und fragen uns, ob das Kind jemanden aus seiner nahen Umgebung imitiert. Oft aber kann man den Entstehungsmechanismus in solchen Fällen anamnestisch nicht klären. Trotzdem erübrigt sich eine weitergehende Diagnostik. Behalte den ungeklärten Fall aber stets im Auge. Hinken in Verbindung mit Fieber muss immer und sofort auch technisch abgeklärt werden → [Gelenkerkrankungen](#). Behalte auch das Thema → [Kindsmisshandlung](#) im Auge.

Husten

Husten ist meist Begleiterscheinung eines banalen Infektes. Also Rhinitis, leicht geröteter Rachen, erhöhte Temperatur. Allerdings kann man beim Abhören manchmal Überraschungen erleben, z. B. Knisterrasseln, ein seitendifferentes Atemgeräusch, Giemen und Brummen, ein Herzgeräusch. Auch der Bauch sollte immer abgetastet werden und sei der Anlass noch so banal. Im Rahmen des Hustens könnte ein Leistenbruch

austreten. Eine Leber, resp. Milzvergrößerung lassen auf ein tieferliegendes Problem schließen, zufällig entdeckte Resistenzen im Bauch auf Krankheiten, die mit dem Vorstellungsgrund eigentlich gar nichts zu tun haben. Ein Wilmstumor, z. B. wird häufig nur per Zufall entdeckt. Husten in Kombination mit Fieber kann auf eine Pneumonie hinweisen.

Lang dauernder Husten lässt an Pertussis, Asthma bronchiale und Sinusitis denken.

Typisch für Pertussis: quälender Husten, negativer Auskultationsbefund, Leukozytose 20 – 100 000 pro Microliter und Lymphozytose 60 – 85%.

Typisch für Asthma: Langer Verlauf, eingeschränkte Lungenfunktion, typischer Auskultationsbefund. Typisch für Sinusitis: Kopfschmerzen, insbesondere bei tiefer Rumpfbeuge, Klopfschmerz über den sinus maxillares und frontales, Patient meist jenseits des Kleinkindalters.

Auch seltene Ursachen für lang anhaltenden Husten darf man nicht vergessen: z.B. Mucoviszidose, immobile Cilien, Tuberkulose.

Hyperventilation

Die Hyperventilationstetanie beobachten wir besonders im späteren Schulalter. In der Praxis wird ein Kind/Jugendlicher vorgestellt, das/die/der sich irgendwie unwohl fühlt. Es kommen Kopfschmerzen hinzu und nicht selten ein Kribbeln in den Fingern, Blässe und eine beschleunigte Atmung. Im Lehrbuch finden sich für diesen Fall heroische Therapien, z. B. Rückatmen in eine Plastiktüte. Abgesehen davon, dass dieses Manöver die Aufregung des Kindes verstärkt, ist es fast immer ausreichend, die Mechanismen der Hyperventilation in einfachen Worten

zu erklären, Kind und Eltern zu beruhigen und eine ruhigere Atmung zu empfehlen. Nach ein paar Minuten geht es dem Patienten deutlich besser.
Cave: Ähnliche Symptome finden sich auch bei der diabetischen Azidose.

Impffragen

Über Impffragen ist man sich selbst in Fachkreisen oft nicht einig. Die Debatten darüber finden oft in aufgeregter, teils aggressiv emotionalisierter Atmosphäre statt. Kein Wunder, spielt doch das Impfen in den Kinderpraxen eine sehr große Rolle und hat für die Kindergesundheit eine überragende Bedeutung.

Cave: Keine Lebendimpfung bei Kindern mit erwiesener Immunschwäche und nach Organtransplantation.

Impfungen sind in Deutschland keine Pflicht, auch Impfgegner haben ein Recht auf einen Kinderarzt. Und: Es gibt richtig wichtige, weniger wichtige und auch Impfungen, die man gut und gerne unterlassen kann. Jedes Elternpaar sollte sich nach Beratung selbst entscheiden können. Wir Kinderärzte plädieren für die Richtlinien der STIKO. Bei Einführung neuer Impfungen war ich persönlich immer sehr zurückhaltend. So bei Pertussis, Hepatitis, Röteln bei Jungen und bei Varizellen. Nach ein paar Monaten oder Jahren aber haben sich diese Impfungen in der Regel durchgesetzt, so dass sie geradezu eingefordert wurden. Und im Kindergarten wird man ohne eine vollständige STIKO – Impfung zur Zeit sowieso nicht mehr aufgenommen. Nur ganz harte Impfgegner sollten – dokumentiert – ausschließlich beraten werden. Meist lassen sich aber auch solche Eltern für ein Minimalprogramm gewinnen, z. B. DT - Polio.

Insektenstiche

Es kommen häufig vor:

- Mückenstiche
- Kriebelmücken
- Wespen – und Bienenstiche
- Bremsenbisse
- Flohbisse
- Zeckenbisse
- Scabies
- Kopfläuse
- Thrombidien
- Sandflöhe, Filzläuse und anderes Getier sind eher selten.

Folgende Unterscheidungsmerkmale helfen bei der raschen Orientierung:

- Pickel nur unter der Kleidung sind meist Flohbisse, aber auch Zeckenstiche und Krätze finden sich vor allem auf der warmen, abgedeckten Haut.
- Pickel nur außerhalb der Kleidung sind meist Stiche von Mücken, Kriebelmücken, Bremsen, Wespen und Bienen.
- Pickel sowohl unter als auch außerhalb der Kleidung sind meist Infektionen oder Allergien. Mit dieser „Pickelregel“ ist die Frage nach der Genese von Effloreszenzen meist rasch geklärt.

Alle harmlosen Stiche oder Bisse verlaufen ähnlich: In den ersten zwei bis drei Tagen nimmt die Schwellung und der Juckreiz zu, dann stagniert der Verlauf und die Schwellung nimmt in den nächsten Tagen wieder ab.

Wir empfehlen zur Erstbehandlung von Mücken- und Kriebelmückenstichen, von Bienen-, Bremsen- und Wespenstichen das Betupfen oder Verbinden mit essigsaurer Tonerde - Lösung. Andere empfehlen Alkohol, Zitronensaft, Zwiebelsaft und Hitzebehandlung. Bei schwereren Verläufen sind Salbenverbände indiziert, je nach Verlauf mit einem Antihistaminikum oder mit Kortison.

Den Stachel von **Bienen** kann man mit Hilfe einer Pinzette einfach entfernen.

Zeckenbisse findet man meist an warmen Hautstellen, wo unter dünner Haut viel Blut fließt. Zecken folgen ihrem Geruchssinn und krabbeln an warme, gern auch ein bisschen müffelige Hautstellen. Wenn die Zecke noch in der Haut steckt, soll man sie heutzutage nicht mehr mit Uhu oder Öl ersticken, weil sie bei dieser Behandlung ihre Keime in die Bissstelle ausspeien. Wir nehmen eine Art kleinen Nagelzieher (Kuhfuß), z. B. von der Firma otom (otom.com). Wenn kleine Teile vom Beißwerkzeug der Zecke in der Bisswunde verbleiben, verhalten sie sich allermeist wie ein kleiner Splitter. Sie werden in den nächsten Wochen und Monaten von der Haut (unter Bildung eines kleinen Pickelchens) nach außen befördert. Die gefürchtete Abszessbildung ereignet sich fast nie.

Direkt nach dem Zeckenbiss bildet sich ein roter Fleck und dann eine Papel um die Bissstelle. Sie ist harmlos und verhält sich in der Regel wie ein Mückenstich (3 Tage schwillt er, 3 Tage verschwindet er). Bildet sich aber einige Tage bis 3 Wochen **nach** dem Biss eine flache Rötung in diesem Bereich (oder auch an anderer Stelle) wird antibiotisch behandelt (Amoxicillin, nach dem 8. Geburtstag Doxycyclin). Es handelt sich um die Primärform der Borreliose, die sogenannte Wanderröte oder Erythema

migrans. Über die FSME und andere durch Zecken übertragene Krankheiten siehe Spezialliteratur.

Sehr typisch für **Floh**bisse ist, dass sie meist Gruppen von 2, 3 oder mehr Papeln bilden, weil die Tierchen mehrfach hintereinander beißen und dabei über die Haut krabbeln. Außerdem finden sie sich fast ausschließlich unter der wärmenden Kleidung. Therapeutisch kann man sich zurückhalten. Wenn Haustiere im Nahfeld vorhanden sind, sollten sie entfloht werden. Hilfreich kann in Haushalten, in denen sich keine Haustiere aufhalten sein, den Hund oder die Katze des Nachbarn ein paar Stunden in der Wohnung herumlaufen zu lassen. Unser Tierarzt nannte diese Methode „Flohstaubsauger“. Nach Elimination der Infektionsquellen verschwinden auch die Flöhe von selbst.

Die Krätzmilben **Scabies (Krätze)** soll man an kleinen haarfeinen Gängen erkennen, an deren Ende man schwarze Pünktchen sieht. Wir fanden dieses Phänomen eher selten. Häufig aber sieht man ein Hautbild mit einem Gemisch aus Papeln, Kratzspuren und superinfizierten Stellen.

Man behandelt meist mit einer Permethrin-, resp. Pyrethrin-haltigen Lösung, die breitflächig über der Haut verteilt wird und dort mindestens 8 Stunden einwirken soll (z.B. Infektoscab 5%). Außerdem 14 Tage lang peinlichste Hygiene: täglich Kleidung wechseln. Wäsche, Kuscheltiere und Decken, die nicht bei 60° oder mehr gewaschen werden können, gehören in einen dichten Plastiksack, wo sie mindestens 3 Tage gut verschlossen verweilen. Die Milben können bei Luftabschluss nicht überleben. Ganze Klassen oder Kindergartengruppen bei Milbenbefall zu schließen ist nicht zielführend. Die Erzieher sollten bei den Eltern allerdings die Erlaubnis einholen, dass sie die Gruppe bei Milben- (und auch bei Läuse-) befall

darauf hin untersuchen dürfen. Wo diese Erlaubnis nicht erteilt wird, müssen die Kinder bis zur Sanierung des ganzen elterlichen Haushaltes zu Hause bleiben.

Kopfläuse machen - wie Krätze - oft erheblichen Ärger in Gemeinschaftseinrichtungen. Die Behandlung ist einfach, wenn nicht von der Familie, Freunden oder anderen Gruppen eine ständige Reinfektion ausgeht. Also sollte bei Lausbefall die ganze Familie, und zwar gleichzeitig behandelt werden. Schulklassen und Kindergruppen sollten ebenfalls untersucht werden, wenn eine einmalige Therapie nicht zur Sanierung führt. Lehrer und Erzieher sollten die Therapie überwachen und bei Bedarf zu einem Arztbesuch raten.

Therapie auch hier: Permetrin, resp. Pyrethrin (Goldgeist forte, Infectopedicul).

Trombidien (Gartenmilben) kommen im Sommer häufig vor. Weil sie in Wiesen nisten und überwintern, beißen sie am liebsten im Bereich der Unterschenkel und Fesseln. Man findet ihre Stiche aber auch weiter kranial und an der Kopfhaut. Sie verschwinden, wenn die Patienten sich von Gärten und Wiesen mit Trombidienbefall fernhalten.

Interkostalneuralgie

Ältere Jungen kommen manchmal mit regionalen parasternalen Brustschmerzen in die Praxis. Bei der genauen Untersuchung finden sich die Schmerzen ventral, am sternalen Ansatz einer der oberen Rippen (z. B. 4 bis 6). Noch vor nicht langer Zeit haben wir diese Beschwerden als Interkostalneuralgie aufgefasst und mit Ibuprofen eine Woche lang behandelt. Nicht selten erfolgreich.

Fast immer aber war die Diagnose Interkostalneuralgie korrekturbedürftig. Wer solche Patienten nämlich zusätzlich von dorsal untersucht, findet dort einen Schmerzpunkt im Bereich des Costo-Transversalgelenks 3, 4, 5 oder 6. Das Kind empfindet den Schmerz also zunächst ventral, sein Ausgangspunkt aber befindet sich dorsal. „pain is a liar“, Schmerz ist ein Lügner, schlussfolgert der Manualmediziner: vorn am Sternum sitzt der Schmerz, hinten am Querfortsatz aber befindet sich die Ursache.

Die Behandlung erfolgt manualmedizinisch und ist nicht schwierig. Beim ansonsten osteologisch gesunden Kind wird das betreffende Costo-Transversalgelenk unter Fixierung des kontralateralen Querfortsatzes mit einem kurzen Ruck auseinandergezogen. Der Patient ist sofort schmerzfrei. Die betreffende Impuls-Manipulation ist leicht erlernbar.

Konjunktivitis

Es gibt mehrere häufige Formen von Konjunktivitis, eine allergische, eine seröse und eine purulente. Konjunktivitis im Rahmen von Begleiterkrankungen kommt ebenfalls vor, ist aber selten. So sieht man gelegentlich z.B. die Konjunktivitis bei rheumatischen Erkrankungen, wie dem Kawasaki-Syndrom. Sie zeigt sich typischerweise mit deutlich erweiterten Konjunktivalgefäßen auf blassem Untergrund. Sie trotzt jeglicher lokalen Behandlung. Außerdem sind Kinder mit Kawasaki – Syndrom meist insgesamt sehr krank.

Die Konjunktivitis epidemica kann sehr schmerzhaft sein. Bei den einfachen Bindehautentzündungen ist dies kaum je der Fall.

Speziell bei Säuglingen ist die Konjunktivitis oft mit verstopften Tränenwegen verbunden.

Die seröse und die purulente Konjunktivitis können zunächst rein physikalisch behandelt werden: 0,9%ige Kochsalzlösung von der Apotheke in ein Fläschchen für Nasentropfen füllen lassen. Diese Tropfen mehrfach (3-6 mal) täglich in den inneren Augenwinkel laufen lassen, die Augen mit einem sauberen Tuch abwischen, noch einmal tropfen und mit dem sauberen Zeigefinger die Tropfen in den inneren Augenwinkel massieren. Dies Manöver spült die Tränen-Nasengänge, weitet sie und führt zum verbesserten Sekretabfluss. Die Therapie funktioniert auch bei der Konjunktivitis epidemica, die ganze Kindergarten-gruppen oder Schulklassen außer Gefecht setzen kann. Innerhalb von ein bis 2 Tagen tritt eine wesentliche Besserung ein. Eine Konjunktivitis, die diesem Regime standhält, sollte intensiver behandelt werden, am besten mit einem Kombipräparat, welches ein Antibiotikum und ein Kortikoid enthält.

Labiosynechie

Wir verstehen darunter die Verklebung der Labia minora. Meist findet sich im ventral/kranialen Bereich der Labien ein kleines Loch zum meist schmerzfreien Wasserlassen.

Die Labiosynechie ist, wenn keine Beschwerden bestehen, kein Grund zur Intervention. Spätestens unter dem hormonellen Einfluss der Pubertät löst sie sich. Wenn aber Beschwerden auftreten wie rezidivierende Vulvitis oder Harnwegsinfekt sollte man intervenieren. Schneiden ist nicht erforderlich, täglich zweimal Creme auftragen (Progesteron Creme, frei verkäuflich) ist ausreichend. Sie wird streng lokal mit Hilfe eines

Watteträgers auf die kleinen Labien aufgebracht ist innerhalb weniger Tage wirksam. Längstens nach zwei Wochen Therapie öffnen sich die Labien ohne weitere Maßnahmen. Anschließend erfolgt ggf. eine Sicherungstherapie mit Bepanthen Salbe.

Lagerung des Säuglings

Wie wir alle wissen, sollten Babys in den ersten 9 Monaten ihres Lebens auf dem Rücken schlafen. Die Inzidenz des plötzlichen Kindstodes hat nach Einführung der Rückenlage für junge Säuglinge (in den 1990er Jahren) um 90% abgenommen. Vorher lag die Inzidenz bei 1 auf 1000 Lebendgeborene, heute in Westeuropa bei 1 auf 10 000 junge Säuglinge. Ab dem 4. Quartal ihres ersten Jahres dürfen Babys gefahrlos in Bauchlage schlafen. Während die Eltern wach sind, können sie ihr Kind aber schon eher in Bauchlage liegen und auch so schlafen lassen. Denn Eltern beobachten ihr Kind und reagieren auf eine kritische Situation sofort. Niemand braucht dafür eine spezielle Reanimationskenntnis. Einfaches Hochnehmen reicht, um dem Kind wieder Luft zu verschaffen.

Die Bauchlage in Wachphasen ist ultimativ wichtig für die Entwicklung der Grobmotorik, in erster Linie einer altersgerechten Aufrichtung. Merke dir folgende Meilensteine:

Mit 3 Monaten sollen Säuglinge in der Lage sein, ihre Ellenbogen aufzustützen, dabei sollten die Brustwarzen leicht angehoben sein. **Mit 6 Monaten** sollte das Baby schon auf die Hände stützen können und dabei den Bauch leicht anheben. **Mit 9 Monaten** folgt der Vierfüßlerstand und **mit 12 Monaten** der Stand.

Das alles geht am leichtesten aus der Bauchlage heraus. Entwicklung ist sehr individuell, die Zeitspannen können länger und kürzer sein, nicht aber massiv verlängert. Also: Der wache Säugling gehört auf dem Bauch gelagert, während ca. 2/3 seiner Wachphase. Auch im Kinderwagen kann man den Säugling auf dem Bauch lagern. Wenn das Baby sich zu rollen und zu krabbeln beginnt, ist eine Lagerung in der Regel nicht mehr sinnvoll. Säuglinge können dann aus eigener Kraft die für sie in der jeweiligen Situation angenehmste Position einnehmen. Lagerungskissen zum Schlafen (z. B. Babydorm) sind manchmal sinnvoll, um leichte lagerungsbedingte Verformungen des Schädels zu beheben. Sie sollten nur verwendet werden, wenn das Baby sie widerspruchslos annimmt. Lagerungshilfen sollten nur so lange benutzt werden, wie das Kind sich selbst nicht umdrehen kann. Ihr Effekt beruht auf einer Kuhle im Kissen, die den Hinterkopf in Rücklage entlastet und so die lagerungsbedingte Verformung des Kopfes korrigieren hilft. Wirksam vor allem aber: osteopathische und manuelle Kindertherapie sowie Physiotherapie nach Vojta.

Migräne und Spannungskopfschmerzen:

Die zwei häufigsten Kopfschmerzformen sind Spannungskopfschmerzen und Migräne. Während Spannungskopfschmerzen meist häufig, oft fast täglich auftreten, kommen Migräneanfälle in der Regel im Abstand von Wochen bis Monaten vor. Während Spannungskopfschmerzen monosymptomatisch und nicht allzu heftig ausgeprägt sind, treten bei Migräne die Schmerzen fast immer in Verbindung mit Begleiterscheinungen auf und sind in der Regel heftig. Während

Spannungskopfschmerzen bei Spiel und Sport besser werden oder verschwinden, verstärken sich die Migränebeschwerden bei Belastung.

Bekanntlich kann die Migräne bei Kindern anfallsartig kurz und heftig und oft nur als Schwindelgefühl verlaufen (paroxysmale Vertigo des Kleinkindes), es gibt aber auch Übelkeit und Erbrechen, Auren vor Beginn der Kopfschmerzen sowie flüchtige Paresen und Visusstörungen. Bei der Diagnostik der komplexen Migräne sollte das EEG also nicht fehlen. Differentialdiagnose und Therapie siehe Lehrbuch. Bei beiden Kopfschmerzformen sollte ein Versuch mit manueller resp. osteopathischer Therapie gemacht werden. Die Heilungschancen liegen hier bei bis zu 80%. Bei reinen Spannungskopfschmerzen kann mit Hilfe von Eigenübungen (z. B. Entspannungsübungen nach Jakobson) Entlastung geschaffen werden. Bei der echten Migräne wird man ohne Schmerzmittel u. a. nicht zum Erfolg kommen, bei Spannungskopfschmerzen sind Schmerzmittel kontraindiziert.

Mikroskop

Moderne Praxen benötigen kein eigenes Labor. Für Urine und Blutzucker gibt es Stix, auch für Streptokokken gibt es Schnellteste (meiner Meinung nach meist überflüssig, weil die Anwesenheit von Streptokokken keine Therapieindikation darstellt). Dito für CRP – Bestimmungen. Auch der CRP- Test hilft oft nicht weiter, denn in den Frühphasen bakterieller Infektionen versagt der Test und in den Spätphasen, z. B. einer voll erblühten Mononukleose, kann der CRP-Wert weit über 50 hochschnellen und trotzdem ist eine Antibiose bei diesem Krankheitsbild kontraindiziert.

Ein Gerät zur Messung der O₂-Sättigung hilft bei der Diagnostik von Atem-, Kreislauf- und Herzerkrankungen, sollte also in jeder Praxis vorhanden sein.

Aber:

Ich halte es für einen unschätzbaren Vorteil ein Mikroskop zu besitzen. Es hilft, Verunreinigungen und Entzündungen der Vulva oder Uretra von echten Blasenentzündungen oder Pyelonephritiden zu unterscheiden.

Auch kleine Jungens können Verunreinigungen im Urin haben.

Ausgangspunkt könnte ein Balanitis oder Urethritis sein. Ein ordentliches Mikroskop, ein Päckchen Objektträger und Deckplättchen, ein paar kleine Pipetten und feine Glasröhrchen zum Ansaugen von Flüssigkeit sowie eine Fuchs-Rosental – Zählkammer leisten dabei gute Dienste.

Harnwegsinfekte sind die häufigsten Fragen, bei denen das Mikroskop helfen kann. Aber auch andere Tierchen kann man sich damit ansehen: Oxyureneier, Pilzfäden, Zeckenkörper u.v.a.

Milchschorf

Bei nicht wenigen Säuglingen entsteht in den ersten Lebensmonaten Milchschorf. Dieser Begriff ist mißverständlich, weil das Phänomen mit der Kost nichts zu tun hat. Aber es ist nicht selten unangenehm: Manche Kinder müssen sich kratzen, oft müffelt der Kopf unangenehm, es besteht ein Infektiosrisiko mit Soor und pathologischen Hautbakterien. Also sollte man den Schorf entfernen.

Befeuchte die Kopfhaut großzügig mit einem einfachen Babyöl und bedecke ihn mit einem leichten Baumwollmützchen. Lass das Öl 6-12 Stunden, am besten über Nacht, einwirken. Dann entferne das Mützchen

und kämme den Schorf mit der feinen Seite eines Kammes aus.
Anschließend wasch den Kopf mit einem Babyshampoo. Die Prozedur muss manchmal ein paar Monate später wiederholt werden. Kopfwäsche ist ansonsten nicht häufig, sondern nur ca. einmal im Monat erforderlich. Benutze dafür einen Waschlappen.

Missbrauch und Misshandlung

Wer erleben muss, wenn aus meist zufälligen Gründen herauskommt, dass eines der langjährigen Patienten Missbrauch und Misshandlung ausgesetzt war, ohne dass man es gemerkt hat, wird nachvollziehen können, wie frustrierend es ist, diese Problematik übersehen zu haben. Es ist schwer, betroffene Kinder in der Praxis zu identifizieren. Eltern tun alles Erdenkliche, um ihre Taten zu vertuschen.

Zunächst grundsätzlich: Finde für deine Praxis heraus, welche Institution, welches Amt in erreichbarer Umgebung, anonyme Verdachtsmeldungen registriert und verfolgt. Schreibe deren Telefonnummer(n) auf (deutschlandweit z. B. zur Zeit **0800 0 431 431**, lokal oft Jugendämter und Vereine gegen Kindsmisshandlung) und lege diese gut erreichbar in deinen Schreibtisch.

Werde sofort tätig, wenn du auch nur einen Funken Verdacht schöpfst. Man stelle sich vor, welchen Qualen solche Kinder ausgesetzt sind! Konfrontiere aber die Eltern erst, wenn aus dem Verdacht nahezu Gewissheit geworden ist. Denn zu enormer Not kann auch eine falsche Beschuldigung führen. Ein Beispiel: Eine wegen Trennung auf Rache erpichte Mutter berichtete mir eines Morgens, ihr Kind habe „Papa, Muschi, Aua“ gesagt, als es aus dem Vaterwochenende zurückgekehrt war.

Im SPZ wurde die Kleine umfassend untersucht. Kein einziger Test bestätigte den Verdacht der Mutter. Trotzdem hagelte es Angriffe auf das SPZ und auch auf den Kinderarzt, die angeblich den Missbrauch durch den Vater leugneten. Vor Gericht wurde der Vater schließlich freigesprochen. Unschuldig ruiniert war er schon vorher.

Eigentlich fast immer ist irgendetwas „komisch“ mit missbrauchten und misshandelten Kindern, aber auch mit misshandelnden Eltern. Am signifikantesten ist es, wenn Verletzungen vorliegen, für die die Eltern kein adäquates Trauma angeben können. Ein Unterschenkelbruch, z. B. angeblich durch einen einfachen Sturz. Das passt nicht zusammen. Diagnostik: Nativröntgen der langen Röhrenknochen. Hier findet sich bei Misshandelten oft mehr als eine einzige Verletzung. Achte aber auch auf die Erscheinung und das Verhalten der Eltern: Eltern, die komisch maniert daherkommen, mit Perücke, stark geschminkt, auffällige Frisuren tragen. Eltern, die auffällig viel reden, damit man nur ja nicht auf den Kern zu sprechen kommt, Eltern, die Vorwürfe gegen Vorbehandler äußern. All das muss nichts bedeuten, sollte aber im Zusammenhang mit Auffälligkeiten beim Kind selbst aufmerksam registriert werden.

Sorgsam beobachten muss man auch Kinder mit charakterlichen Auffälligkeiten. Mädchen, die früh schon sexualisierte Verhaltensweisen zeigen, die sich z. B. bereits im Grundschulalter schminken. Kinder, die eigentlich immer fröhlich waren, sich dann aber mehr und mehr zurückziehen und fast autistisch wirken. Kinder, die plötzlich wieder einnässen und/oder einkoten. Schulleistungen, die plötzlich dramatisch schlechter werden. Die meisten dieser Symptome sind vieldeutig, passen aber in der Gesamtschau schließlich zu deinem Verdacht.

Mollusken

Eine Arzneitherapie von Mollusken erscheint mir übertrieben. Selbst bei schwerem Befall kann man sie mit einfachen Pflegemaßnahmen zur Abheilung bringen.

Mollusken überdauern nur wenige Tage bis Wochen in der Haut. Dann entzünden sich die Effloreszenzen, bilden Pusteln, platzen und verabschieden sich anschließend rückstandslos. Wenn die Haut rund um die Effloreszenz gerötet, trocken und rissig ist, entleeren sich die Pusteln in diese kleinen Epithelverletzungen und breiten sich auf diese Weise weiter aus. Deshalb ist penible Hautpflege wichtig:

1. Tägliche Hautpflege mit einer Lotion, je nach Hauttyp fetter oder weniger fettig. Das macht die Haut glatter und widerstandsfähiger gegen Neuinfektionen.
2. Geplatzte Pusteln kann man mit einer desinfizierenden Lösung betupfen und mit einem einfachen Pflaster abdecken, bis sie verschorfen. Es können mehrere Effloreszenzen gleichzeitig behandelt werden.

Mundschluss, unzureichender

Viele Säuglinge und Kleinkinder haben ständig ihren Mund offen und lassen den Speichel herauslaufen. Der Kiefer ist zu eng, der Gaumen spitz (gotisch), die Milchzähne und später die bleibenden Zähne überlappen und haben zu wenig Platz im Oberkiefer. Es kommen oft HNO- Komplikationen hinzu, ständige Otitiden, Adenoide, Mucotympanon, Schwerhörigkeit, Sprachentwicklungsverzögerung, Müdigkeit, schlechte Laune, Husten,

Bronchitis, schlechte Körperhaltung. Der unzureichende Mundschluss ist mithin keine Petitesse.

Es lohnt sich, frühzeitig eine Logopädin/Heilpädagogin einzuschalten, die mit dem Kind orofaziale Übungen durchführt und diese den Eltern beibringt. Eine Kieferorthopädin, die Kleinkinder behandelt, sollte so früh wie möglich den Gaumen weiten. Eine Physiotherapeutin sollte versuchen, die Körperspannung des Kindes zu verbessern. Denn die aufrechte Haltung verbessert den Mundschluss, ein guter Mundschluss seinerseits verbessert die Körperhaltung. Guter Mundschluss und gute Körperhaltung verbessern die allgemeine Leistungsfähigkeit und die Konzentrationsfähigkeit des Kindes.

Nabelgranulom

Unter sauberer Nabelpflege wird sich die Haut eines Neugeborenen unter dem abgetrockneten und abgefallenen Nabel rasch und trocken verschließen. Selten heilt der Nabel aber granulomatös. Wir sahen dieses Phänomen pro Jahr ca. einmal, wenn nicht sogar seltener. Die granulomatöse Wundheilungsstörung ist absolut gutartig und verschwindet von selbst. („Dem stets weiter nässenden Nabelgrund sitzt, bald breitbasig, bald gestielt ein bis haselnussgroßes, höckeriges Granulationsgeschwülstchen auf“⁴). Antibiose, sei es systemisch oder nur lokal, nutzt auch hier ausschließlich der Industrie. Es reicht meist ein trockener, steriler Verband, der häufig gewechselt wird, bis sich die Wunde verschlossen hat. Um die Wunde sauber zu halten, kann sie (muss aber nicht dringend) zusätzlich mehrfach täglich mit einer alkoholfreien antiseptischen Lösung betupft werden (z. B. Octenidin).

⁴ Lust-Pfaundler 1971, 24. Ausgabe, S. 78

Nasenbluten, rezidivierend

Nicht ein Blutungsübel und auch kein aberrierendes Gefäß oder Hämangiom ist die Hauptursache für wiederholtes Nasenbluten, sondern die Bildung von Borken und Schorf im Gefolge selbst stimulierenden Verhaltens. Schon früh beginnen unsere Patienten sich Borken aus der Nase zu popeln. Wir sehen dieses → [selbststimulierende Verhalten](#) bereits im Kleinkindalter.

Ich würde also in diesen Fällen zunächst einmal dafür sorgen, dass sich Borken nicht mehr bilden und dass Popeln sich nicht mehr lohnt. Die Therapie ist denkbar einfach: 14 Tage morgens und abends mit einem kleinen Watteträger Bepanthensalbe (nicht Nasensalbe) in das betroffene Nasenloch einbringen. Nach dieser Zeit sehe ich mir die Nasenschleimhaut mit einem Otoskop an. Man findet auf der Nasenschleimhaut vielleicht noch kleine Borken im Bereich der Scheidewand. So lang noch vorhanden, muss weiterbehandelt werden. Seltener sieht man ein oberflächliches Blutgefäß, das in der Schleimhaut gelegen, rasch verletzt werden kann. Nur in diesem Fall ist eine Verödung durch den HNO-Arzt sinnvoll. Man kann aber auch einfach weiterbehandeln, bis sich das Kind das Popeln abgewöhnt hat. Ich erinnere mich an keinen Fall, in dem ich bei rezidivierendem Nasenbluten ein Blutungsübel entdeckt habe. Also nur in sehr hartnäckigen Fällen Gerinnung prüfen.

Neurodermitis

Wir haben erheblichen Aufwand mit Kindern betrieben, die von dieser Krankheit betroffen waren, weil Kinder und Eltern darunter schwer leiden. Der Aufwand lohnt sich sehr. Da der Grund für die Neurodermitis

eine Barrierestörung der Haut ist, stellt die Hautpflege mit vorsichtiger, *reizfreier Reinigung* und einfachen *rückfettenden Lotionen* sowie den Juckreiz stillenden *Schwarzteeumschlägen* die Basistherapie dar. Weil die einfache Pflege aber oft nicht ausreicht, folgen weitere Maßnahmen im Bereich Wäsche, Ernährung und eine spezielle Balneotherapie. Sie werden den Eltern und Kindern im Rahmen einer Neurodermitisschulung nähergebracht. Schulung und Behandlung von schwerer Neurodermitis sollte unter der Betreuung durch pädiatrische Allergologen erfolgen.

Obstipation, habituelle Bauchschmerzen, Dreimonatskoliken

Echte Obstipationen gibt es beim Säugling fast nur bei richtig schweren Krankheiten wie Pylorusstenose, Morbus Hirschsprung und ähnlichen, Analtresie, Duodenalatresie, echte Nahrungsunverträglichkeiten, Mekoniumstau, CF und Malrotation. Kleine rötliche Schleimhautfetzchen im Stuhl von ansonsten gesunden Säuglingen sind harmlos und bedürfen keiner weiteren Abklärung. Und: Gestillte Säuglinge stuhlen sehr unregelmäßig. Bei gesunden Kindern können Frequenzen von 10 mal am Tag bis zu 1 mal in vierzehn Tagen physiologisch sein, wenn sie ansonsten gesund sind. Bei künstlicher Ernährung entsteht mehr unverdauliche Schlacke im Darm, der Stuhlgang kann dann fester sein und kommt regelmäßiger. Drücken und Stöhnen sind, wie Strampeln für das Laufen, notwendige Vorübungen für die spontane und bewusste Stuhl- und Urinentleerung. Die sogenannten „Dreimonatskoliken“ sind vermutlich fast sämtlich solche Primitivbewegungen und eben keine Blähungen oder Verstopfungen. Zeichen für schwere Krankheit sind andere: Gewichtsverlust und/oder schwere Blähung mit glänzender Abdominalhaut, bleistiftdünne Stuhlabgänge, enger Analkanal. Hierhin

gehört auch die sichtbare Magenperistaltik kurz nach Nahrungsaufnahme als äußeres Zeichen einer Pylorusstenose.

Im Fall der oben genannten primitiven Betätigung der Bauchmuskulatur genügt es, den Eltern den Charakter dieser Bewegungen als notwendig für die gesunde Entwicklung des Kindes darzustellen. Bei unstillbarem Schreien eines ansonsten gesunden Säuglings sind weitere Mechanismen relevant. Haltungs- und Bewegungsdysfunktionen, frühe Zeichen eines hyperkinetischen Verhaltens, Beziehungsstörungen zwischen Kind und Eltern. Haltungs- und Bewegungsdysfunktionen gehören in die Hand eines erfahrenen Kinderosteopathen. Sie sind an Überstreckung des Achsenskeletts, ggf. isoliert oder zusätzlich an einer Haltungsasymmetrie (Seitneige und Rotation) mit oder ohne Plagiocephalie zu erkennen.

Osteopathie und andere alternative Heilmethoden

Wenn von alternativen Heilmethoden die Rede ist, dann meist von diesen vier: Homöopathie, Akupunktur, Naturheilkunde und Osteopathie.

Die *Homöopathie* gilt als unwirksam, weil keinerlei Wirkstoff in ihren Arzneien vorhanden ist. Im Zusammenhang mit psychosomatischen Wirkungen sind Effekte aber nachweisbar. Die versprochene Arzneiwirkung (Gleiches mit Gleichem behandeln) aber ist sowohl theoretisch als auch praktisch nicht nachvollziehbar. Scheinbehandlungen durchzuführen ist ethisch aus meiner Sicht nicht vertretbar.

Die *Akupunktur* arbeitet mit Silbernadeln, die entlang bestimmter Körperlinien, auch Meridiane genannt, eingestochen werden. Auf diese Weise sollen Stoffwechselprozesse angeregt werden, die die versprochene Wirkung erzielen. Akupunktur wird in China seit

Jahrhunderten gepflegt und selbst für Anästhesien genutzt. Für unser westliches Verständnis von Evidenz sind weder das Lehrgebäude noch die Forschung auf diesem Gebiet nachvollziehbar. Rein pragmatisch betrachtet aber sind schmerzlindernde Effekte gesichert nachgewiesen worden.

Naturheilkunde arbeitet, wenn sie ernsthaft betrieben wird, mit aus der Natur entnommenen wenig verarbeitenden oder roh angewendeten Substanzen sowie mit physikalischen Anwendungen wie Kälte, Wärme, Schwitzen, Trinkkuren, Fasten. Die wissenschaftliche Evidenz dieser Arzneien und Anwendungen ist stärker als die von Akupunktur und Homöopathie. Physikalische Anwendungen sind in der Pädiatrie hochgradig geschätzt und werden in diesem Skript im Zusammenhang mit Husten, Schnupfen und Fieber und Mucotympanon beschrieben.

Osteopathie ist kein einheitliches Lehrgebäude. Gemeinsam ist den verschiedenen Methoden die Anwendung sanfter Impulse, nah oder fern der geklagten Dysfunktion (vulgo Blockade). Ihr liegt ein Modell von Spannungszügen im menschlichen Körper zu Grunde, die an bestimmten Stellen des Körpers für Impulse erreichbar sind. Das Ziel: Fehlspannungen beseitigen, Symmetrie wieder herstellen, dem Körper die Möglichkeit zur Selbstheilung zurückgeben.

Teile des osteopathischen Lehrgebäudes lehnen sich an gut nachvollziehbare, sogenannte manuelle Verfahren aus dem Bereich der klassischen Physiotherapie und der Chirotherapie an. Solche Anwendungen arbeiten oft direkt an der Störungsstelle mit Zug und Druck und stellen den Normalzustand von Gelenken, Knochen, Sehnen und

Faszien wieder her. Es handelt sich um die sogenannte parietale Osteopathie.

Weitere Verfahren werden als viszerale, kraniosakrale und biodynamische Osteopathie bezeichnet. In der biodynamischen Osteopathie kommen Begriffe zur Geltung, die wir heute so nicht mehr akzeptieren können. Eine Potency (Kraft), die über Ignition (Anfeuerung) im Körper für Health (umfassende Gesundheit) sorgt. Trotz berechtigter Kritik an dieser „osteopathischen Philosophie“ sind die genannten Verfahren wirksam, weil sie im Körper für Entspannung und darüber tatsächlich zur Beseitigung von Schmerzen, Missempfindungen und Fehlhaltungen führen. Ich selbst wende osteopathische Methoden – auch solche, die ich von der Grundtheorie her nicht akzeptiere – bei Kindern seit Jahren mit Erfolg an. Der Indikationen gibt es viele: schiefe Babies, Habituelle Spitzfüße, behinderte Kinder, Brustschmerzen, Bauchschmerzen, Kieferfehlstellungen, Sinusitis, Husten, Mucotympanon, auch akutes Schielen und alle Formen von Kopfschmerzen um nur die häufigsten zu benennen. Bei Anwendung von osteopathischen Methoden sind die Heilungserfolge oft erstaunlich.

Paronychie

Eine Nagelbettentzündung an Händen und Füßen kommt in jedem Alter, auch schon im Säuglingsalter vor. Ob an Händen oder Füßen, einerlei: Lokal wird die Haut mit warmen Wasserbädern für ca. 15 bis 30 Minuten aufgeweicht und anschließend ein Salbenverband (z.B. Bepanthen) angelegt. Die Prozedur wird 2 mal am Tag wiederholt. Sollte sie nicht ausreichend wirken, wird man zum Chirurgen überweisen. Lokale Antibiose ist nicht hilfreich, weil das Mittel nicht die Infektion selbst,

sondern nur die Haut darüber erreicht. Der Entzündungsprozess darunter gärt weiter.

Plagiocephalie (Flachschädel)

Die häufigste Ursache für Schädeldeformitäten sind Plagiocephalien. Über die Ursachen gehen die Meinungen auseinander. Ein Teil wird durch Dysfunktionen der oberen HWS bedingt sein, ein anderer rein lagerungsbedingt sein. Typisch für sie ist ein parietal abgeflachter Hinterkopf, eine Gesichtsasymmetrie mit prominenter Stirn ipsilateral und einem nach ventral verlagerten Ohr auf der gleichen Seite. Eine einseitige Coronarnahtsynostose hingegen kann mit der Plagiocephalie verwechselt werden. Sie zeigt sich durch eine verkleinerte Fontanella magna, verbunden mit einer einseitigen Verkürzung des Schädels. Im Unterschied zur sehr viel häufigeren Plagiocephalie fehlt die prominente Stirn und meist auch die Ventralverschiebung des ipsilateralen Ohres.

Auch Brachycephalien können lagerungsbedingt sein. Behandlungsbedarf besteht bei Plagiocephalien, wenn die Schrägdurchmesser des Schädels sich um mehr als 5 mm unterscheiden, bei der Brachycephalie, wenn der Querdurchmesser größer ist als der Längsdurchmesser. Meist sind die lagerungsbedingten Schädeldeformitäten durch eine sogenannte Tonusasymmetrie bedingt, die sich manualmedizinisch und - oder osteopathisch beheben lässt. Wenn die Diameterdifferenz des Schädels über 15 mm steigt, oder trotz Therapie nicht abnimmt kann mit einer Kopforthese (Helmtherapie) geholfen werden.

Pflegemittel für den Säugling

Wer nach erforderlichen Pflegemitteln für Säuglinge gefragt wird, kann eine sehr einfache Antwort geben: eine milde Babyseife, ca. 5 kleine Waschlappen, Mirfulansalbe, Windeln. Der Wickeltisch sollte neben einem sauberen Waschbecken mit fließend warmem Wasser stehen. Wer möchte, kann auch eine Babywanne besorgen, ein Waschbecken aber reicht eigentlich aus. Badezusätze sind überflüssig. Puder und Babycreme ebenfalls. Alles, was auf die Haut kommt, schadet, wenn es nicht medizinisch indiziert ist. Wäsche wird ordentlich heiß gewaschen, gründlich gespült und getrocknet. Weichmacher können die empfindliche Säuglingshaut reizen. Auch Wolle kann auf der Haut von Kindern zu Schäden führen. Kinder mit Säuglingsekzem sollten nur weiße Baumwolle auf der Haut tragen, manche vertragen sogar Wäsche aus dem Trockner nicht, weil sich dort Fasern anderer Textilien an die Babywäsche heften.

Pyodermie

Eine Hauteiterung entsteht meist durch Pflegefehler, mangelnde Erfahrung, Juckreiz und Kratzen. Nur in seltenen Fällen ist eine lokale oder orale Antibiose erforderlich. Hautverträgliche desinfizierende Lösungen sind in der Regel ausreichend. Wir benutzen Kalium-Permanganat-Lösung 1% in Wasser verdünnt als Bad oder unverdünnt mit dem Tupfer auf die trockene Haut aufgetragen. Außerdem pingeligste Grundpflege mit täglichem kurzem Vollbad und Einsatz einer rückfettenden Lotion. Z. B. Bepanthol-Lotio (verschiedene Fettstufen). Ist eine schwere Neurodermitis Ausgangspunkt, muss die Therapie selbstverständlich umfassender (s.d.) sein.

Schielen

Das Einwärtsschielen (Strabismus convergens) von älteren Säuglingen und Kleinkindern ist oft ein sogenannter **Pseudostrabismus**. Beachte: Die kindliche Nasenwurzel ist breiter als die von Jugendlichen und Erwachsenen. Sie überdeckt z. T. den medialen Teil des Bulbus, sodass es aussieht, als würde das Baby schielen. Wenn du aber dem Kind in die Augen siehst, wirst du feststellen, dass es dich mit beiden Augen fixiert. Wenn solche Kinder beim Augenarzt vorgestellt werden, ergeben die Messungen dort häufig eine Anomalie der Brechkraft. In bestimmten Grenzen sind solche Abweichungen aber ohne Bedeutung. Bei Säuglingen und Kleinkindern sind 4 Dioptrien (+) sphärisch sowie 2 Dioptrien im Bereich der Stabsichtigkeit (Astigmatismus) normal. Eine Brillenversorgung erübrigt sich in solchen Fällen. Sollte wirklich ein relevanter Schielwinkel bestehen, sollte tatsächlich über eine Brillenversorgung nachgedacht werden.

Wenn Klein- und Schulkindern plötzlich zu schielen beginnen, sollte nach augenärztlicher Diagnostik der Versuch einer osteopathischen Therapie erfolgen. In kundiger Hand liegt die Erfolgsquote in diesen Fällen bei fast 90%.

Schlaf: Ein- und Durchschlafstörungen von Säuglingen und Kleinkindern

Wer sich an eine einfühlsame und zeitaufwendige Beratung der Eltern auf diesem Feld nicht einlassen möchte, sollte jede auch noch so kurze Beratung unterlassen. Ratschläge wie: „lassen Sie ihr Kind ruhig schreien“ oder: „das gibt sich“ lösen regelmäßig heftige Aversionen aus, schaden also mehr als sie nutzen. Nimm die Sorgen der Eltern ernst. Es gibt inzwischen

in Kinder-Jugendpsychiatrischen Kliniken und Praxen, sowie in SPZs genügend Beratungsstellen, die „Schreisprechstunden“ anbieten.

Neben echten Beschwerden: (Schmerz, Fieber) geht es nämlich häufig nicht um die Probleme des Kindes selbst, sondern um den Umgang der Eltern mit dem Kind und umgekehrt. Die Dentition verursacht übrigens keinerlei Schmerzen, auch das Wachstum der Knochen tut nicht weh. Man könnte also formulieren, es besteht im Falle von Schlafstörungen in der Regel ein großes Missverständnis zwischen Eltern und Kindern, und zwar von beiden Seiten. Die Folge ist: Die von den Eltern völlig zu Recht gewünschte Regelmäßigkeit im Schlaf- Wach- Rhythmus stellt sich nicht ein. Dabei ist es doch eigentlich ganz einfach: Kinder schreien, wenn sie sich nicht wohl fühlen. Gründe können sein: Hunger, Müdigkeit, Kälte und der Wunsch nach körperlicher Nähe. Völlig selbstverständlich erkennbar sind die Signale für Hunger und Kälte. Demgegenüber werden Müdigkeit und der Wunsch nach Nähe nicht selten miteinander verwechselt. Aber auch körperliche Nähe bekommen fast alle Kinder in ausreichendem Maße. Bleibt als Grund für Ein- und Durchschlafstörungen: Müdigkeit, der Wunsch nach Ruhe. Und bis ein Baby sich in den Schlaf gequengelt oder geschrien hat, dauert es halt manchmal ein paar Minuten. Je später die Eltern konsequent werden, desto länger dauert es, bis die Säuglinge durchschlafen. Manche Babys schlafen von vornherein gut, und manche brauchen etwas länger. Ab dem Alter von etwa 3 Monaten aber kann ein stabiler, familienkompatibler Schlaf – Wach – Rhythmus erreicht sein. Wenn dies weit über diesen Zeitraum hinaus nicht der Fall ist, sollte ein Therapieversuch erfolgen.

Schräglageschäden

Siehe → [Plagiocephalie](#)

Schreikinder

Siehe Bauchschmerzen, Obstipation, Plagiocephalie

Die oben unter → [Bauchschmerzen](#) beschriebenen Anspannungsbewegungen der Bauchmuskulatur werden meist als Obstipation, rsp. Dreimonatskoliken missdeutet. Sie sind in Wirklichkeit so etwas wie das Strampeln des Bauches, fast könnte man sagen Übungsbewegungen, um schließlich spontan stuhlen und Wasser lassen zu können. Bei Schreikindern ist weiterhin wichtig, die sogenannten Anpassungsstörungen zu beachten. Sie sind dadurch charakterisiert, dass diejenigen Anpassungsleistungen an das extrauterine Leben nicht vollzogen werden können, die vom Alter her eigentlich anstehen. Meist sind es die Einschlafrituale, die als erstes dysfunktional werden. Ein Säugling von 3 Monaten kann grundsätzlich allein ein- und durchschlafen, er muss dies nicht auf dem Arm von Mutter oder Vater tun. Einschlafriten wie Liedchen, Küsschen, Gebet etc., an jedem Abend in gleicher Weise, helfen dem Kind. Danach aber sollte eine klares Endpunkt-Signal gesetzt werden.

Die Loslösung von Kindern den Eltern dem Kind gegenüber und umgekehrt ist ein ambivalentes Geschehen. Einerseits gehen quengelnde Kinder den Eltern oft unendlich auf die Nerven, andererseits wollen sie ihr Kind unbedingt vor Traurigkeit und Verlustängsten bewahren. Überbehütende Eltern gehen auch den Kindern auf die Nerven, sie wollen tun, was sie meinen, dass sie es bereits könnten. Trotzdem fordern sie

ultimativ eine nicht altersgemäße Zuwendung ein, auch mitten in der Nacht. Der Ausweg aus diesem Dilemma geht nicht ohne Herzeleid für Eltern und Kinder vonstatten. Die erfolgreiche pädagogische Haltung aber ist: Das Kind/der Jugendliche soll (unter dem aufmerksamen Blick der Eltern) selbstständig tun dürfen, was es/er altersgemäß kann, oder zumindest können müsste. Einschlafen, selbständig essen, soziales Verhalten beweisen, selbst in die Schule gehen, die Hausaufgaben selbst erstellen, mit Freunden spielen, reden, feiern, lernen, Freundschaften schließen, etc. Eine der ersten Anpassungsaufgaben ist das Ein- und Durchschlafen. Die schrittweise Loslösung des Kindes von den Eltern und umgekehrt ist „alternativlos“. Denn nur als selbständige Menschen können Eltern ihre Kinder schließlich guten Gewissens „hinaus ins Leben“ lassen.

Schulschwierigkeiten (Einschränkung schulischer Fertigkeiten)

Weil Schulschwierigkeiten häufig sind, weil Kinderärzte in der Praxis mit diesem Thema fast täglich konfrontiert sind und, weil wir in der Weiterbildung damit kaum je gründlich konfrontiert wurden und schließlich, weil in Pädiatrie - Lehrbüchern fast nichts darüber zu lesen ist, versuche ich an dieser Stelle eine Übersicht zu geben. Ganz gegen den sonstigen Stil dieses Skripts werde ich versuchen, Dich durch Ausführlichkeit für dies so wichtige Thema zu erwärmen.

Die häufigste Störung schulischer Fertigkeiten ist die **Legasthenie**, mal mit und mal ohne **Dyskalkulie**, mal auch isoliert nur als Lese- oder nur als Rechtschreibstörung. Jede dieser Diagnosen kommt in unterschiedlichen Schweregraden vor. Die Angaben zur Häufigkeit schwanken; zwischen 5 und 10 % jeden Jahrgangs sollen betroffen sein. Dicht gefolgt von der Aufmerksamkeitsstörung (ADS) mit 2-4%, mit oder ohne motorische

Unruhe (ADHS und ADIS, das H steht für Hyperaktivität, das I für Inaktivität). Hyperaktive Kinder sind meist Jungen (Zappelphillip). Die Inaktivität betrifft meist Mädchen. Sie träumen „verpeilt“ vor sich hin (Transuse). Eng verwandt mit dem Störungsbild des ADS ist das Bild der sogenannten **Hypersensiblen Persönlichkeit**. Ihre Prävalenz soll bis zu 30% in jeder Schulklasse betragen. Auch diese Kinder können von spezifischen Schulschwierigkeiten betroffen sein.

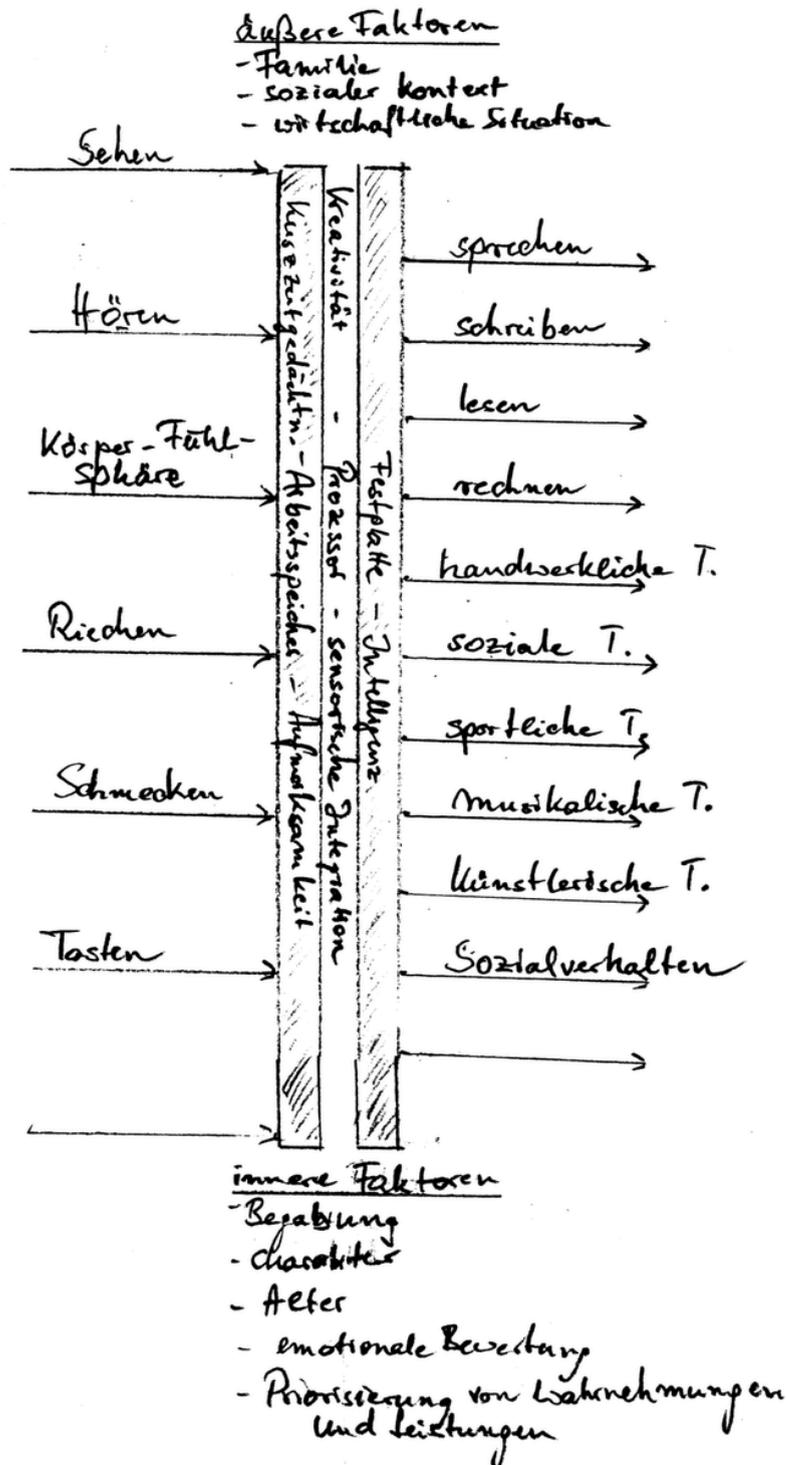
Ein ADS kann laut Definition unseres Diagnosemanuals ICD 10 erst im Schulalter diagnostiziert werden und wird auch erst dann als Krankheit anerkannt. Hinsichtlich der Diagnosen in diesem Bereich ist zu beachten, dass Störungen schulischer Fertigkeiten heute häufig nicht als Krankheiten bezeichnet werden, sondern als Phänomene von „Neurodiversität“. Die Unterscheidung soll einer Stigmatisierung solcher Schüler und Schülerinnen entgegenwirken. Es gibt eine gewisse Berechtigung für diese Sichtweise.

Im Folgenden möchte ich eine Übersicht über die im Zusammenhang mit neurodiversem Verhalten gängigen Begriffe geben. Es herrscht hier nämlich ein heilloses begriffliches Durcheinander. Da wird von Wahrnehmungsstörungen gesprochen, beim gleichen Patienten dann aber von Teilleistungsstörung, dann wieder von mangelnder Begabung, schließlich über Faulheit, Motivationsdefizit, Charakterstörung, schwierigen sozialen Verhältnissen. An diesen Begriffen orientieren sich Vorgehensweisen, Therapien, schulische Einordnungen und Zensuren.

Das folgende Begriffsmodell orientiert sich an der Computersystematik: Festplatte (z.B. Intelligenz, Langzeitgedächtnis), Prozessor (z.B. Kreativität), Arbeitsspeicher (z.B. Kurzzeitgedächtnis). Eingabemedien

(z.B. Sinnesorgane), Ausgabegeräte (z. B. Fertigkeiten), innere Faktoren (z.B. Begabung, Charakter), äußere Faktoren (z.B. soziale Verhältnisse).

Schaubild



Das hier gezeigte Schaubild zeigt den “kognitiven Apparat”. Es ist nur ein Modell, wie Fähigkeiten und Fertigkeiten, Begabung, Charakter, Intelligenz, Aufmerksamkeit und Motivation, etc. von Kindern miteinander in Beziehung stehen. Ich folge dabei kybernetischen Modellen, also solchen über die Funktionsweise von Computern.

Auf der linken Seite finden sich die Bereiche der Wahrnehmungen. Sie umfassen die 6 Sinne, Sensorik genannt. Störungen bezeichnet man als Wahrnehmungsstörung. Auf der rechten Seite sind die Fähigkeiten gelistet, die auch Teilleistungen genannt werden. Störungen in diesem Bereich werden als Teilleistungsstörungen oder Dyspraxien bezeichnet. Oben im Bild findest du die äußeren und unten die inneren Faktoren, die eine Person prägen.

1. Der weitaus relevanteste Bereich der Sensorik (Wahrnehmungen, linke Seite) ist das **Sehen**. Wir unterscheiden eine reine Visuseinschränkung, die im Sehtest deutlich wird von der optischen Wahrnehmung, für die es speziellere Tests gibt. Therapeutisch setzen wir einerseits die Brillenversorgung ein, dann auch Orthoptistinnen, die über die sog. Sehschule die Augenbewegungen trainieren und Sonderschulen für Sehbehinderte. Sie bieten für Kleinkinder Frühförderprogramme an, die Kinder mit schweren Sehbehinderungen unbedingt nutzen sollten.
Eine für Augenärzte oft nicht recht fassbare Störung ist die „Winkelfehlsichtigkeit“. Es handelt sich um ein latentes Schielen. Einige Optiker können die zielführenden Tests durchführen und in ihren Sehschulen auch entsprechende Trainings anbieten. Auch gibt es spezielle Brillen für diese Kinder (Prismengläser), die die

Anstrengung beim Sehen reduzieren und nicht selten zu einer dramatischen Besserung der Schulleistungen führen.

2. Ein weiterer wichtiger Wahrnehmungsbereich ist die Körperfühlsphäre, auch **Propriozeption** genannt. Auch in diesem Bereich sind Differenzierungen erforderlich
3. Störungen des Gleichgewichtes, Störungen des Körpergefühls und solche der motorischen Koordination können einzeln, aber auch kombiniert vorkommen. Therapeutisch sind in diesem Bereich vor allem Ergotherapeuten und Heilpädagogen unterwegs. Wir rezeptieren „sensorisch- perzeptive Therapie“. Als Diagnose nennen wir das Problem „sensorische Perzeptionsstörung“ oder „Störung der sensorischen Integration“.
4. Das **Hören** umfasst ebenfalls nicht nur den akustischen Vorgang über Luft- und Knochenleitung. Man unterscheidet von der rein akustischen, in Dezibel gemessenen Hörminderung vielmehr den Bereich der „Akustischen Wahrnehmung“. Er umfasst Störungen der Reizselektion (beim Hörtest wird ein Rauschen unter den Nutzschall gelegt). Der Patient muss Nutzschall von einem ansteigenden Rauschen unterscheiden können. Eine weitere Facette der akustischen Wahrnehmung ist die Richtungsschwerhörigkeit (das Kind muss Nutzschall von rechts, links, hinten, vorn, oben und unten unterscheiden), sowie das Hörgedächtnis (das Kind muss eine Anzahl von Zahlen, Unwörtern oder Buchstaben wiederholen). Diese Tests für die akustische Wahrnehmung werden von

Pädaudiologen (meinst HNO-Ärzte) durchgeführt. Heilpädagogen bieten für betroffene Kinder diverse standardisierte Hörtrainings an.

Auf der rechten Seite des Schaubildes (s.o.) finden sich die wesentlichen Bereiche der Fertigkeiten, auch Handlungen, Teilleistungen, oder Praxisbereiche genannt. Störungen in diesen Bereichen werden als Teilleistungsstörungen oder Dyspraxien bezeichnet. Auf diesem Feld sind die wichtigsten:

Legasthenie und Dyskalkulie

Folgende Unterscheidungen sind erforderlich: Können die Kinder Wörter nicht wiedererkennen? Besteht also ein visuelles Problem? Können sie nicht differenziert akustisch unterscheiden, ob z. B. ein F oder ein W geschrieben werden soll, ein stummes oder ein scharfes s? Besteht also ein akustisches Problem? Oder fehlen ihnen die feinmotorischen Fähigkeiten? Besteht eine sprachmotorische Dyspraxie? Welcher Teilbereich also steht hinter der Lese - Schreibschwäche? Ein akustisches, ein optisches oder ein motorisches? Denn die Therapien müssen der Grundstörung angepasst sein. Nur einfach Lesen und Schreiben üben ist nicht ausreichend.

Allerdings ist ein Training im Lesen und Schreiben immer auch Teil dieser Therapien.

Aufmerksamkeitsstörungen (kann sich maximal 10 min konzentrieren, Störung im Bereich des Arbeitsspeichers) können ebenfalls hinter einer Legasthenie stecken. Sie müssen frühzeitig speziellen Trainings zugeführt werden. Die schulischen Leistungen Betroffener sind deutlich globaler eingeschränkt als die von Kindern mit reiner Teilleistungsstörung.

Therapeutisch sind Kinderpsychotherapeuten die richtigen

Ansprechpartner. Aufmerksamkeitsstörungen gehören begrifflich zum Arbeitsspeicher.

Autistische Störungen (Autismus-Spektrum-Störung)

Kinder mit autistischen Störungen sollte man ebenfalls früh erkennen. Ihr gemeinsames Symptom ist die Kommunikationsstörung. Sie kann sich als vollständige Sprachbehinderung präsentieren. Aber auch leichtere Besonderheiten gehören dazu, wie eine eigenartige Eigenbrötelei. Alle Grade einer Kommunikationsstörung sind bei Autisten möglich. Denke also bei Kindern mit Sprachbehinderung immer auch an diese Diagnose.

Therapeutisch sind es meist Heilpädagogen, die sich um diese Kinder kümmern. In vielen Städten gibt es spezialisierte Fördervereine, sogenannte Autismus -Therapiezentren. Autistische Störungen gehören zu den "inneren Faktoren"

Störungen der Kognition (Intelligenz, Festplatte und Prozessor): Lern- und geistig behinderte Kinder benötigen oft einen ganzen Strauß von Therapien: Sprache, Feinmotorik, Konzentration, Sozialverhalten, Grobmotorik. Aber auch Lesen, Rechnen, Malen, Schwimmen und Reiten können als Rehabilitationsmaßnahmen hilfreich sein. Reittherapie fördert das Gleichgewichtsgefühl in oft überraschendem Ausmaß. Die Arbeit mit solchen Kindern ist wichtig, weil gut geförderte lern- oder geistig behinderte Kinder ein deutliches Mehr an Lebensfreude entwickeln, wenn sie sich unterschiedlichsten Tätigkeiten widmen können und nicht nur gelangweilt herumsitzen müssen. Kinder mit gestörter Kognition haben nicht selten eine Vorgeschichte mit diversen Risiken durch Schwangerschaft, Geburt, frühkindlichen Komplikationen, Fehlbildungen und Dysplasien, besonders des Gehirnes, genetische Bilder. Ihre

schulischen Einschränkungen sind globaler Natur. Diverse Wahrnehmungsbereiche, besonders die sensorische Integration und Praxisbereiche und sind gleichzeitig betroffen. Wenn bei Kindern mit geistiger Behinderung klinisch keine klare Diagnose vorliegt, sollte man zur genetischen Abklärung an Fachärzte für Genetik, resp. Fachinstitute, überweisen. Intelligenzstörungen gehören begrifflich zur Festplatte.

Nachteilsausgleiche bei der Zensurengebung gibt es nur für die Legasthenie. Es handelt sich dabei um eine in den Zensuren berücksichtigte Minderbewertung von Rechtschreibung und ggf. Leseleistungen. Rechenschwäche ist zwar den Pädagogen bekannt, ein Recht auf Nachteilsausgleich aber haben betroffene Schüler nicht. Kinder und Jugendliche mit schwerem ADS können in Sonderschulen gefördert werden, die sich der Erziehungshilfe (Sonderschule E) verschrieben haben. Sie finden sich aber, wie oft auch sozial benachteiligte Schüler in Schulen für Lernbehinderte (Sonderschule L). Die letzteren sind – zumindest in NRW – fast alle aufgelöst worden. Auf normalen Schulen aber stören Kinder mit schwerem ADHS den Unterricht so sehr, dass die Förderung „normaler“ Schüler unmöglich wird. Statt angemessene Förderung zu erhalten, behindern sie die „normalen“ Kinder auf ihrem Bildungsweg, profitieren von der „Integration“ selbst aber nicht.

Störungen schulischer Fertigkeiten sind nicht einfach zu differenzieren. Es bedarf spezialisierter Testprogramme, sowohl der Wahrnehmungsbereiche als auch der Teilleistungsbereiche und der Intelligenz. Manchmal führt die Beobachtung von Verhalten und Charakter zum Ziel. Wenn Kinder in der 2. Klasse schon eindeutige Zeichen einer spezifischen Leistungsstörung zeigen, sollen sie bereits jetzt

einer entsprechenden Diagnostik zugeführt werden. In den Praxen sollten sie in den Vorsorgeuntersuchungen auffallen. Wenn die einfachen Tests auffällig sind, sollten die Kinder differenziert getestet werden und einer spezialisierten Therapie zugeführt werden. Immer, wenn sich die Gelegenheit dazu bietet, und sei es nur kurz: richte das Wort an deine Patienten selbst und nicht ausschließlich an die Eltern. Nur so kannst du einen Blick auf ihre Laune erhaschen, ihren Charakter und „komische“ Verhaltensweisen und Umstände wahrnehmen.

Selbststimulierende Verhaltensweisen

Wir alle kratzen uns hier und da, niesen, popeln in der Nase, rauchen und was dergleichen schlechte Angewohnheiten sind, denn wir brauchen in der einen oder anderen Weise Stimuli, um uns körperlich gut zu fühlen. So auch Säuglinge und Kleinkinder. „Komische Bewegungen“ kommen in mannigfaltigen Ausformungen zur Beobachtung, sogar Masturbationsrituale schon im Kleinkindalter. Das Kind rutscht auf dem Hochstuhl herum, brummt, schwitzt und stöhnt. Manche Mädchen drehen ständig an ihren Haaren herum, ticartige Bewegungen kommen vor und vieles andere. Wichtig ist es zu unterscheiden, ob Selbststimulation vorliegt, oder z. B. ein cerebrales Anfallsgeschehen. Die Unterscheidung ist einfach: Aus cerebralen Anfällen führt der Weg nur durch spontanes Sistieren oder Medikation, bei Selbststimulation aber reicht die bloße Ansprache und die „komische Bewegung“ sistiert. Therapie der Selbststimulation: aktives Wegsehen. Die gleiche Therapie hilft auch bei der monosymptomatischen **Ticstörung**.

Sichelfüße

Sie kommen bei jungen Säuglingen recht häufig vor. Es liegt keine Fehlbildung, sondern nur eine Fehlstellung vor. Vom Sichelfuß zum Klumpfuß ist es ein weiter Weg. Letzterer gehört in die Hand geschickter Kinderorthopäden. In seltenen Fällen ist die Abgrenzung zwischen einem ausgeprägten Sichelfuß und dem Klumpfuß aber schwierig. In der Regel jedoch können die Eltern selbst dafür sorgen, dass sich die Fehlstellung wieder normalisiert.

Zwei Techniken, die kombiniert werden können, haben sich bewährt: 1. das Bestreichen des seitlichen Fußrandes mit einer weichen Bürste: dadurch wird der äußere Fußrand reflexartig angehoben und der Fuß gestreckt. 2. Die passive Redression dehnt die Faszien und Sehnen des Fußes. Mittel- und Vorfuß werden mit der einen Hand zwischen Daumen und Zeigefinger gefasst, der Rückfuß, also Talus und Kalkaneus mit der anderen. Gegen das Widerlager des proximalen Dig. V des Mittelfußes wird der Mittel – und Vorfuß gegenüber dem Rückfuß nach lateral rhythmisch mobilisiert (z. B. 5 mal rechts und 5 mal links) und dies mehrfach am Tag. Ein extremer Sichelfuß aber kann sich durch eine spezielle Wickeltechnik bessern. Er wird täglich unter Anleitung einer erfahrenen Physiotherapeutin in Neutralposition gewickelt. Bessert sich das Bild, wird man mit dem Verfahren Erfolg haben. Bessert es sich nicht, erfolgt die Überweisung zum Kinderorthopäden.

Ticstörungen

Sie treten im Wesentlichen in Situationen auf, in denen sich das Kind beobachtet fühlt, sie sind von keinerlei Veränderung der Vigilanz oder

Gleichgewichtsstörung begleitet. Tics verlaufen meist monosymptomatisch. Es kommen vor: Blinzeln, Schulterzucken, Räuspern, Nase hochziehen, Rotationsbewegungen der HWS und andere. Es gibt schlimmere Fälle mit Zwei- und Dreifachbewegungen, z. B. Räuspern plus Kopfwendung, die ebenfalls vorkommen. Sie verlaufen meist ähnlich, wie monosymptomatische Tics. Polysymptomatische Formen, also mehrere komischen Bewegungen und Geräusche gleichzeitig bis zum Gille de la Tourette – Syndrom wirst du ebenfalls erleben, sind aber sehr selten. Therapie des einfachen Tics: Eltern, Geschwister und nahe Kontaktpersonen sollten bewusst wegschauen. Die Störung beim monosymptomatischen Tic verschwindet meist innerhalb weniger Wochen, Ermahnungen und Kritik bewirken das Gegenteil. Polysymptomatische Tics, , bedürfen oft einer Therapie mit Psychopharmaka.

Töpfchenneurose

Beim Übergang von der Windel zum Toilettengang treten gelegentlich Schwierigkeiten auf. Eine davon ist die „Töpfchenneurose“. Über Gründe lässt sich trefflich streiten. Mit spätestens 5 Jahren sollte ein Kleinkind seine Windel nicht mehr benötigen. Oft aber sind Kinder bereits mit 1-2 Jahren „trocken“.

Grundsätzlich sollte man nichts versuchen zu erzwingen. Kinder wollen groß und erwachsen werden, also lernen sie von selbst Stuhl – und Urinkontinenz. Manchmal aber tun sie sich schwer. Vor allem Mädchen sind betroffen. Sie halten den Stuhl zurück. Wenn er dann endlich ultimativ kommt, ist der Vorgang schmerzhaft. Der Schmerz befördert die Abneigung gegen das Stuhlen und es entsteht ein Teufelskreis.

Ich empfehle, den Stuhl mit einem Abführmittel, z. B. Movicol, weicher zu machen. Die zusätzliche Gabe von Zäpfchen und Klistieren führt nicht selten zu einer Verschlimmerung der Problematik. Entspannend aber wirkt oft bereits der Rückzug der Eltern von jedweder Hilfeleistung. Kinder, die noch nicht willkürlich entleeren, sollten immer gewindert werden. Täglich mehrfach die Unter- und Bettwäsche zu wechseln ist eine Zumutung für die Eltern und pädagogisch kontraproduktiv. Nur bei „trockenen“ Kindern sollte man auf Windeln verzichten.

Tonusstörungen des Neugeborenen und Säuglings

Seit einigen Jahren sehen wir in der Praxis vermehrt Säuglinge, die irgendwie schief sind. Sie liegen asymmetrisch auf der Unterlage. Meist sind sie nach rechts, manchmal nach links rotiert. Entsprechend flach wird der Hinterkopf auf der betreffenden Seite (Plagiocephalie). Der Schädel ist wie ein Parallelogramm verschoben. Parietookzipital findet sich eine Abflachung, ventral auf der gleichen Seite eine prominente Stirn. Das Ohr auf der betreffenden Seite steht weiter ventral als das auf der Gegenseite (earshift). Am besten sieht man diese Veränderungen vom Scheitel aus. In Ausnahmefällen besteht eine primär entstandene Plagiocephalie, die gleich nach der Geburt erkennbar war. Beachtet aber: Von einer Plagiocephalie zu unterscheiden ist eine einseitige Coronarnahtsynostose, sie verkürzt den Schädel einseitig. Ein earshift besteht nicht und auch keine prominente Stirn.

In den letzten 15 Jahren, eigentlich seit der weltweiten Forschung über den plötzlichen Kindstod, werden Säuglinge zum Schlafen fast ausschließlich auf den Rücken gelegt. Auch bei anderer Gelegenheit: im Kinderwagen, im MaxiCosi, etc. liegen die Kinder oft bis zu einem halben

Jahr fast ausschließlich auf dem Rücken. Fehltonisierungen, die unter der Geburt oder durch eine intrauterine Lageanomalie beim Kind entstehen können, gleichen sich bei Rückenlagesäuglingen oft nicht spontan aus.

Als erstes ist folglich die Empfehlung: den Säugling so oft und so lang wie möglich auf dem Bauch zu lagern. Zunächst als Training. Ca. 8 mal am Tag wird das Kind auf den Bauch gelegt und zwar so lang, wie es das klaglos aushält. Zu Beginn kann es nur wenige Minuten Bauchlage trainieren, später immer länger. Schließlich sollten Babys insgesamt ca. 3/4 ihrer Wachperioden in Bauchlage verbringen können.

Oft gibt sich die Tonusasymmetrie von allein. In hartnäckigen Fällen muss man weitere Wege kennen. Einerseits helfen Handling-Empfehlungen. Darüber hinausgehende Techniken bieten die Kinderosteopathie bzw. die manuelle Kindertherapie und die Kinder- Physiotherapie nach Vojta.

Trinken

Eltern haben nicht selten Angst, dass ihr Kind – einerlei welchen Alters - nicht genügend trinkt. Um Trinkmengen zu erreichen, wie sie in einigen Ratgebern empfohlen werden, bieten die Eltern auch ungesunde, meist zuckerhaltige Getränke an. Aber: Das Durstgefühl ist bei gesunden Kindern ein sehr sicherer Indikator für eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme. Wenn ein gesundes Kind trinken will, dann sollte es Wasser zu sich nehmen. Ein sicherer Hinweis für die ausreichende Trinkmenge ist die Farbe des Urins. Hellgelb: ausreichend getrunken, dunkelgelb: die Bilanz ist negativ. Säfte sind Leckereien als solche sind nicht verboten, aber auch nicht erforderlich.

Vasovagale Synkopen

Kreislauf labile Kinder können in Belastungssituationen Ohnmachtsanfälle bekommen. Das Kind wird blass und sackt in sich zusammen. In der Regel sind solche Zustände harmlos. Denn wenn das Kind am Boden liegt, stabilisiert sich sein Kreislauf, die Ohnmacht sistiert, das Kind kann langsam und vorsichtig wieder aufstehen. Klinisch unterscheiden sich derlei Synkopen von ernst zu nehmenden Anfällen, seien sie zerebral, durch Stoffwechsel oder kardial bedingt vor allem durch ihr rasches Ende, sobald das Kind am Boden liegt. Eine weitergehende Diagnostik und Therapie erübrigt sich dann. Es reicht aus, dem Kind ein Glas Wasser zum Trinken zu geben. Sollten sich Ohnmachten wiederholen hilft morgens eine Tasse gesüßten Tee sowie ausreichend Flüssigkeit und Nahrung über den Tag verteilt.

Vitium cordis als Notfall in der Praxis

Weil schwere Herzfehler in der Praxis selten vorkommen, aber rasches Handeln erfordern, möchte ich ein paar Prinzipien für eine rasche Orientierung nennen.

Wenn der Verdacht auf einen kritischen Herzfehler aufkommt, überprüfe rasch: Allgemeinzustand, Haut, Lunge, Herz (auch dorsal), Leber, Axillar- und Femoralispulse.

- Haut: Blass, cyanotisch, blau, Oedeme?
- Atmung: Beschleunigt? Atemgeräusche? Einziehungen?
- Herzgeräusch: laut, leise, nur systolisch, systolisch-diastolisch, auch dorsal?
- Femoralispulse?

- Herzaktion: beschleunigt? hyperaktiv?
- Leber: vergrößert? hart? weich?
- O2-Sättigung

Bestätigt sich klinisch der Verdacht, ordert man per Notruf den NAW oder sorgt sonstwie für einen sicheren Transport in die nächste Kinderklinik. Die Ankunft eines kritisch kranken Kindes sollte in der Klinik telefonisch vorab angekündigt werden, damit dort das Notfallteam bereitsteht.

Vorhautenge und -adhäsionen, Phimose

Unter dem Vorwand einer Phimose kommt es massenhaft zu rituellen Beschneidungen. Nach westlicher Kulturauffassung sind solche Prozeduren am Kind Misshandlungen. Davon ist hier nicht die Rede.

Die Vorhaut von kleinen Jungen ist oft ein bisschen eng. Bei der Miktion kann sie sich ein wenig aufblähen. Solange das Kind keine Schmerzen dabei hat und nicht pressen muss, liegt kein behandlungsbedürftiger Befund vor. Denn unter dem Einfluss frühkindlicher Erektionen weitet sich die Vorhaut und öffnet von selbst. Nur selten aber ist Therapie erforderlich. Sie sollte zunächst ausschließlich mit Hilfe einer Salbe erfolgen. Phimosen sollten vor Beginn der Pubertät, also in der Grundschulzeit, beseitigt sein.

Es reicht meist aus, täglich 2mal beim Morgens- und Abendritual eine Corticoid-haltige Creme zu verwenden. Man benetzt dafür einen möglichst kleinen Watteträger mit der Creme und appliziert sie unter und auf die Vorhaut. Nach spätestens 14 Tagen ist die Haut dort so weich, dass man sie ohne Kraft über die Eichel zurückziehen kann. Dies Manöver sollte man in der Praxis nach ca. 2 Wochen das erste Mal versuchen, vorsichtig

und atraumatisch. Nicht selten sieht man nun, dass die Vorhaut mit der Eichel zum Teil verklebt ist. Solche Adhäsionen lösen sich in der Regel nach der beschriebenen Behandlung in den nächsten Wochen von selbst. Ggf. ist eine Nachbehandlung mit Bepanthen-Salbe sinnvoll. Man bringt sie in der gleichen Weise auf wie oben beschrieben.

Wachstumsschmerzen

Obwohl ich mich seit über 40 Jahren beruflich fast ausschließlich mit kranken Kindern beschäftige, habe ich bisher zweifelsfrei keinen einzigen Fall von Wachstumsschmerzen feststellen können. Oft aber werden Kinder vorgestellt, weil sie nachts mit Beinschmerzen aufwachen. Werden sie tags darauf klinisch untersucht, findet sich nichts Konkretes. Kein Hinken, keinen eindeutigen Klopfschmerz über den Röhrenknochen, keine Gelenkbeschwerden, keine Allgemeinzeichen.

Aber gut, es gibt darüber Veröffentlichungen und Eltern tragen diese Problematik vor. Therapeutische Konsequenzen hat die Diagnose sowieso nicht. Schmerzmittel verbieten sich, denn – so berichten Eltern einhellig - beim Erwachen sistiert der Schmerz rasch. Es reicht meist aus, die Eltern über den harmlosen Charakter der Störung zu informieren. Wer es nicht lassen kann, mag ein Schmerzmittel geben. Erforderlich aber ist es nicht, denn nach dem Erwachen des Kindes sistieren die Beschwerden nach nur wenigen Minuten.

Windeldermatitis

Die folgenden Regeln für den gesunden Windelbereich sollten Eltern beherzigen:

1. Der Windelbereich bedarf keiner speziellen Pflege außer der regelmäßigen Anwendung von warmem Wasser. Moderne Höschenwindeln verfügen über einen sicheren „Nässeschutz“, also sind Windelsalbe und Puder in der täglichen Pflege überflüssig bis schädlich.
2. Stuhlreste können mit klarem Wasser und ggf. einer milden Babyseife entfernt werden. Man benutzt einen frischen Waschlappen und fließendes, warmes Wasser. Konsequente Hygiene und ein möglichst trockener Windelbereich sind fast immer hinreichend, auch dann, wenn sich bereits eine Dermatitis gebildet hat.
3. Bei schwereren Verläufen einer Windeldermatitis zunächst einfache Zinkpaste anwenden (z.B. Mirfulan). Die Salbe nach gründlicher Reinigung und Trocknung der Region dünn auf die betroffenen Bereiche auftragen. Bei jedem Windelwechsel die Region zunächst wieder mit Wasser und Babyseife waschen, trocknen und dann die Creme erneuern. Wenn es nicht hilft: Betupfen (dicker Stieltupfer) der gewaschenen und getrockneten Haut mit Gentiana violett (Methylrosanid) 0,2%. Sinnvoll ist die gleichzeitige Gabe eines oralen Antimykotikums. In den seltensten Fällen sind lokale antimykotische, oder antibakterielle Substanzen aber fast nie Kortikoide sinnvoll.

Zahnungsschmerzen und Pflege der Milchzähne

Zahnungsbeschwerden sind ein Thema, das ich für stark überschätzt halte. Mein Verdacht: die Eltern sehen, fühlen oder vermuten nur, dass jetzt ein Zähnchen kommen müsste und das Kind weint in dieser Periode vermehrt.

Also wird ein kausaler Zusammenhang vermutet. Meine eigene Beobachtung aber ist: Die Dentition ist nicht schmerzhaft. Denn wenn zum Ende dieser Phase (Alter ca. 2;3 Jahre) die 5er Molaren herauskommen, sind die Kinder mit völlig anderen Entwicklungsaufgaben beschäftigt. Eigentlich müssten doch diese relativ dicken Zähne beim Durchtreten besonders schmerzhaft sein. Sind sie aber nicht. Daumenregel: Ab Monat 6 kommt jeden Monat ein Milchzahn hinzu.

Gleiches gilt für die Dentition der ersten bleibenden Zähne mit ca. 5 Jahren. In diesem Alter sind die „Zahnungsbeschwerden“ definitiv kein Thema mehr.

Wir Kinderärzte raten zu früher Zahnpflege, vom ersten Zähnchen an. Zucker sollte man weitestgehend meiden, auch nicht in Kindertees. Säfte sind süß und säuerlich und greifen den zarten Zahnschmelz besonders an. Im Alltag sollten Wasser und/oder zuckerfreie Tees angeboten werden. Zuckerhaltige Getränke sollte man nicht verdammen, sie aber vielleicht nur für besondere Anlässe reservieren.

Ein kariesfreies Gebiss ist von großer Bedeutung für das allgemeine Wohlbefinden und die Gesundheit der Kinder. Ein gut funktionierendes Gebiss, Beschwerdefreiheit und kosmetische Aspekte sind lebenslang wichtige Gesundheitsfaktoren.

Zysten in der Kniekehle (Poplitealzyste)

Poplitealzysten sind pathogenetisch und klinisch von Baker - Zysten zu unterscheiden. Poplitealzysten haben anatomisch keine Verbindung zur Gelenkkapsel. Sie sind flüssigkeitsgefüllte Aufweitungen im Bereich der Bursa des proximalen Anteils des musculus gastrocnemius. Weder Schonung noch Punktion oder andere Therapien sind erforderlich. Die Zysten verschwinden im Verlauf von Wochen oder wenigen Monaten spontan. Von Ausnahmen wird berichtet, wir haben sie nie gesehen.

Teil 3: Schluss, der kindermedizinische Werkzeugkasten

In dieser Übersicht über Krankheiten, diagnostische und therapeutische Überlegungen sowie Fallstricke auf dem Weg zur richtigen Therapie findest du eine Menge Fakten, Daten und ein paar systematische Überlegungen. Es wäre nützlich, den Text einmal ganz quer zu lesen, damit du weißt, was du davon erwarten kannst. Lesedauer ca. 4 Stunden. Bei Bedarf findest du alle Inhalte über das Inhaltsverzeichnis und die elektronische Stichwortsuche wieder.

Es ist darüber hinaus wichtig, das Rauschen im Kopf zu bekämpfen, was sich regelmäßig einstellt, wenn man eine Menge an Informationen verarbeiten soll. Leg dir also einen "Werkzeugkasten" zu, in den du blind hineingreifen und die angemessenen Hilfsmittel finden kannst.

Der Werkzeugkasten

Was du selten brauchst, im Moment eines Verdachts aber schnell zur Hand haben musst, das ist die **Telefonnummer** des Kindernotrufs.

Außerdem benötigst du eine immer griffbereite Liste mit den Telefonnummern des zuständigen Kinderhospitals und einiger wichtiger Fachabteilungen, vor allem der Röntgenabteilung und vom sozialpädiatrischen Zentrum. Weiters die Nummern der Facharztpraxen, die du häufiger konsultierst: HNO, Augen, Orthopädie, etc. Schreib dir die persönliche Durchwahl oder die Handynummer der diversen Kollegen auf.

*Außerdem benötigst du einen klaren Blick auf die **kindliche Entwicklung**. Für eine rasche Einschätzung des Säuglings und Kleinkindes eignet sich besonders die grobmotorische Entwicklung. Für eine differenzierte Einschätzung aber benötigst du mehr: Zunächst die Sprachentwicklung, dann aber auch Feinmotorik und Sozialkontakt bei speziellen Fragestellungen.*

Die Alterszeiträume, mit denen Entwicklung beschrieben wird, sind im Einzelfall sehr variabel. Die hier angegebenen Lebensalter sind nur Durchschnittswerte.

Also: Wir unterscheiden bei Beschreibung der Entwicklung vier Bereiche: **Grobmotorik, Feinmotorik, Sprache und Sozialkontakt**. Diese Bereiche entwickeln sich teilweise unabhängig voneinander: ein sprachbegabtes Kind ist vielleicht motorisch weit zurück, ein motorisch retardiertes vielleicht sprachlich sehr weit, ein motorisch sehr fittes Kind vielleicht sprachlich und im Sozialkontakt eher zurück. Wenn du also feststellst, dass die Grobmotorik substantiell retardiert ist, bedeutet das keineswegs, dass das Kind auch kognitiv zurückfällt. Beachte immer, dass die Entwicklung sehr individuell verläuft. Es gibt viele Varianten des Normalen. So gibt es z.B. Kinder, die lernen erst mit 20 Monaten zu laufen, andere schon mit 9 Monaten.

Grobmotorik:

Das **Neugeborene** kann sich in Bauchlage nicht gezielt gegen die Schwerkraft bewegen. In Rückenlage rudert es mit den Ärmchen, strampelt mit den Beinchen und betätigt die Bauchmuskulatur heftig, auch wenn meist weder Stuhlgang, noch Urin, noch Blähungen dabei abgehen. Das Baby übt die Muskulatur von Bauch und Beckenboden. Mit **3 Monaten** stürzt ein Säugling in Bauchlage in der Regel auf die Ellenbogen und hebt dabei die Brust an, mit **6 Monaten** auf die Hände und hebt dabei den Bauchnabel, mit **9 Monaten** kann es den Vierfüßlerstand, mit **12 Monaten** kann es stehen, und mit 15 Monaten laufen. Die Haltung und die groben Bewegungen sind dabei symmetrisch.

Sprache:

Neugeborenes: Schreien, Gurren, Lallen, Vokale. 3 Monate: erste Silben, Silbenketten, melodische Hebungen und Senkungen (Prosodie), Echolalie. 12 Monate: erste Wörter. 2 Jahre: Erste kleine Sätze. 3 Jahre: vollständige Hauptsätze, immer weniger Fehler bei der Aussprache. 4 Jahre: vollständige Sätze (Haupt - und Nebensätze), meist fehlerfreie Aussprache. 5 Jahre, kleine Geschichten.

Feinmotorik:

Palmargriff: 4 Monate, Zangengriff: 6 Monate, Scherengriff : 9 Monate, Beidhändigkeit, Pinzettengriff: 12 Monate. Später Zeichnen von Männlein, Baum, Haus, Gebrauch von Hilfsmitteln wie Stift, Schere. Für die rasche Beurteilung von Entwicklung ist die Feinmotorik meist keine große Hilfe.

Sozialkontakt:

Neugeborenes: Hinwendung, Abwendung, grobe Signalisation von Bedürfnissen wie Hunger und Müdigkeit. 3 Monate: Kontaktlächeln, 6 Monate: Fremdeln, bei Einzelkindern stärker ausgeprägt als in großen Familien. Der Säugling unterscheidet jetzt Eltern und Geschwister von Fremden. 12 Monate: die eigenständige Kontaktaufnahme beginnt.

Für die Diagnostik von Entwicklungsstörungen beim Klein- und Schulkind solltest du dir, im Hinblick auf deine therapeutischen Überlegungen, dringend einen Begriff vom **“kognitiven Apparat”** zulegen. Dafür eignet sich das → [Schaubild](#) auf Seite 75. Von links nach rechts gelangst du von den Wahrnehmungsbereichen (die 6 Sinne) zu Wahrnehmungsverarbeitung (Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis, Konzentrationsleistung und Verarbeitungsgeschwindigkeit) zu den Leistungen (Teilleistungen, Praxiebereiche). Aus dem Schaubild ergibt sich beim individuellen Patienten die Abgrenzung einer Störung in einem oder wenigen Bereichen (Testverfahren in den Bereichen Wahrnehmung, Verarbeitung, Teilleistung) von globalen Störungen. Aus dieser Differenzierung gelangst du zu den sinnvollen Therapien: Hörtraining, Hörgeräte, Sehtraining, Brillenverordnung, SI - Therapie (sensorische Integration, Heilpädagogik, Ergotherapie), Propriozeption (auch Physiotherapie, Manuelle und osteopathische Therapie). Durch angemessene Testung findet man so auch den Bereich systemübergreifender Störungen: Lern- (bleibt vermutlich immer unselbständig) oder geistige Behinderung (ist nicht in der Lage, Kulturtechniken zu beherrschen) sowie Neurodiversität (Autismus, ADS, Hypersensible Persönlichkeit, drei Bereiche, die sich in vieler Hinsicht

ähnlich sind, aber eben doch voneinander unterschieden werden müssen). Und du kennst den Einfluss der sozialen Umgebung, sowie den von Charaktereigenschaften.

Außerdem verfügst du mit Hilfe dieses Büchleins über grundlegende Kenntnisse darüber, wie eine korrekte Diagnose entsteht und wie man sich möglichst vor Fehleinschätzungen bewahrt (der diagnostische Prozess, klinische Untersuchungstechnik).

Und schließlich hast du Kenntnis von den häufigsten Fragestellungen und Krankheiten im pädiatrischen Alltag (Suchfunktion der EDV, Inhaltsverzeichnis) sowie über die vielen “kleinen Fragen”, die nur selten den Weg in Lehrbücher finden . Und du kennst die sogenannte “Basistherapie” und auch, wie man Über- und Untertherapie vermeidet.

Die kleinen Menschenlein, für die du Verantwortung übertragen bekommst, sind eigenständige Persönlichkeiten, vom ersten Tag an. Nimm sie ernst, versuche Blickkontakt und versuche mit ihnen zu sprechen und zu scherzen. Sie werden dir dafür unendlich dankbar sein.

Dr. med. Michael Müller, Bielefeld, den 01.01.2025