Eltern-ABC

für Einschulungskinder

KREIS
STEINFURT

Inhaltsverzeichnis (Themen alphabetisch geordnet) **Seite**

Vorwort ... 3
Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörung ... 4
Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADHS) ... 4
Einnässen, Bettnässen – Ursachen und Behandlung ... 6
Impfen ... 8
• Masern ... 8
• Mumps ... 9
• Röteln ... 9
• Windpocken ... 10
• Tetanus / Diphtherie / Polio ... 10
• Keuchhusten ... 11
• Haemophilus influenzae (HIB) ... 11
• Hepatitis B ... 11
• Pneumokokken ... 12
• Meningokokken ... 12
• Fazit ... 13
Infektionsschutzgesetz - Merkblatt ... 14
Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) ... 18
Linkshändigkeit/Lateralität ... 20
• Wechsel der Händigkeit ... 20
• Hinweise für linkshändige Kinder ... 20
• Beleuchtung ... 21
• Schreibheft ... 21
• „Spezialwerkzeuge“ ... 21
Mediennutzung ... 22
Motorik ... 24
• Feinmotorik/Visuomotorik ... 24
• Grobmotorik ... 26
• Hochbegabung ... 28
Rechenschwäche (Dyskalkulie) ... 30
Schulfrühstück ... 32
Schultornister ... 34
Sicher zur Schule ... 35
Soziale und emotionale Entwicklung ... 37
Sprache ... 38
Taschengeld ... 41
Vorsorgeuntersuchungen ... 42
Wahrnehmung ... 43
• Auditive Wahrnehmung (der Hörsinn) ... 45
• Visuelle Wahrnehmung (der Sehsinn) ... 47
• Taktile Wahrnehmung (der Tastsinn) ... 48
• olfaktorische Wahrnehmung (der Geruchssinn) ... 49
Zahngesundheit ... 50
Literatur/Internet-Adressen und Links ... 52

Vorwort

Liebe Eltern!

Jetzt ist es also soweit: Aus Ihrem Kindergartenkind wird in Kürze ein Schulkind! Die meisten Kinder sehen diesem Ereignis mit froher Erwartung entgegen, sie möchten lernen, endlich groß sein und zur Schule gehen.
Bei vielen Eltern stellen sich auch teils bange Fragen ein: Wird mein Kind den Anforderungen der Schule wohl gewachsen sein, wie wird es mit dem neuen Alltag zurecht kommen, wird es Freunde finden...?
Bei der Schuleingangsuntersuchung soll der Gesundheitszustand des Kindes festgestellt und etwaige Auffälligkeiten rechtzeitig erkannt werden. Es werden Aussagen zum Entwicklungsstand des Kindes gemacht werden, um ggf. Fördermaßnahmen einzuleiten. Um Ihnen auch bei allgemeinen Fragen rund um den Einschulungszeitpunkt Hilfestellung zu geben, haben wir das *Eltern-ABC* entwickelt. Hier finden Sie zu verschiedenen Themen kurze Abhandlungen, die Ihnen die Orientierung erleichtern sollen. Zu den meisten Punkten gibt es auch weiterführende Hinweise wie Buchempfehlungen, Hinweise auf Internet-Seiten etc.
Unser *Eltern-ABC* wird jährlich überarbeitet und ergänzt. Sollten Ihnen Themen auf dem Herzen liegen, von denen Sie meinen , dass sie hier hinein gehören, sind wir für eine entsprechende Mitteilung dankbar.

Kontakt: Gesundheitsamt Steinfurt
Agnes Altemeyer | Tel.: 02551 69-2885
agnes.altemeyer@kreis-steinfurt.de

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind einen erfolgreichen Start!

9. Auflage 2014

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Gesundheitsamt des Kreises Steinfurt

Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörung Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADHS)

Vermutlich kennt sie jeder, den „Zappelphillip“ oder den „Michel aus Lönnebergen“. Kinder, die durch ihre übermäßige Bewegungsfreude und ihr spontanes, oft unüberlegtes Verhalten auffallen, aber eben auch durch ihre Kreativität und ihren Einfallsreichtum.

Den Statistiken nach trifft die Diagnose eines ADHS auf etwa 5 % der Einschulungskinder zu, wobei die Jungen eindeutig überwiegen. Dabei ist die Grenze zwischen „Normal“ und „Auffällig“ fließend, zwischen sehr ruhigen, lebhaften und übermäßig lebhaften Kindern gibt es jede Menge Grauschattierungen. Zudem kommt das Syndrom noch in sehr unterschiedlicher Ausformung (z.B. mit und ohne Hyperaktivität) vor.

Um die Diagnose stellen zu können, müssen verschiedene Kriterien für den Arzt erfüllt sein. Dazu gehören

- ein Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die geistige Anstrengung und Konzentration verlangen
- ein auffallend sprunghaftes Verhalten, ständiger Wechsel des Spielortes oder der Tätigkeit
- impulsives, oft unüberlegtes Verhalten, das schnell zu Problemen im Sozialkontakt aber auch im Straßenverkehr führen kann

Außerdem muss das Störungsbild bereits in der frühen Kindheit beginnen und über mehr als sechs Monate fortbestehen, andere Ursachen müssen ausgeschlossen sein.

Kinder, die an einem ADHS leiden, haben oft noch andere, zusätzliche Probleme. So kommen Teilleistungsschwächen wie z.B.

- mangelhafte Körperkoordination und Ungeschicklichkeit
- eine Lese-/Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche
- eine Störung der Fein-/Visuomotorik („schlechtes Schriftbild“)

gehäuft vor. Diese Probleme bedürfen einer gesonderten Berücksichtigung. Von ihrer Umgebung werden ADHS-Kinder oft als „anstrengend“ und „störend“ erlebt. Durch viele negative Rückmeldungen können sie deshalb kaum Selbstbewusstsein aufbauen, haben Schwierigkeiten in sozialen Situationen und werden zunehmend ausgegrenzt. Die Schule stellt für diese Kinder –

aber natürlich auch für deren Eltern und die Lehrkräfte – eine besondere Herausforderung dar.

Was können wir tun?

- Nicht jedes unruhige, unkonzentrierte Kind hat ADHS! Oft liegen die Ursachen auch in einem mangelnden Bewegungsangebot, übermäßigem Medienkonsum oder in einer Überforderung des Kindes begründet. Hier kann Abhilfe geschaffen werden!

- Bei anhaltenden Problemen sollte frühzeitig professioneller Rat eingeholt werden. Ansprechpartner wären hier: Der Kinderarzt, die psychologische Beratungsstelle oder der niedergelassene Kinder-/Jugendpsychiater bzw. entsprechende Institutsambulanzen (Adressen erhalten Sie bei Ihrem Kinderarzt).

- Wurde die Diagnose gestellt, gibt es unterschiedliche Wege der Behandlung z. B. in Form eines „Elterntrainings“, einer psychotherapeutischen Begleitung oder einer Medikation.

Wichtig ist:

Die Probleme „wachsen sich nicht aus“. Unerkannt und unbehandelt drohen zunehmende Schwierigkeiten im Sozialkontakt (fehlende Freunde, Ausgrenzung, Isolation) sowie zunehmende Probleme in der Schule!

Literatur & Links:

- *„Wackelpeter und Trotzkopf“ von Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl: Beltz-Verlag, 4. Aufl. 2011 24,95 €*

- *„ADHS“ - Infobroschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: kostenlos zu bestellen unter: www.bzga.de*

- *„Ratgeber Hyperkinetische Störungen“ von Döpfner, Fröhlich, Lehmkuhl: Hogrefe 5,95 €*

Elternselbsthilfegruppe: „Mein Kind ist AnDerS“ www.netzwerk-selbsthilfe.de

Einnässen, Bettnässen – Ursachen und Behandlung

Zunächst gilt es, das nächtliche Einnässen (Enuresis) vom unkontrollierten Harnverlust tagsüber (Harninkontinenz) zu unterscheiden. Kommt es auch tagsüber zu unwillkürlichem Harnverlust, so sollte Ihr Kinderarzt das Krankheitsbild durch weitergehende Untersuchungen vor Beginn der richtigen Therapie genau abklären.

Aufklärung über das weitaus häufigere nächtliche Einnässen, das zu großer Verunsicherung und Belastung in der Familie führen kann.

Man schätzt, dass ca. 10 % der 7-Jährigen und noch 5 % der 10-Jährigen einnässen. Dabei handelt es sich in den allermeisten Fällen um eine Reifungsverzögerung. Das heißt, dass sich die Zahl der einnässenden Kinder ohne weitere Therapie im Laufe der Zeit deutlich verringert. Einer genaueren ärztlichen Abklärung bedarf es erst nach dem 6. Lebensjahr.

Ursachen

Neben der bereits erwähnten Reifungsverzögerung gibt es genetische Ursachen, d. h. weitere Familienmitglieder, Eltern, Geschwister leiden bzw. litten ebenfalls an Enuresis. Psychosoziale Einflüsse, Stress können ein Grund für das Einnässen sein. Auch werden hormonelle Ursachen vermutet: Das sogenannte Antidiuretische Hormon (ADH) sorgt für eine Reduktion der nächtlichen Harnproduktion. Ob aber ein nächtlicher ADH-Mangel ursächlich für das Einnässen verantwortlich ist, erscheint nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen fraglich. Dennoch sollte diese mögliche Ursache in der Behandlung berücksichtigt werden.

Erkennung

Durch genaue Befragung, eine gründliche Untersuchung und mit Hilfe eines Protokolls kann die Art der Blasenentleerungsstörung von Ihrem Kinderarzt meist sicher eingeschätzt werden. Ergeben sich dabei Hinweise auf eine organische Ursache, so sind evtl. weiterführende Untersuchungen (Sonographie, Messung des Harnstrahls etc.) notwendig.

Therapie

Ziel ist das Erreichen einer sicheren Blasenkontrolle und eine Entspannung der durch das Einnässen entstandenen psychischen Belastung. Oft hilft schon das Führen eines Kalenders, in dem für jede trockene Nacht z. B. ein lachendes Gesicht eingetragen wird. Unter Umständen kann auch nächtliches Aufwecken vorübergehend hilfreich sein. Des Weiteren kommen in Einzelfällen Medikamente zum Einsatz, die die Blasen- bzw. Schließmuskelfunktion unterstützen.

Da aber viele Kinder typischerweise schwer erweckbar sind und durch den eigenen Harndrang bzw. -abgang nicht wach werden, ist hier der Einsatz von Klingelhosen oder Matratzen unter Umständen erfolgsversprechend. Dabei wird schon bei den ersten Urintropfen ein lautes Wecksignal ausgelöst, wodurch die Kinder in einigen Wochen lernen, rechtzeitig wach zu werden.

Vorsorge

Die Eltern sollten wissen, dass Kinder praktisch nie freiwillig einnässen. Ein psychischer Druck, der auf dem Kind lastet, muss deswegen unbedingt vermieden werden.
Bis zum 6. Lebensjahr kann Bettnässen als normal betrachtet werden. Mit etwas Geduld erledigt sich das Problem oft von allein.
Ob das Einnässen noch normal ist oder einer weiterführenden Diagnostik und Therapie bedarf, sollte daher möglichst rechtzeitig mit dem Kinderarzt besprochen werden.
Sie sollten Ihr Kind unterstützen, indem Sie sein Selbstbewusstsein fördern und ihm vermitteln: Du wirst trocken!

Literatur & Links:

- Ratgeber Einnässen. Alexander von Gontard, Gerd Lehmkuhl. ISBN: 3801714543. Hogrefe 2 Aufl. 2012 8,95 €
- www.bvkj.de

Impfen

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten vorbeugenden Maßnahmen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich.

In Deutschland gibt es keine Impfpflicht. Leider sterben – wenn auch glücklicherweise seltener – Kinder an Masern, Windpocken, Erregern der eitrigen Hirnhautentzündung (Meningokokken) und anderen sog. impfpräventablen Infektionskrankheiten (Krankheiten, denen durch eine Impfung vorgebeugt werden könnte).

Ziel einer Impfung ist es, die geimpften Personen vor einer ansteckenden Krankheit und deren möglichen Folgen zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional auszurotten (bei Masern wäre das bei einer Durchimpfungsrate von 95 % der Fall).

Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut gibt zumeist jährlich aktuelle Impfempfehlungen heraus. Dazu gehören ein Impfkalender für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Ebenso werden zusätzliche Empfehlungen u. a. für Reiseimpfungen, berufliche Exposition und Postexpositionsprophylaxen (Impfungen nach Kontakt mit Erkrankten) erstellt. Nachfolgend werden kurz die für Kinder im Einschulungsalter empfohlenen Impfungen bzw. die Erkrankungen, die durch eine solche Impfung verhindert werden sollen, vorgestellt.

Masern

Masern, eine der ansteckenden (Virus-)Erkrankungen, sind weltweit verbreitet. Die Masernerreger werden durch Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch übertragen. Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 5 Tage vor Auftreten des Hautausschlages und hält danach noch ca. 4 Tage an. Bei Kontakt mit Erkrankten ist die Ansteckungsfähigkeit für Ungeschützte hoch - nahe 100 %. Gefürchtet sind besonders die Komplikationen wie Mittelohrentzündungen, Bronchitis und Lungenentzündungen, aber auch die sog. Masernenzephalitis, eine Entzündung des Gehirns mit eventuell bleibenden Schäden (selbst in Deutschland werden Komplikationen in 20 – 25 % der Fälle beobachtet).

Erkrankte sind mindestens 5 Tage nach Exanthemausbruch von Gemeinschaftseinrichtungen fernzuhalten. Die Eltern/Erziehungsberechtigten müssen die Gemeinschaftseinrichtungen informieren. Kontaktpersonen von Erkrankten, die keine Schutzimpfung nachweisen können bzw. bei denen kein Schutz im Blut nachgewiesen werden kann, werden **14 Tage** vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen.

Mumps

Die Mumpserreger, sog. Paramyxo-Viren, werden ebenfalls durch Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch übertragen. Die Inkubationszeit (Zeit zwischen Kontakt mit dem Erreger und dem Krankheitsausbruch) beträgt 12 - 25 Tage. Nach einem Krankheitsbeginn mit Fieber, Appetitlosigkeit, Unwohlsein und Kopfschmerzen treten Schwellungen der Ohrspeicheldrüsen auf (bei 70 - 80 % der Erkrankten bds.). Komplikationen bestehen in einer Beteiligung des ZNS (Zentrales Nervensystem, bei ca. 60 %, Männer sind häufiger betroffen als Frauen) bis hin zu Entzündungen des Gehirns (1 %); dauernde einseitige Taubheit (1 : 20.000); Bauchspeicheldrüsenentzündung; (2 - 5 %) und Hodenentzündung; insbesondere bei Jugendlichen und erwachsenen Männern (15 - 30 %), die zu Unfruchtbarkeit führen kann.

Die Eltern/Erziehungsberechtigten müssen die Gemeinschaftseinrichtungen bei Erkrankung informieren. Erkrankte dürfen erst nach Abklingen der Sympto me, jedoch frühestens **5 Tage** nach Beginn der Erkrankung, zum Besuch der Gemeinschaftseinrichtung wieder zugelassen werden. Kontaktpersonen von Erkrankten, die keine Schutzimpfung nachweisen können bzw. bei denen kein Schutz im Blut nachgewiesen werden kann, werden **18 Tage** vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen.

Röteln

Auch Röteln sind eine virusbedingte Erkrankung, die durch Tröpfcheninfektionen, aber auch während der Schwangerschaft über den Mutterkuchen (Plazenta) auf das Ungeborene übertragen werden. Das Krankheitsbild besteht neben einem im Gesicht beginnenden, sich über den Körper und die Extremitäten ausbreitenden Ausschlag, unter Umständen in Lymphknotenschwellungen. Komplikationen bestehen in Gelenkbeschwerden, evtl. Gelenkentzündungen, Hautunterblutungen, aber auch Entzündungen des Gehirns (1/5000, häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern).
Besonders gefürchtet ist die Rötelninfektion des Kindes in der Schwangerschaft. Dadurch können u. a. Minderwachstum, Augenschäden, Taubheit, Herzfehler und Schädigung des Gehirns auftreten. Ein Teil der ungeborenen Kinder versterben bei einer Rötelninfektion während der Schwangerschaft.

Empfohlener Impfschutz:
Entsprechend dem Impfkalender werden Kinder ab dem 15. Lebensmonat zweimal mit einem Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln im Abstand von 4 Wochen geimpft. Fehlende Impfungen sollten möglichst bald nachgeholt werden. Spätestens bei Auftreten von Masern in einer Einrichtung sollte ein Kind die 2. Impfung bekommen. Auch Erwachsenen, die in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder im Vorschulalter oder im Gesundheitsdienst sowie in der Betreuung von Immungeschwächten arbeiten, wird eine Impfung empfohlen.

Windpocken

Die weltweit auftretenden Erreger werden auch Varizellen genannt. Die Übertragung erfolgt auf dem Luftweg über virushaltige Tröpfchen. Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 2 Tage vor Ausbruch des Hautausschlages und endet 5 - 7 Tage nach dem letzten Auftreten der letzten Hautveränderung. Neben leichtem Fieber und Erkältungssymptomen zeigt sich eine schubweise Bläschenbildung am ganzen Körper. Komplikationen bestehen in Entzündungen des Gehirns, bakterielle Superinfektionen der Hauterscheinungen mit Eiterbildung, Lungenentzündungen und bei Erkrankungen in der Schwangerschaft in einer sog. Embryopathie (schwere Erkrankung des Ungeborenen). Nach Abheilen der Erkrankung können Viren in bestimmten Bereichen der Nerven verbleiben, wodurch sich eine sogenannte Gürtelrose entwickeln kann.

Eine Wiederzulassung zu einer Gemeinschaftseinrichtung ist eine Woche nach Beginn einer unkomplizierten Erkrankung möglich. Die Varizellen-Impfung erfolgt im Alter von 11 - 14 Monaten zumeist als Kombinationsimpfung mit der Masern-Mumps-Röteln-Impfung. Die zweite Dosis sollte im Alter von 15- 23 Monaten geimpft werden (Mindestabstand 4 - 6 Wochen, je nach Produkt).

Tetanus / Diphtherie / Polio

Tetanuserreger (Erreger des Windstarrkrampfes) kommen überall, z. B. im Garten, auf Sportplätzen .... vor. Sie führen bei nicht Geimpften in 80 % der Fälle zu generalisierten, d. h. den ganzen Körper betreffenden Muskelkrämpfen, die auch zu Brüchen von Knochen führen können. Die Erkrankung erfordert eine intensivmedizinische Behandlung, 10 % der Krankheitsverläufe enden tödlich.

Diphtherie ist eine Erkrankung der Atemwege, die zu Schluckbeschwerden, aber auch Membranbildungen in den Atemwegen bis hin zu Erstickungsanfällen sowie zu einer Herzmuskelschädigung führen kann.

Polio (Kinderlähmung) wird durch verschiedene, sogenannte Enteroviren hervorgerufen. Die Erkrankten leiden an schlaffen, oft asymmetrischen Lähmungen. 1 von 500 erkrankten Kindern behält bleibende Schäden. Evtl. kann auch noch nach mehr als 40 Jahren ein sog. Postpoliosyndrom, u. a. mit starken Schmerzen, auftreten.

Die drei zuletzt genannten Erkrankungen sind uns in Deutschland - gerade wegen der Impfungen (!) - nahezu unbekannt. In Ländern, in denen nicht so konsequent geimpft wird, kommen sie jedoch weiterhin vor. Im zweiten Weltkrieg stellte der Wundstarrkrampf (Tetanus) eine gefürchtete, lebensbedrohliche Erkrankung dar. Die Kinderlähmung war bis in die 60er Jahre hinein gefürchet. Dies änderte sich erst mit Einführung der Impfungen.

Impfungen erfolgen ab dem vollendeten 2. Lebensmonat zumeist durch insgesamt 4 Kombinationsimpfungen. Im Alter von 5 - 6 Jahren erfolgt eine Auffrischimpfung (Kombinationsimpfung).

Keuchhusten (Pertussis)

Der Erreger wird durch Tröpfcheninfektion übertragen. Kurz vor Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen beginnt die Ansteckungsfähigkeit. In der 1. bis 2. Krankheitswoche zeigt sich zunächst häufig Schnupfen, leichter Husten und mäßiges Fieber. In der 3. – 6. Woche treten die typischen Hustenanfälle, teilweise mit anschließendem Erbrechen, auf. Die Beschwerden können über Wochen und Monate anhalten. Gefährdet sind vor allem Säuglinge unter sechs Monaten, da sie statt mit den typischen Hustenanfällen mit lebensbedrohlichen Atemstillständen reagieren! Eine antibiotische Behandlung verkürzt die Krankheitsdauer nicht wesentlich, ist aber zum Schutz der Umgebung vor weiterer Ansteckung notwendig. Gemeinschaftseinrichtungen dürfen erst nach fünf Tagen antibiotischer Behandlung wieder besucht werden. Ohne Behandlung ist eine Wiederzulassung frühestens 3 Wochen nach Auftreten der ersten Hustensymptome möglich.
Gegen Keuchhusten wird ab dem vollendeten 2. Monat mit Kombinationsimpfungen geimpft. Im Alter von 5 - 6 Jahren erfolgt eine Auffrischimpfung (Kombinationsimpfung).

Haemophilus influenzae (HIB)

Diese Erkrankung wird durch Tröpfcheninfektion übertragen. Besonders gefährdet sind Kinder im Säuglings- u. Kleinkindalter wegen der Komplikationen wie Lungenentzündungen, Mittelohrentzündungen und Kehlkopfentzündung mit Erstickungsgefahr. Eine schwerwiegende Komplikation stellt außerdem eine Gehirnhautentzündung dar.
Impfungen erfolgen zumeist ab dem vollendeten 2. Lebensmonat mit Kombinationsimpfungen.

Hepatitis B

Diese Viruserkrankung wird durch Kontakte zu Blut, Blutprodukten und allen Körperflüssigkeiten (z. B. bei (kleinsten) Verletzungen, aber auch durch sexuelle Kontakte) übertagen. Die Zeit zwischen Ansteckung und Krankheitsausbruch ist sehr lange (zwischen 40 und 200 Tagen). Nach einem grippeähnlichen Krankheitsvorstadium zeigt sich bei einem Teil der Erkrankten eine Gelbsucht. Komplikationen bestehen in der krankheitsbedingten Leberzellzerstörung. Bei chronischen Verläufen mit bindegewebigem Umbau der Leber kann es zu einem Leberzellkarzinom kommen.

Alle Kinder sollten geimpft sein, ebenso Personen, die Kontakt mit Hepatitis B-Trägern haben. Geimpft wird zumeist als Kombinationsimpfung ab dem vollendeten 2. Monat.

Pneumokokken

Pneumokokken sind mit eine der häufigsten Ursachen schwerer Lungenentzündung. Sie besiedeln auch ohne Krankheitswert bei Kindern und bei Erwachsenen den Nasen-Rachen-Raum. Die Übertragung erfolgt in erster Linie durch Tröpfcheninfektion bei engen persönlichen Kontakten.

Zur Therapie der Pneumokokkeninfektion wird Penicillin eingesetzt, bei zunehmenden Resistenzen auch andere Antibiotika.

Die Empfehlungen der STIKO lauten: Alle Kleinkinder unter zwei Jahren (ab einem Alter von zwei Monaten) werden gegen Pneumokokken zusammen mit den anderen für dieses Alter empfohlenen Impfungen (mit Kombinationsimpfungen) geimpft. Zusätzliche Impfindikationen bestehen bei angeborenen oder erworbenen Schwächen/Defekten des Immunsystems oder chronischen Krankheiten.

Meningokokken

Meningokokken sind Erreger, die häufig im Kindes- und Jugendalter auftreten und potentiell schwer verlaufende bakterielle Infektionen mit teilweise hoher Sterblichkeit verursachen. Ca. 10% der Bevölkerung tragen diesen Erreger in sich ohne krank zu sein. Die Übertragung erfolgt in erster Linie durch Tröpfcheninfektion. Der Mensch ist der einzige bekannte Wirt.

Das Krankheitsbild ist variabel und reicht von Infekten der oberen Luftwege und unspezifischem Exanthem (Hautrötungen) bis zu lebensgefährlichen Hirnhautentzündungen und Septikämien (Blutvergiftung), die manchmal binnen weniger Stunden zum Tode führen können.

Eine Hirnhautentzündung beginnt nach einer Inkubationszeit von 2 bis 4 Tagen (bis zu 10 Tage sind möglich) mit plötzlich einsetzendem Fieber, stärksten Kopfschmerzen und Erbrechen sowie Nackensteifigkeit und Bewusstseinstrübungen. Formen mit einer Blutvergiftung sind durch schweres Krankheitsgefühl, hohes Fieber, Exanthem (Hautveränderungen) und Hautblutungen gekennzeichnet.

Behandelt werden Meningokokken-Infektionen mit Antibiotika. Mittel der Wahl ist Rifampicin.
Enge Kontaktpersonen wird eine vorbeugende Behandlung empfohlen.

Entsprechend den Empfehlungen der STIKO sollten alle Kleinkinder im zweiten Lebensjahr geimpft werden. Im Kindes- und Jugendalter wird empfohlen, fehlende Impfungen bald möglichst nachzuholen. Impfempfehlungen gibt es außerdem für Personen mit Schwächen/Defekten des Immunsystems oder aufgrund beruflicher Indikation oder Reisen in bestimmte Länder.

Fazit

In Deutschland gibt es keine Impfpflicht, aber Impfempfehlungen und entsprechende Vorgaben des Robert Koch-Instituts im Sinne von Wiederzulassungsrichtlinien zu Gemeinschaftseinrichtungen bei Erkrankungsfällen. Ungeschützte und/oder ungeimpfte Personen dürfen Gemeinschaftseinrichtungen je nach Erkrankung für eine bestimmte Dauer nicht besuchen.

Um Eltern die Übersicht über den komplizierten Impfkalender zu erleichtern, bieten wir anlässlich der Einschulungsuntersuchungen eine Überprüfung des Impfbuches mit entsprechender Impfberatung an. Falls noch offiziell empfohlene Impfungen ausstehen, wird dies den Eltern mitgeteilt. Ein entsprechender Impfkalender (mit den markierten noch fehlenden Impfungen) wird erläutert und ausgehändigt.

Für Impfberatungen stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes neben der persönlichen Impfberatung anlässlich von Untersuchungen auch telefonisch zur Verfügung.

Information
des Robert-Koch Institut
für Eltern und Sorgebrechtigte
gemäß § 34 IfSG Abs. 5 Satz 2

Stempel der Einrichtung

GEMEINSAM VOR INFEKTIONEN SCHÜTZEN
Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte durch Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen oder Ferienlagern befinden sich viele Menschen auf engem Raum. Daher können sich hier Infektionskrankheiten besonders leicht ausbreiten.

Aus diesem Grund enthält das Infektionsschutzgesetz eine Reihe von Regelungen, die dem Schutz aller Kinder und auch des Personals in Gemeinschaftseinrichtungen vor ansteckenden Krankheiten dienen. Über diese wollen wir Sie mit diesem **Merkblatt** informieren.

1. Gesetzliche Besuchsverbote

Das Infektionsschutzgesetz schreibt vor, dass ein Kind **nicht in den Kindergarten, die Schule oder eine andere Gemeinschaftseinrichtung gehen darf**, wenn es an bestimmten Infektionskrankheiten erkrankt ist oder ein entsprechender Krankheitsverdacht besteht. Diese Krankheiten sind in der **Tabelle 1** auf der folgenden Seite aufgeführt.

Bei einigen Infektionen ist es möglich, dass Ihr Kind die Krankheitserreger nach durch-gemachter Erkrankung (oder seltener: ohne krank gewesen zu sein) ausscheidet. Auch in diesem Fall können sich Spielkameraden, Mitschüler/-innen oder das Personal anstecken. Nach dem Infektionsschutzgesetz ist deshalb vorgesehen, dass die **„Ausscheider"** bestimmter Bakterien nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der festgelegten Schutzmaßnahmen** wieder in eine Gemeinschaftseinrichtung gehen dürfen (**Tabelle 2** auf der folgenden Seite).

Bei manchen besonders schwerwiegenden Infektionskrankheiten muss Ihr Kind bereits dann zu Hause bleiben, wenn **eine andere Person bei Ihnen im Haushalt** erkrankt ist oder der Verdacht auf eine dieser Infektionskrankheiten besteht (**Tabelle 3** auf der folgenden Seite).

Natürlich müssen Sie die genannten Erkrankungen nicht selbst erkennen können. Aber Sie sollten bei einer ernsthaften Erkrankung Ihres Kindes ärztlichen Rat in Anspruch nehmen (z.B. bei hohem Fieber, auffallender Müdigkeit, wiederholtem Erbrechen, Durchfällen und anderen ungewöhnlichen oder besorgniserregenden Symptomen). Ihr/-e Kinderarzt/-ärztin wird Ihnen darüber Auskunft geben, ob Ihr Kind eine Erkrankung hat, die einen Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung nach dem Infektionsschutzgesetz verbietet.

Gegen einige der Krankheiten stehen Schutzimpfungen zur Verfügung. Ist Ihr Kind ausreichend geimpft, kann das Gesundheitsamt darauf verzichten, ein Besuchsverbot auszusprechen.

2. Mitteilungspflicht

Falls bei Ihrem Kind aus den zuvor genannten Gründen ein Besuchsverbot besteht, **informieren Sie uns bitte unverzüglich darüber und über die vorliegende Krankheit**. Dazu sind Sie gesetzlich verpflichtet und tragen dazu bei, dass wir zusammen mit dem **Gesundheitsamt** die notwendigen Maßnahmen gegen eine Weiterverbreitung ergreifen können.

3. Vorbeugung ansteckender Krankheiten

Gemeinschaftseinrichtungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz verpflichtet, über allgemeine Möglichkeiten zur Vorbeugung ansteckender Krankheiten aufzuklären.

Wir empfehlen Ihnen daher unter anderem darauf zu achten, dass Ihr Kind allgemeine Hygieneregeln einhält. Dazu zählt vor allem das regelmäßige Händewaschen vor dem Essen, nach dem Toilettenbesuch oder nach Aktivitäten im Freien.

Ebenso wichtig ist ein vollständiger Impfschutz bei Ihrem Kind. Impfungen stehen teilweise auch für solche Krankheiten zur Verfügung, die durch Krankheitserreger in der Atemluft verursacht werden und somit durch allgemeine Hygiene nicht verhindert werden können (z.B. Masern, Mumps und Windpocken). Weitere Informationen zu Impfungen finden Sie unter: www.impfen-info.de.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre/n Haus- oder Kinderarzt/-ärztin oder an Ihr Gesundheitsamt. Auch wir helfen Ihnen gerne weiter.

Tabelle1: **Besuchsverbot** von Gemeinschaftseinrichtungen und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten

- ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa)
- ansteckungsfähige Lungentuberkulose
- bakterieller Ruhr (Shigellose)
- Cholera
- Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird
- Diphtherie
- durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E)
- Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien
- infektiöser, das heißt von Viren oder Bakterien verursachter, Durchfall und /oder Erbrechen (gilt nur für Kindern unter 6 Jahren)
- Keuchhusten (Pertussis)
- Kinderlähmung (Poliomyelitis)
- Kopflausbefall (wenn die korrekte Behandlung noch nicht begonnen wurde)
- Krätze (Skabies)
- Masern
- Meningokokken-Infektionen
- Mumps
- Pest
- Scharlach oder andere Infektionen mit dem Bakterium *Streptococcus pyogenes*
- Typhus oder Paratyphus
- Windpocken (Varizellen)
- virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)

Tabelle 2: Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei **Ausscheidung** folgender Krankheitserreger

- Cholera-Bakterien
- Diphtherie-Bakterien
- EHEC-Bakterien
- Typhus- oder Paratyphus-Bakterien
- Shigellenruhr-Bakterien

Tabelle 3: **Besuchsverbot** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten **bei einer anderen Person in der Wohngemeinschaft**

- ansteckungsfähige Lungentuberkulose
- bakterielle Ruhr (Shigellose)
- Cholera
- Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird
- Diphtherie
- durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E)
- Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien
- Kinderlähmung (Poliomyelitis)
- Masern
- Meningokokken-Infektionen
- Mumps
- Pest
- Typhus oder Paratyphus
- virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)

Merkblatt des Gesundheitsamtes

Gesundheitsamt

KREIS STEINFURT

Kopfläuse in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Eltern,

in der von Ihrem Kind besuchten Einrichtung wurden bei mehreren Personen Kopfläuse festgestellt. Ich bitte Sie daher sorgfältig zu prüfen, ob bei Ihrem Kind eine Kopflausbekämpfung notwendig ist.

Wenn bei Ihrem Kind Kopfläuse festgestellt werden, sollten alle übrigen Familienmitglieder, insbesondere auch die Eltern und enge Kontaktpersonen, untersucht und ggf. behandelt werden.

Bei der Wahl des Entlausungsmittels lassen Sie sich bitte von Ihrem Arzt oder Apotheker beraten.
Da Kopflausmittel nicht zuverlässig alle Nissen abtöten und in Abhängigkeit vom Mittel und dessen Anwendung Larven **nach der Erstbehandlung** nachschlüpfen können, muss unbedingt eine **Wiederholungsbehandlung, nach 8 - 9 Tagen, durchgeführt werden.**

Die Nissen müssen mit einem Läusekamm entfernt werden.

Große Wasch- oder Putzaktionen sind nicht erforderlich.
Weder in der Wohnung des Betroffenen, noch in der Gemeinschaftseinrichtung, tragen Läuse oder Nissen, die vom Kopf gefallen sind, zu einer Weiterverbreitung der Verlausung bei. Der Bettwäschewechsel nach der Behandlung kann gemacht werden. Das Einfrieren oder Wegschließen von Kuscheltieren, Mützen, Spielzeug oder Fahrradhelmen etc. ist dagegen nicht erforderlich und wird nicht mehr empfohlen.

Nutzen Sie ihre Zeit besser um die Nissen aus den Haaren zu entfernen!

Kontrollieren Sie die Köpfe der Familie mindestens 1 mal täglich für mindestens 3 Wochen, entfer-nen evtl. gefundene Nissen und lassen Sie auch bitte den eigenen Kopf kontrollieren.

Dürfen verlauste Kinder in den Kindergarten bzw. die Schule?

Kinder mit Kopfläusen dürfen Kindergärten, Schulen und andere Gemeinschaftseinrichtungen nicht betreten.
Sie dürfen aber direkt nach der ersten Behandlung mit geeigneten Präparaten zurückkehren, wenn sie frei von Läusen sind und keine Nissen mehr haben.
Kindergärten, Schulen usw. müssen dem Gesundheitsamt das Auftreten von Kopfläusen melden.

☎ Steinfurt: 02551/692820
☎ Ibbenbüren: 05451/9913-0

Stand 01.2013

Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS)

Etwa 3 - 4 % der Schulkinder zeigen eine bedeutsame – isolierte(!) - Schwäche im Bereich des Lesenlernens sowie im Bereich des Rechtschreibens. Die Leseentwicklung verläuft deutlich verlangsamt, das Lesetempo bleibt vermindert, das Verständnis für das Gelesene eingeschränkt. Bis in das Jugend- und Erwachsenenalter hinein können erhebliche Probleme in der Rechtschreibung bestehen. Die Situation wird oft durch zusätzliche Probleme wie zunehmende Schulunlust oder Störungen des Sozialverhaltens verschärft. Die Schwierigkeiten dürfen dabei nicht auf eine mangelnde Grundbegabung, fehlende Förderung oder eine Sehschwäche zurückzuführen sein.

Oft geht der LRS in der Kleinkind- und Kindergartenzeit eine Sprachentwicklungsstörung voraus. Diese sollte frühzeitig erkannt und ggf. entsprechend behandelt werden. In vielen Kindergärten des Kreisgebietes wird mit Unterstützung des Jugendamtes und der psychologischen Beratungsstellen im letzten Jahr vor der Einschulung ein Screeningtest auf LRS durchgeführt - das sogenannte „Bielefelder Screening“ (BISC). Kinder, die dort auffällige Befunde haben, nehmen dann an einem Förderangebot zur Entwicklung der sprachlichen Bewusstheit und der Vorläuferfähigkeiten des Lesen-/und Schreibenlernens teil. Das Programm heißt „Hören, lauschen, lernen“ und umfasst vor allem Sprachspiele zur Förderung der akustischen Wahrnehmungs- und Differenzierungsfähigkeit (siehe auch Kapitel „akustische Wahrnehmung“ und „Sprache“). Die in diesem Rahmen durchgeführten Studien belegen eine erstaunlich hohe Erfolgsquote für das Programm.

Was können wir tun?

- Sprachliche Fähigkeiten früh fördern: Vorlesen, Geschichten erzählen (lassen), Reimen, Sprachspiele etc.

- Offene, aufmerksame Gesprächshaltung gegenüber dem Kind – ausreden lassen, zuhören

- Seh- und Hörfähigkeit fachärztlich abklären lassen

- Bei Schwierigkeiten im Lesen/Schreibenlernen frühzeitig Kontakt mit dem Lehrer aufnehmen – in den meisten Schulen gibt es spezielle Förderangebote, weitere Informationen sind auch über das Schulamt oder den Beratungslehrer möglich

- Kein übermäßiger Druck – wichtig ist der Erhalt der Motivation und der Lesefreude

- Bei fehlender Besserung Kontakt zur psychologischen Beratungsstelle oder zum niedergelassenen Kinderpsychiater aufnehmen – dort kann die Diagnose „LRS“ gestellt werden

- Es gibt private Institute, die sich der Behandlung und Förderung von lese-rechtschreibschwachen Kindern verschrieben haben. Die Angebote sind jedoch kostenpflichtig!

- Hilfen über das Jugendamt erfolgen nur in Ausnahmefällen, wenn neben der LRS auch eine darauf beruhende erhebliche „seelische Behinderung“ besteht oder droht. Informationen erhalten Sie hierzu beim zuständigen Jugendamt ihres Wohnortes.

Literatur & Links:

„Ratgeber Lese-Rechtschreibstörungen“ von Warnke, Hemminger, Plume: Hogrefe (aus 2003) 5,95 €

Schulpsychologische Beratungsstelle des Kreises Steinfurt,
Gesundheitsamt Rheine
Tel.: 05971/9144-880

Ärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Kinder- u. Jugendpsychologen

Berufsverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V. (www.bvl-legasthenie.de)
Berufsverband der Kinder- u. Jugendärzte (www.kinderaerzte-im-netz.de)
Selbsthilfegruppen vor Ort (www.netzwerkselbsthilfeundehrenamt.de)

Linkshändigkeit/Lateralität

Die Ursachen der Linkshändigkeit sind biologischer, z. B. genetischer Natur, aber auch erworbene Faktoren wie z. B. Krankheit oder Umwelteinflüsse können eine Rolle spielen. Da es unterschiedliche Grade der Linkshändigkeit gibt, kann die Häufigkeit nach der Literatur nicht genau festgelegt werden, sie mag um 20 % liegen. Da die Gehirnbahnen sich kreuzen, besteht bei Linkshändigkeit für diesen Bereich eine Dominanz der rechten Hirnhälfte. Während nach der Geburt die Gehirnhälften noch keine Dominanz aufweisen, zeigen die meisten Kinder ca. ab dem dritten bis vierten Lebensjahr die Bevorzugung einer Hand. Diese Bevorzugung kann jedoch danach noch einmal in eine bilaterale Phase wechseln. Bei den meisten Kindern ist die Entwicklung der Händigkeit mit fünf Jahren abgeschlossen, aber auch ein späterer Abschluss ist möglich.

Wechsel der Händigkeit

Wechselt das Kind zum Schulbeginn beim Malen noch die Hand oder malt es spiegelbildlich ab oder vertauscht es Buchstaben in einem Wort, so zeigt dies, dass das Kind seine Lateralität noch nicht voll entwickelt hat. In diesem Fall soll mit Geduld die Hand mit der besseren Leistung gefördert werden, auf die korrekte Form, z. B. beim Abmalen, ist stets hinzuweisen. Besteht Unklarheit über die Leistungsdominanz der Hände, ist ggf. ein Fachdienst beratend hinzuzuziehen. Wohl nur wenige Kinder sind bezüglich ihrer Handgeschicklichkeit völlig gleichberechtigt (sogenannte Ambidexter).

Anfangs kann das Schreibtempo linkshändiger Kinder verlangsamt sein.
Schreiben linkshändige Kinder nicht links sondern rechts, etwa weil sie es anderen Kindern so abschauen oder weil sie dazu angehalten werden, so kann dieses zu einer Fehlbelastung des Gehirns führen.

Aus diesem Grund ist es bei der Linkshändigkeit als Normvariante überaus wichtig, dass das Kind das Schreiben mit links erlernt und dass diese Fähigkeit sowohl von Eltern als auch den Lehrern nicht nur akzeptiert, sondern auch gefördert wird.

Hinweise für linkshändige Kinder

Sitzposition

Linkshändige Kinder sollten in der Schule nicht so sitzen, dass sie beim Schreiben mit rechtshändigen Kindern „kollidieren“. Linkshändige Kinder sollten also an einer Doppelbank von vorne gesehen rechts sitzen.

Beleuchtung

Bei der Beleuchtung (Lampe/Fenster) ist es ideal, wenn das Licht von rechts oder vorne einfällt.

Schreibhaltung der Hand

Die Handhaltung beim Schreiben ist spiegelbildlich zu der eines rechtshändigen Kindes. Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger sollen den Stift locker umfassen, das Handgelenk soll nicht abgeknickt und der Stift nicht steil gehalten werden. Eine richtige Stifthaltung soll möglichst früh gezeigt und eingeübt werden, da spätere Korrekturen meist schwierig sind.

Schreibheft

Das Schreibheft soll links der Körpermittellinie liegen und um ca. 30 ° nach rechts gedreht sein, damit das Geschriebene nicht mit der Schreibhand verschmiert wird. Eine Winkelmarkierung (Klebeband o. ä.) auf dem Tisch kann hier anfangs hilfreich sein.

Ist die Schreibvorlage in einem Heft links, so dass das Kind dieses Wort mit seiner Schreibhand verdecken würden, ist es notwendig, dass das Wort auch am rechten Zeilenrand vorgegeben wird.

„Spezialwerkzeuge“

Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, dass es für linkshändige Kinder „Spezialwerkzeuge“ gibt, wie z. B. Füller, Schere, Anspitzer.

Literatur und Links:

„Linkshändige Kinder richtig fördern“ S. Weber Reinhardt-Verlag
3. Aufl. 2008 14,90 €
„Kinesiologie für Kinder“ Gräfe und Unzer Verlag 12,99 €

http://www.lafueliki.de/schreibhilfen-foerderung

http://www.linkshaenderseite.de

www.linkshaender-beratung.de

Mediennutzung

Wussten Sie, dass

- jeder Bundesbürger im Durchschnitt 220 Minuten täglich vor dem Fernseher verbringt?

- „Vielseher“ deutlich erhöhte Risiken für Übergewicht, Bewegungsmangel und sogenannte Zivilisationskrankheiten aufweisen?

- ein deutlicher negativer Zusammenhang mit dem Schulerfolg eines Kindes so wie den Sprachkompetenzen besteht?

- „Vielseher“ weniger Freunde und Sozialkontakte haben?

Fernsehen und Computer gehören zu unserem modernen Leben dazu. Umso wichtiger ist es für ein Kind, einen sinnvollen Umgang mit diesen modernen Medien zu finden.

Computer-Spiele sollten sie ebenfalls mit ihren Kindern gemeinsam aussuchen. Die Altersangabe auf der Verpackung kann eine erste Orientierung sein, ob das Spiel für ihr Kind geeignet ist. Leihbüchereien bieten ebenfalls solche Spiele an, man kann sie dann zunächst einmal ausprobieren und spart Kosten. Vielleicht können Sie bei der Gelegenheit ihr Kind auch gleich für das ein oder andere Buch interessieren? Auch das Spielen am Computer sollte zeitlich limitiert sein!

Was können wir tun?

- Der Fernseher/Computer gehört **nicht** in das Kinderzimmer!

- Vereinbaren Sie mit ihren Kindern ein Fernsehkontingent:

  Kinder unter drei Jahren sollten **nicht** fernsehen
  3 - 5 Jahre bis 30 min täglich
  6 - 9 Jahre bis 60 min täglich

- Wählen Sie die Sendungen **zusammen** mit ihrem Kind aus.

- Setzen Sie sich beim Fernsehen ihres Kindes dazu, so sind Sie über Inhalte und Aufmachung informiert, können Fragen des Kindes sofort beantworten.

- Sprechen Sie mit ihrem Kind über das Gesehene, hinterfragen und diskutieren Sie mit ihrem Kind über Aussagen, insbesondere auch aus der Werbung.

- **Kein** Fernsehen bei den Mahlzeiten, aber auch **kein** Essen beim Fernsehen.

Zusätzliche Informationen:
www.blinde-kuh.de
www.familienhandbuch.de
www.zappen-klicken-surfen.de
www.flimmo.de
www.schau-hin.info
www.bpb.de

Literatur & Links:

- „PC konkret – der Familien-PC“:
  Hrsg. Stiftung Warentest: unter www.test.de für 12,90 €
- www.bpb.de (Homepage der Bundeszentrale für politische Bildung

Motorik

Feinmotorik/Visuomotorik

Die Feinmotorik entwickelt sich bereits im frühen Säuglingsalter. Das erste gezielte Greifen, der erste Pinzettengriff, mit dem auch kleine Dinge gegriffen werden können, das erste Stapeln von Bauklötzen etc. Dabei steht die Feinmotorik eng im Zusammenhang mit dem Sehsinn, aber auch mit dem Tastsinn. Im Kindergartenalter erweitert sich das Spektrum, die Stifthaltung wird trainiert, der Umgang mit der Schere, das Prickeln...
Von einem Einschulungskind wird erwartet, dass es den Stift korrekt halten kann, dass es einfache Figuren optisch erfassen und reproduzieren kann sowie feine Unterschiede in einer Bildvorlage erkennt. Diese Fähigkeiten sind für das Erlernen der Schriftsprache außerordentlich wichtig.
Nicht wenige Kinder zeigen in den genannten Bereichen Schwierigkeiten. Sie malen ungeschickt, halten Begrenzungslinien nicht ein, malen nicht gegenständlich oder verweigern sich vollständig, wenn es um Bastelangebote geht. Die Gründe hierfür liegen oft auch in negativen Erfahrungen, die die Kinder gemacht haben („Du malst ja nur Krickelkrackel...“). Aufforderungen („Nun mal mal richtig!“) bewirken meist genau das Gegenteil, nämlich zunehmende Verweigerung.

Was können wir tun?

- Es gibt viele Angebote, die Kinder gerne annehmen und gleichzeitig die Feinmotorik trainieren:

  a) Konstruktionsspielzeug wie z. B. Lego, Geomag (kleine Magnetstäbe, die durch Metallkugeln verbunden werden), Baufix etc.

  b) Papas Werkzeugkasten ist äußerst interessant: Bohren, Sägen, Schnitzen ...macht Spaß (natürlich unter Anleitung und Aufsicht!)

  c) Im Sandkasten matschen, mit Ton modellieren, Teig kneten und ausrollen...

  d) In der Küche helfen beim Gemüse und Obst schneiden, Eier aufschlagen...

  e) Spielerische Aus-/Abmalübungen über 10 – 15 min pro Tag

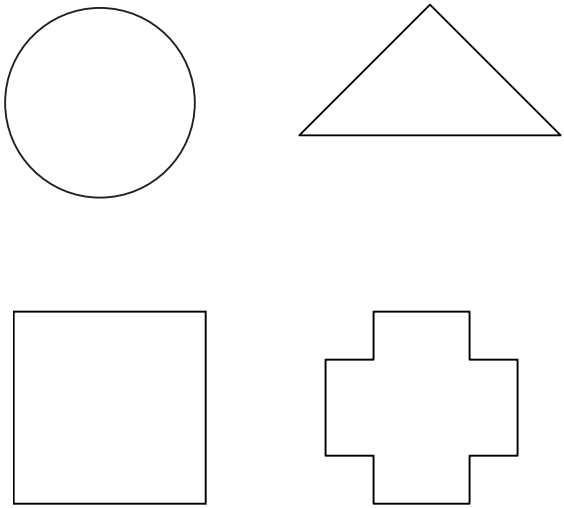
Irgendwann muss jedoch auch der Stift in die Hand genommen werden. Viel Lob und Anerkennung erleichtern es ihrem Kind, dabei zu bleiben und die Motivation nicht zu verlieren.

Der Schreibwarenhandel sowie manche Sanitätshäuser bieten Griffhilfen an, die die Stifthaltung erleichtern; ansonsten eher dicke, dreieckige (Bunt)stifte bevorzugen. Es gibt deutliche Qualitätsunterschiede: Gute Stifte brechen nicht so leicht ab - wichtig gerade bei mangelhafter Kraftdosierung.

Im Buchhandel sind verschiedene Titel mit Malvorlagen zur Förderung der Visuomotorik zu erhalten. Vielleicht macht es Ihnen auch Freude, selber ein paar Vorlagen für Ihr Kind zu gestalten.

Was sollte ein Einschulungskind können?

- Eine Kinderschere kann gezielt genutzt werden, Kleben und einfaches Basteln sind möglich
- „Erwachsene“ Stifthaltung: Der Stift ruht auf dem Mittelfinger und wird beim Abstrich von der Zeigefingerspitze, beim Aufstrich von der Daumenspitze geführt
- Das Nachmalen einfacher Figuren (z.B. Kreis, Dreieck, Viereck) gelingt



Grobmotorik

Die Entwicklung der Grobmotorik beginnt bereits im Säuglingsalter. Das erste Heben des Kopfes in Bauchlage, das Drehen, Robben, Krabbeln und Laufen gehören dazu. Später erlernen die Kinder komplexere Bewegungsabläufe wie Roller- und Radfahren, Ball fangen, Balancieren etc. Im Weiteren – etwa ab dem achten Lebensjahr – gezielte sportliche Betätigungen wie Handball, Leichtathlethik etc.

Wie aus dem Kapitel „Wahrnehmung“ zu erfahren ist, ist die motorische Entwicklung nie für sich zu betrachten, sondern immer im Zusammenhang mit der sensorischen Integration zu sehen. Außerdem erfahren wir dort, dass es der Übung, der Bewegung bedarf, um motorische Fortschritte zu machen.

Leider finden unsere Kinder in Ihrem Umfeld nicht mehr so viele Bewegungsangebote wie früher. **Unsere Kinder sitzen zuviel und bewegen sich zu wenig!** Die Auswirkungen sind deutlich zum Beispiel in den Einschulungsuntersuchungen sichtbar. Der Anteil der bewegungsgestörten Kinder nimmt zu, ebenso der Anteil der Übergewichtigen.

Was können wir tun?

- Bewegung in den Alltag bringen!
- Den täglichen Weg zum Kindergarten oder zur Schule, zum Einkaufen, zu Verabredungen oder Freizeitaktivitäten zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen
- Gemeinsame Bewegung suchen, z.B. Spaziergänge am Wochenende, gemeinsame Besuche auf dem Spielplatz, im Freibad etc.
- Die Angebote der örtlichen Sportvereine nutzen
- Mediennutzung einschränken

Einige Kinder haben erhebliche Probleme mit ihrer Bewegungsfähigkeit. Vielleicht hat ihr Kind schon negative Erfahrungen im Kindergarten oder mit Nachbarkindern gesammelt („Ich bin nicht so schnell wie die anderen, nicht so geschickt, immer fällt mir etwas weg...“). Diese Kinder verweigern sich häufig bei motorischen Angeboten, um wiederholten negativen Erfahrungen aus dem Weg zu gehen („Das kann ich sowieso nicht....“). Hier ist evtl. ein gezieltes Angebot wie das psychomotorische Turnen sinnvoll. Ihr Kinderarzt wird sie diesbezüglich beraten.

Was sollte ein Einschulungskind können?

- Eine Treppe wechselfüßig auf- und abwärts gehen
- Einen großen Schaumstoffball (ca. 20 cm Durchmesser) aus 2 m Entfernung fangen
- Mit dem Roller/Fahrrad fahren
- Aus etwa 40 cm Höhe von einer Mauer springen und sicher aufkommen
- Auf einer umgedrehten Langbank (Turnhalle) balancieren

Literatur & Links:

- *„Familien in Bewegung- praktischer Ratgeber zur Förderung der kindlichen Motorik“ im Buchhandel (aus 2002) 8,00 €*

  www.mzfk.de

Hochbegabung

Einige Kinder entwickeln sich bereits in ihrer frühen Kindheit ungewöhnlich rasch. Sie erlernen früh die Sprache* , beschäftigen sich mit Spielmaterialien, die eigentlich für ältere Kinder gedacht sind, stellen Fragen, die von Kindern dieser Altersgruppe gewöhnlich noch nicht gestellt werden. Sie beschäftigen sich oft mit „Erwachsenen-Themen“, suchen den Kontakt zu älteren Personen. Besonders beeindruckt sind die Eltern und Erzieherinnen, wenn sich diese Kinder bereits im Vorschulalter selbstständig das Lesen und Schreiben beibringen.

In der Schule fühlen sich diese Kinder häufig gelangweilt. Der Schulstoff hält für sie nichts Neues bereit, ständige Wiederholungen des längst Bekannten nerven, die Kinder verlieren die Lust und Motivation, sich am Unterricht zu beteiligen. Teilweise entwickeln die Kinder störendes Verhalten oder erleben Ausgrenzung durch andere, in dem sie als „Streber“ bezeichnet werden.

Dies sind nur einzelne Merkmale, die bei Kindern auftreten können, die eine Hochbegabung haben. Letztendlich kann die Diagnose jedoch nur durch einen Psychologen oder Kinder-/Jugendpsychiater gestellt werden.

Was können wir tun?

- Jedes Kind hat Anspruch darauf, entsprechend seinem Entwicklungsstand unterstützt und gefördert zu werden - „Das brauchst du noch nicht zu wissen“ ist eine Antwort, die jedem Kind die Motivation raubt, weiterzufragen.

- Will ihr Kind aus eigenem Antrieb lesen lernen, sollten sie es dabei unterstützen.

- Die Frage einer vorzeitigen Einschulung sollte sorgfältig abgewogen werden - Begabungen verteilen sich zumeist nicht gleichmäßig auf alle Entwicklungsbereiche. Für einen erfolgreichen Bildungsweg ist jedoch die sozial-emotionale Entwicklung von großer Bedeutung.

- Stellt sich wirklich die Frage einer Hochbegabung oder zeigen sich deutliche (Verhaltens-)auffälligkeiten, sollte professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden.

* Anmerkung: Eine verzögerte Entwicklung der aktiven Sprache kommt relativ häufig vor und spricht nicht gegen eine Hochbegabung

Ansprechpartner:

* Anmerkung: Eine verzögerte Entwicklung der aktiven Sprache kommt relativ häufig vor und spricht nicht gegen eine Hochbegabung.

- Psychologische Beratungsstellen
- Kinder-/Jugendpsychiater
- Internationales Zentrum für Begabtenforschung (ICBF) Universität Münster
  Tel.: 0251/83-29314
- Elternkreis „Octagoni“ unter www.octagoni.de

Literatur:

„Unser Kind ist hochbegabt“ von Mönks,
Ypenburg: Reinhardt 5. Aufl. 2012 16,90 €

Rechenschwäche (Dyskalkulie)

Allgemeines

Eine Rechenstörung, die sogenannte Dyskalkulie, tritt bei bis zu 5% der Schüler eines Jahrgangs auf. Die Betroffenen überspielen ihre Not mit den Zahlen häufig bis ins Erwachsenenalter.
Für eine erfolgreiche Behandlung ist die möglichst frühzeitige Diagnose erforderlich.

Anzeichen einer Dyskalkulie

Bereits im Vorschulalter können Schwierigkeiten auffallen, Mengen einzuschätzen, zu vergleichen, durch Wegnahme oder Hinzufügen zu verändern, Gegenstände auf- oder abwärts zu zählen oder Mengenbilder den gesprochenen Zahlen zuzuordnen.

Häufig jedoch bleibt die Rechenschwäche bis zum 3. Schuljahr unerkannt, weil der Zahlenraum für die Betroffenen erst dann unüberschaubar wird:
Schwierigkeiten bei Zehner-Übergängen sowie der Wechsel zwischen den Rechenarten.

Die Betroffen kommen lange nicht ohne Zählhilfen (Finger!) aus, da sie zählend rechnen.

Neigung zu Zahlendrehern (23;32), was durch die deutsche Sprache zusätzlich erschwert wird, da die Zahlen von rechts nach links gelesen bzw. gesprochen werden.

Bei Sachaufgaben finden die Kinder keinen Zugang zur Umsetzung des Textes in Rechenaufgaben.

Folgeprobleme ergeben sich auch in Fächern wie Sachunterricht.

Neu Gelerntes scheinen die Kinder am nächsten Tag wieder vergessen zu haben.

Dies stößt häufig auf Unverständnis und führt zu Verzweiflung bei Kindern, Eltern und Lehrern.

Ursachen

Die möglichen Ursachen sind sehr komplex und vielfältig. Im Einzelfall bedürfen sie einer genauen Klärung. Daher an dieser Stelle nur einige Stichpunkte:

- Neurophysiologische Ursachen: Einschränkung der Zahlenverarbeitung im Gehirn
- Entwicklungspsychologische Ursachen: Störung der persönlichen Lernentwicklung
- Beeinträchtigungen im Sprachverständnis
- Genetische (angeborene) Ursachen
- Teilbereich einer allgemeinen Lernbehinderung

Diagnose

Sie wird in der Regel durch Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderpsychotherapeuten oder Diplom-Psychologen gestellt. Neben dem Kinderarzt sind auch die Schulpsychologischen Beratungsstellen und Sozialpädiatrischen Zentren mögliche Anlaufstellen.

Therapie

Sie erfolgt zunächst auf schulischer Ebene durch entsprechenden Förderunterricht. Eltern erhalten Anleitung für die häusliche Unterstützung (Information z.B. über den Berufsverband für Legasthenie, Adresse s.u.)
Eine Kostenübernahme durch das örtliche Jugendamt kommt nur in Ausnahmefällen in Betracht, wenn zusätzlich zur Dyskalkulie eine darauf beruhende seelische Behinderung vorliegt oder droht. Informationen hierzu erhalten Sie über das örtliche Jugendamt.

Hilfreiche Adressen und Literatur:

Schulpsychologische Beratungsstelle des Kreises Steinfurt,
Gesundheitsamt Rheine
Tel.: 05971/9144-880

Ärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Kinder- u. Jugendpsychologen

Berufsverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V. (www.bvl-legasthenie.de)
Berufsverband der Kinder- u. Jugendärzte (www.kinderaerzte-im-netz.de)
Selbsthilfegruppen vor Ort (www.netzwerkselbsthilfeundehrenamt.de)

Schulfrühstück

In der Regel werden Sie als Eltern ihrem Kind ein Frühstück für die große Pause mitgeben. Einige Schulen nutzen die Chance, ein gemeinsames Frühstück zuzubereiten und darüber mit den Kindern in die Diskussion um gesunde Ernährung einzutreten. Anders sieht es oft bei den Getränken aus, meist gibt es die Möglichkeit über den Lehrer/Hausmeister Getränke in der Schule zu bestellen.

Die Nahrung versorgt uns zum einen mit Energie, zum anderen aber auch mit einer Vielzahl an lebensnotwendigen Stoffen wie Mineralien, Vitaminen und Spurenelementen.

Aus einschlägigen Studien ist bekannt, dass bei uns und unseren Kindern die tägliche Energieaufnahme häufig zu hoch ist. Wir bewegen uns oft zu wenig. Überschüssige Energie speichert unser Körper in Form von Fett. Hier liegt die Ursache für das zunehmende Problem Übergewicht bei unseren Kindern (-und natürlich auch bei uns). Umgekehrt ist die Aufnahme von Mineralstoffen und Spurenelementen oft zu gering. Unsere Nahrung ist immer weniger „naturbelassen“, sondern immer häufiger hochgradig bearbeitet. Beispiele sind hier das Auszugsmehl (Typ 405), Kristallzucker, industriell hergestellte Fertigprodukte mit diversen Zusatzstoffen, Süßwaren... . Bei dem Fertigungsprozess gehen viele wichtige Inhaltsstoffe verloren.

Was können wir tun?

- Zumindest ein „kleines“ Frühstück zu Hause ist wichtig.
- Das Frühstück ihres Kindes sollte möglichst naturbelassen und vielseitig sein. Gut geeignet ist zum Beispiel Vollkornbrot, dünn mit Butter oder Margarine bestrichen und mit magerer Wurst oder Käse belegt.
- Eine Obst- oder Gemüse-Beilage gehört immer dazu: gestiftelte Möhren, kleingeschnittene Paprika, Apfelsinnenstücke, ein Apfel... (je nach Saison)
- Süßigkeiten sind höchstens eine kleine Beigabe.
- Als Getränk ist am besten Mineralwasser oder verdünnter Obstsaft geeignet.
- Kinder, die sonst keine Milch trinken, lassen sich vielleicht durch die Schulmilch dazu verleiten. Achtung: Milch ist, bedingt durch seinen hohen Energiegehalt, eher als Nahrungsmittel und nicht als Durstlöscher anzusehen.

Problematisch sind – oftmals in der Werbung als besonders gesund angepriesene - Fertigprodukte, weil sie häufig viel Fett und Zucker enthalten.

Wichtig ist: Die Ernährungsgewohnheiten unserer Kinder werden früh geprägt! Eine große Anzahl von Erkrankungen im späteren Lebensalter geht auf Fehlernährung und Bewegungsmangel zurück.

Literatur & Links:

- „Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen“: Forschungsinstitut für Kinderernährung unter www.fke-do.de oder 01805/798183 3,- € plus Porto
- „optimiX Kochbuch für Kinder“ (ebenda) 10,- €
- „Das Frühstücks-Zweimaleins“ (ebenda) 2,- €
- „Verpflegung für Kids in Tagesstätte und Schule“: Hrsg.: aid unter www.aid.de 3,50 €

Schultornister

Was kennzeichnet einen guten Schultornister?

Ein guter Schulranzen hilft, Tragebeschwerden oder gar Wirbelsäulenschäden vorzubeugen.

Sie sollten deswegen beim Kauf eines Schultornisters/Schulranzens auf folgendes achten:

1. Der Tornister sollte ein ergonomisch geformtes/verstärktes Rückenteil haben, Rucksäcke verfügen meist nicht über ein solches Rückenteil. Der Ranzen sollte Hochformat haben, um Ungleichbelastung in der Waagerechten möglichst zu vermeiden. Dabei sollte der Ranzen nicht viel breiter als die Schultern sein.

2. Die Tragegurte sollten möglichst breit und gut gepolstert sein und wegen der jahreszeitlichen unterschiedlichen Kleidung in ihrer Länge bequem einstellbar sein.

3. Um das Tragegewicht insgesamt möglichst gering halten zu können, achten Sie auf einen möglichst leichten Tornister, Gewichtsunterschiede von mehreren hundert Gramm sind durchaus möglich.

4. Im Sinne der Verkehrssicherheit sollten Außenteile des Ranzens für den Schulgang bei Tageslicht auffällige Signalfarben aufweisen, für die dunkle Jahreszeit sind an den Außenseiten Reflektorzonen wichtig.

5. Eine regendichte Konstruktion, ein bequemer ausgepolsteter Handgriff, eine stabile Lasche zum Anhängen an den Schultisch, ein Namensfach sowie Innenfächer, die ein Verrutschen des Inhaltes mit Fehlbelastung vermeiden, sind weitere Merkmale eines guten Schulranzen.

6. Um den Gebrauchswert des Schulranzen zu beurteilen, sollte dieser zusammen mit dem Kind angeschafft werden, um zu sehen, ob das Kind mit dem Schließen der Schlösser und dem Verstellen der Tragegurte gut zurecht kommt.

Allgemeines

Damit der Tornister nicht einseitig in die Lendenwirbelsäule drückt, soll er keinesfalls mit zu langen Riemen getragen werden. Der Tornister soll mit dem Rückenteil dicht am Körper anliegen und möglichst waagerecht getragen werden.

Um das tatsächliche Tornistergewicht für den Schulweg möglichst gering zu halten, ist neben einem möglichst leichten Ranzen das tägliche Neupacken sinnvoll, um eine unnötige Gewichtsbelastung durch nicht benötigte Materialien zu vermeiden.
Soweit möglich ist in diesem Sinne natürlich auch ein Verbleib von Unterrichtsmaterialien in der Schule in Fächern oder Ordnungsboxen nach Absprache mit der Lehrerin/dem Lehrer überaus sinnvoll.

Schulranzen sollten mindestens bis zum 12. Lebensjahr getragen werden.

Zusätzliche Informationen: www.bildungsportal.nrw.de
www.test.de/kinder-familie
www.warentest.de

Sicher zur Schule

Mit der Einschulung nimmt ihr Kind auch am Straßenverkehr teil – als Fußgänger auf dem Gehweg, als Mitfahrer im Bus oder Auto oder – frühestens ab dem achten Lebensjahr – mit dem Fahrrad. Kinder reagieren im Verkehr häufig spontan und unüberlegt. Sie können Gefahren noch nicht einschätzen. Regelmäßig ermahnt die Verkehrswacht die anderen Verkehrsteilnehmer zu Beginn des Schuljahres zu vermehrter Aufmerksamkeit und Rücksichtnahme.

Viele Wege führen in die Schule – und nicht immer ist der Kürzeste auch der Beste. Informieren Sie sich vorab, wo gibt es Querungshilfen, wo ist die Verkehrssituation überschaubar, wo ist weniger Verkehr? Eventuell hilft Ihnen die örtliche Polizeibehörde.

Der Schulweg muss mit dem Kind eingeübt werden, das heißt, es benötigt die ersten Male Begleitung, bis es alle Verkehrssituationen auf dem Weg sicher beherrscht.

Wichtig ist helle, mit Reflektoren versehene Kleidung und ein entsprechend den Vorgaben ausgestatteter Schulranzen (siehe dort). Mit dunkler Kleidung ist ihr Kind in der Dunkelheit oder Dämmerung nahezu unsichtbar!

Mit dem Fahrrad zur Schule – hier gibt es örtlich unterschiedliche Regelungen. Allgemein wird empfohlen, ein Kind nicht vor dem achten Lebensjahr selbstständig mit dem Fahrrad zur Schule zu schicken. Auch wenn ihr Kind vermeintlich sicher mit dem Fahrrad fährt, ist es doch in komplexen Verkehrssituationen schnell überfordert.

Bis zum achten Lebensjahr muss ihr Kind mit dem Fahrrad den Gehweg benutzen, bis zum zehnten Geburtstag darf es dort fahren.

Das Fahrrad ist ein Verkehrsmittel wie ihr Auto – es muss zwar nicht zum TÜV, dennoch sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Werden sie nicht eingehalten, trifft sie bei einem Unfall schnell eine Mitschuld.

Ein Fahrrad muss nach StVO:

- Über eine intakte, betriebene Fahrradbeleuchtung verfügen (sinnvoll sind Nabendynamos, Front- und Rücklicht mit Standlicht und elektronischer Einschaltung in der Dämmerung)
- Über Reflektoren vorne und hinten, Speichenreflektoren oder Reflexstreifen an den Reifen, Reflektoren an den Pedalen verfügen
- Zwei voneinander unabhängige Bremssysteme haben

Die Verkehrstüchtigkeit des Rades muss regelmäßig überprüft werden! Leider entsprechen viele, vor allem modische Räder wie Mountainbikes, nicht diesen Vorgaben! Sie müssen entsprechend nachgerüstet werden. Lassen Sie sich vom Fahrradhändler beraten!

Ein Fahrradhelm schützt unseren wichtigsten Körperteil – den Kopf! Selbst Unfälle bei geringer Geschwindigkeit können zu einem schweren Schädel-Hirn-Trauma mit bleibenden Folgen führen. Sorgen Sie deshalb dafür, dass Ihr Kind einen **gut sitzenden Fahrradhelm trägt**. Tragen Sie selber auch einen Fahrradhelm!

Viele Eltern glauben, Ihre Kinder vermeintlich sicher mit dem Auto zur Schule bringen zu müssen. Bitte bedenken Sie:

- Bewegung vor dem Unterricht erleichtern es die Kindern sich zu konzentrieren.
- Bewegung beugt Übergewicht vor. Bewegungsmangel ist eine der wichtigsten Ursachen für sogenannte Zivilisationskrankheiten.
- Vielen Kindern fehlen heute Bewegungserfahrungen – sie sind dadurch motorisch ungeschickt.
- Die Verkehrssituation vor den Schulen gleicht manchmal mehr einem Güterbahnhof – je mehr Eltern das Auto nutzen, desto unübersichtlicher wird die Verkehrssituation für die anderen Verkehrsteilnehmer.
- Sicheres Verhalten im Straßenverkehr kann nur durch Anleitung und ständiges Üben in der Verkehrssituation erlernt werden.

Soziale und emotionale Entwicklung

Nach der Geburt und in den ersten Lebenswochen ist der junge Säugling vollständig auf seine engsten Bezugspersonen fixiert. Im weiteren Verlauf wird die Beziehung auf weitere Familienangehörige erweitert. Mit etwa 8 Monaten unterscheidet der Säugling eindeutig zwischen fremden und bekannten Personen („Fremdelphase“). Mit etwa 18 Monate – 2 Jahren erkennt das Kind seine eigene Persönlichkeit, versucht eigene Interessen durchzusetzen, agiert scheinbar vollständig eigensüchtig und egoistisch („Trotzphase“). Mit 2 ½ - 3 Jahren beginnt das Kind selbstständig Beziehungen zu anderen Kindern aufzubauen, es vermag sich in ein gemeinsames Spiel einzufinden, gemeinsame Regeln aufzustellen, Kompromisse zu schließen. Der Kindergarten vermittelt dem Kind ganz wesentliche soziale und emotionale Impulse, so die (stundenweise)Trennung von den Eltern, das Einfügen in die Gruppe, das Erlernen von Gruppenregeln, das Erkennen von Befindlichkeiten des Gegenüber... .

Im weiteren Verlauf gewinnt das Kind zunehmend an Selbstständigkeit und Selbstsicherheit, zeigt eine gewisse Anstrengungsbereitschaft und lässt sich nicht sofort entmutigen, wenn etwas nicht auf Anhieb gelingt. Ihr Kind möchte nun ein Schulkind werden.

Was können wir tun?

- Nehmen Sie sich Zeit für ihr Kind, hören Sie ihm zu!
- Sprechen Sie mit ihrem Kind über Gefühle (z.B. Angst, Wut, Ärger, Neid, aber auch Zuneigung, Liebe...).
- Auch in der Familie gibt es Regeln für das Zusammenleben – fordern sie diese ein, auch wenn es manchmal zunächst leichter scheint, nachzugeben.
- Sprechen Sie mit der Erzieherin, welche Beobachtungen Sie im Kindergarten macht.

Was sollte ein Schulkind können:

- sich zumindest stundenweise von den Eltern trennen
- sich in Gruppen einfügen können, Gruppenregeln beachten
- sich eine Zeit alleine beschäftigen können
- sich etwas zutrauen

- Die eigene Befindlichkeit erkennen und mitteilen können
- Die Befindlichkeit eines anderen erkennen und darauf reagieren

Literatur & Links:

„Kluge Gefühle- Familienratgeber zur Förderung der emotionalen Intelligenz" im Buchhandel (aus 2005) 14,80 € *sowie über www.mzfk.de*

Sprache

Die Entwicklung der Sprache ist eng verknüpft mit der des Hörens. Sie beginnt bereits im Mutterleib. Das Gehör wird bereits sehr früh in der Schwangerschaft angelegt, bereits hier macht der Fötus erste Hörerfahrungen, erlernt Tonfall und Satzmelodie seiner „Muttersprache", vermag verschiedene Stimmen zu unterscheiden.

Bereits mit 6 Monaten bildet ein Kind erste Silbenketten, mit einem Jahr spricht es das erste Wort („Mama"), mit 2 Jahren verfügt das Kind über einen Wortschatz von etwa 50 Worten und bildet bereits erste 2-Wortsätze („Papa komm!"). Was dann folgt beschreiben die Sprachforscher als „Wortschatzexplosion". Innerhalb weniger Jahre wächst der Wortschatz des Kindes auf mehrere tausend Worte an, das Kind erlernt grammatikalische Regeln (ohne das wir sie ihm explizit erklären), vermag einfache Zusammenhänge in Worte zu fassen und darzustellen.

Einige Kinder zeigen Probleme in der Sprachentwicklung: Sie beginnen erst sehr spät zu sprechen, haben Schwierigkeiten mit der Aussprache verschiedener Laute, zeigen nur einen kleinen Wortschatz oder beherrschen die Regeln der Grammatik nur unzureichend.

Was können wir tun?

- Bei jedem Kind, das Probleme in dem Erlernen der Sprache hat, muss das Gehör überprüft werden! Bitte wenden Sie sich hierzu an ihren behandelnden Arzt/Kinderarzt. Im Zweifel ist eine Vorstellung beim Pädaudiologen/ Phoniater (spezieller Hals-Nasen-Ohren-Arzt für Kinder) notwendig.
- „Die Grundlage jeder Sprachentwicklung ist das Gespräch!" Bemühen Sie sich um gemeinsame Sprachanlässe: Gemeinsames Anschauen von Bilderbüchern, Vorlesen, sich von Erlebnissen im Kindergarten berichten lassen, beim Einkaufen über die Waren im Einkaufskorb sprechen...
- Kinder mit Problemen in der Sprachentwicklung sollten **nicht** korrigiert werden. Vielmehr können Sie ihrem Kind helfen, wenn Sie das Gesprochene noch einmal korrekt wiederholen. Beispiel: Kind: „Ich trinken haben." Sie: „So, du möchtest etwas zu Trinken haben?"

- Wird eine Störung der (Aus-)Sprache oder des Sprechens festgestellt, wird der behandelnde Arzt/Kinderarzt Sie bezüglich einer entsprechenden Behandlung beraten.
- Auch wenn ein Kind täglich mehrere Stunden einen chinesischsprachigen Fernsehsender verfolgt, wird es trotzdem nie Chinesisch lernen! Mit der deutschen Sprache ist es genauso!

Was sollte ein Schulkind können?

- Wörter und Sätze deutlich und verständlich aussprechen
- 6 - 8 Worte in einem Satz zusammenfassen, dabei die wesentlichen Regeln der Grammatik beachten (Einzahl/Mehrzahl, Gegenwart/Vergangenheit, Haupt-/Nebensätze)
- Kleinere Geschichten in korrekter zeitlicher Abfolge berichten können
- Differenzierter Wortschatz, z.B. auch kleine Körperteile korrekt benennen können, die Dinge aus dem täglichen Leben richtig benennen (Gebrauchsgegenstände, Nahrungsmittel, die Tiere der Umgebung...).

Zusätzliche Hinweise für zwei- oder mehrsprachig aufwachsende Kinder:

Einige Kinder wachsen mit zwei oder mehr Sprachen auf. Für Ihr Kind kann es eine große Chance sein, zwei Sprachen zu erlernen und so den Kontakt mit der eigenen Kultur zu erhalten. Den meisten Kindern fällt das Erlernen von zwei Sprachen leicht, wenn einige Regeln beachtet werden.
Vereinbaren sie in der Familie klare „Sprachregeln“. Für die Kinder muss klar sein, welche Sprache bei welcher Gelegenheit gesprochen wird, damit sie nicht durcheinander kommen. So können Sie vereinbaren, dass

- die Eltern nur ihre Heimatsprache benutzen
- zuhause nur die Muttersprache genutzt wird, außerhalb der Wohnung nur Deutsch
- der Vater in seiner, die Mutter in ihrer Heimatsprache spricht

Entgegen früheren Empfehlungen gehen die Sprachwissenschaftler heute davon aus, dass es sinnvoller ist, wenn die Eltern ihr Kind zunächst in ihrer Heimatsprache erziehen. Das Kind erhält dadurch ein gutes Sprachvorbild durch die Eltern und erlernt eine Sprache dadurch perfekt. Dies erleichtert ihm hinterher auch das Erlernen der „Fremdsprache“ Deutsch. Meist lernen die

Kinder das Deutsche später im Kindergarten. Der regelmäßige Kindergartenbesuch ab dem dritten Lebensjahr ist deshalb für Ihr Kind besonders wichtig!

Literatur & Links:

- *„Sprich mit mir" Barmer-Ersatzkasse (Hrsg.), im Buchhandel sowie unter www.mfzk.de*
- *„Mehrsprachige Erziehung" V. Triarchi-Herrmann, reinhardt, 3. Aufl. 2012 16,90 €*
- *„So lernen Kinder sprechen" W. Brügge, K. Mohrs, E. Richter, reinhardt 6. Aufl. 2007, 12,90 €*
- *„Hör mal, wer da spricht!" Eine Information der AOK NordWest und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)*
- *Lustiges Sprech-Zeichnen, Pattloch Verlag 9,99 €*
- *„Spracherwerb des Kindes. Verlauf und Störungen - Jürgen Dittmann, C.H. Beck Verlag, 1. Auflage 2002, 8,95 Euro*
- *„Vom Sprechen zum Schreiben: Sprachentwicklung zwischen dem vierten und siebten Lebensjahr, Klett-Lotta, 1. Auflage, 24,95 Euro*

Spiele, die die Sprachentwicklung fördern . . .

- Ratzfatz (Haba)
- Ratzolino (Haba)
- Die freche Sprech-Hexe (Ravensburger)
- Planet der Sinne-Hören/Sehen (Haba)
- Pustekuchen (Haba)

Internetseiten zum Thema Sprache

- www.dbl-ev.de
- www.sprachheilwiki.de
- www. einwortsatz.de
- www.kinderbuch-couch.de
- www.bildungsserver.de
- www.elternimnetz.de
- www.kindererziehung.com
- www.verband-binationaler.de
- www.arbeitskreis-sprache.de
- www.blinde-kuhe.de/sprachen

Taschengeld

Der richtigen Umgang mit Geld gehört sicher zu den wichtigen Erziehungszielen. Viele Kinder und Jugendliche haben heute Probleme damit und geraten in eine „Schuldenfalle“.

Um den richtigen Umgang zu erlernen, muss ihr Kind Erfahrungen mit Geld sammeln können. Dazu benötigt es das Taschengeld, d.h. Geld, das ihm wirklich zu freier Verfügung steht und das es wirklich verwenden darf, wie es das möchte. Nur wenn ihr Kind auch negative Erfahrungen sammeln darf (z. B. das auf der Kirmes gekaufte Spielzeug war noch am gleichen Tag kaputt; wenn ich mein Geld nicht einteile, habe ich am Ende der Woche nichts mehr...) wird es einen Lerneffekt davon tragen. In der Regel müssen jüngere Kinder von ihrem Taschengeld keine „Gebrauchsgüter“ bezahlen. Später ist es sinnvoll, wenn ihr Kind oder Heranwachsender auch bestimmte Dinge aus dem eigenen Etat begleichen muss (z.B. die Handy-Gebühren, Kleidung, besondere Zeitschriften...).

Über die Höhe des Taschengeldes gibt es unterschiedliche Ansichten. In der Tabelle finden Sie durchschnittliche Werte des heute üblichen Taschengeldes (Zitiert Stiftung Warentest 09/2012*[1]).

Durchschnittliches Taschengeld nach Alter:

Vorschulalter (ab etwa 5 Jahre)	-	1,00 € pro Woche
Ab Schuleintritt (bis 7 Jahre)	-	2,00 € pro Woche
8 und 9 Jahre	-	3,00 € pro Woche
10 und 12 Jahre	-	14,00 - 20,00 € pro Monat
16 Jahre	-	35,00 € pro Monat

Es handelt sich hierbei um Anhaltswerte. Natürlich muss der finanzielle Spielraum jeder Familie berücksichtigt werden. Bitte besprechen Sie dies mit ihren Kindern. Natürlich lernen Kinder auch vom Vorbild ihrer Eltern!

* Vorschlag des Jugendamtes Nürnberg

Vorsorgeuntersuchungen
(U-Untersuchung beim Kinder- oder Hausarzt)

Vorsorgeuntersuchungen dienen dem rechtzeitigen Erkennen von Erkrankungen und Fehlentwicklungen, des Weiteren der Durchführung vorsorgender Maßnahmen wie Impfungen und Gesundheitsberatungen.

Die meisten Eltern kennen die Vorsorgeuntersuchungen **U1 - U9**, die beim Kinder- oder Hausarzt durchgeführt werden und nehmen diese auch wahr. Kinderärzte und Krankenkassen haben sich jedoch darauf verständigt, noch weitere neue Untersuchungen einzuführen. Diese möchten wir Ihnen im Folgenden kurz vorstellen:

U10 (7. bis 8. Lebensjahr) Diese Vorsorgeuntersuchung soll zusammen mit der U11 die recht große zeitliche Lücke zwischen dem fünften und zwölften Lebensjahr schließen. Schwerpunkt ist das Erkennen und Behandeln von umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, Störungen der motorischen Entwicklung sowie von Verhaltensstörungen.

U11 (9. bis 10. Lebensjahr) Schwerpunkt ist das Erkennen und Behandeln von Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-/ Mund- und Kieferanomalien, gesundheitsschädlichem Medienverhalten; Förderung der Bewegung/des Sports und des gesundheitsbewussten Verhaltens.

J1 (12. bis 14. Lebensjahr) Körperliche Entwicklung, Seh-und Hörfähigkeit, Impfstatus, präventive und psychosoziale Beratung etc.

J2 (16. bis 18. Lebensjahr) Schwerpunkte: Erkennen und Behandlungseinleitung von Pubertäts-und Sexualstörungen, Haltungsstörungen, Kropfbildung, Diabetes-Vorsorge, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, begleitende Beratung bei der Berufswahl.

Wissenschaftliche Studien - unter anderem die große KIGGS-Studie des Robert-Koch- Institutes in Berlin - zeigen, dass immer mehr Kinder und Jugendliche an chronischen Erkrankungen sowie an psychischen Störungen leiden. Diese sollen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen rechtzeitig erkannt und einer Behandlung zugeführt werden.

(Die Vorsorgen U10, U11 und J2 werden noch nicht von allen Krankenkassen bezahlt. Bitte fragen Sie ihren Haus- oder Kinderarzt. Nähere Informationen finden Sie auch unter: www.kinderaerzteimnetz.de)

Wahrnehmung

Der Begriff „Wahrnehmung“ - meist in Verbindung mit „Störung“ - oder auch der Begriff „sensorische Integration“ wird heute im Rahmen der kindlichen Entwicklung häufig genannt. Was ist eigentlich darunter zu verstehen? Dazu hier ein Beispiel:

Stellen Sie sich vor, Sie stehen mit Ihrer 5-jährigen Tochter auf einer Wiese und möchten mit ihr „Ball zuwerfen“ spielen. Welche Sinneswahrnehmungen und Verarbeitungsprozesse werden hierbei wohl benötigt?

1) Sehsinn (Visuelle Wahrnehmung): Ihr Kind sieht einen Ball, den Sie ihm vorhalten. Aus Erfahrung weiß es, wodurch ein Ball sich auszeichnet und was man mit ihm anfangen kann. Die entsprechenden Informationen hat es im Gedächtnis verankert, da es schon häufig mit einem Ball gespielt hat. Im Sprachgedächtnis „leuchtet“ der Begriff „Ball“ auf.

2) Sie sagen „Willst du mit mir Ball spielen?“. Die Schallwellen treffen auf das Gehör des Kindes und werden dort in elektrische Impulse umgewandelt. Diese werden im Gehirn in einem außerordentlich komplexen Vorgang analysiert und ihre Bedeutung ermittelt. Ihr Kind hat Sie verstanden.

3) Sie werfen den Ball. Ihr Kind sieht den Ball, mittels einer Dreiecksmessung errechnet das Gehirn des Kindes in Bruchteilen einer Sekunde aus der Stellung der Augenmuskeln zueinander die Entfernung des Balles. Aus dem Verlauf der Flugbahn und der Anfangsgeschwindigkeit wird der weitere Flugverlauf errechnet.

4) Über Rezeptoren in Muskeln, Gelenken und Sehnen „weiß“ Ihr Kind von der Stellung des eigenen Körpers, gleichzeitig erfolgen Meldungen des Gleichgewichtsorgans zur Stellung des Kopfes, zur eigenen Beschleunigung sowie zur Einwirkung der Schwerkraft.

5) Ihr Kind bringt die Arme nach vorn, die Hände werden zum Greifen des Balls vorbereitet. Dabei sind einige hundert verschiedene Muskeln genau aufeinander abzustimmen und zu koordinieren. Ständig erhält das Gehirn Rückmeldungen über Muskelspannung und Stellung der Gelenke. Gleichzeitig laufen sogenannte Stellreaktionen zum Halten des Gleichgewichtes ab, schließlich will man beim Fangen nicht umfallen.

6) Der Ball ist gefangen! Druckrezeptoren der Haut geben Auskunft, wie stark ihr Kind zugreift. Tastkörperchen geben Informationen zur Oberflächenqualität des Balles (weich/hart, rauh/glatt etc.) und zum Temperaturempfinden.

7) Während der gesamten Zeit liefen im Gehirn des Kindes weitere Informationen ein, z.B. der Geruch der Wiesenblumen oder das Zwitschern der Vögel, das Rufen des Nachbarjungen und das vorbeifahrende Auto. Diese Informationen waren zur Zeit nicht wichtig, sie wurden vom Gehirn „ausgesiebt“ und unterdrückt.

Diese Darstellung ist stark vereinfacht! In Wirklichkeit sind die ablaufenden Prozesse noch weitaus komplexer. Deutlich wird aber, dass auch an so einem scheinbar einfachen Vorgang wie dem Fangen eines Balles viele verschiedene Sinneskanäle beteiligt sind. Die Information aus diesen Sinneskanälen muss verarbeitet und zueinander in Beziehung gesetzt – integriert – werden. Wichtige und unwichtige Informationen müssen bewertet und gegebenenfalls unterdrückt werden. Die Informationen müssen in eine Bewegung des Körpers umgesetzt werden. Hier wird der Begriff der sensomotorischen Einheit deutlich.

Unser Gehirn arbeitet dabei als ein „selbstoptimierendes Netzwerk“. Jeder Bewegungsablauf, jede eingehende Sinneswahrnehmung hat wieder Einfluss auf die Struktur und die Verknüpfungen innerhalb des Gehirns. Dabei lernt das Gehirn vor allen Dingen in der Wiederholung! Sinneswahrnehmungen, die immer wieder gemacht werden, bleiben verankert. Bewegungsabläufe müssen immer wieder wiederholt und dabei optimiert werden. Wenn Sie einmal Gelegenheit hatten, junge Katzen zu beobachten, haben Sie bemerkt, dass diese den ganzen Tag in Bewegung sind. Immer wieder anschleichen, springen, klettern und miteinander rangeln. Alle für das spätere (Über-)Leben wichtigen Bewegungen werden trainiert. Oder denken Sie daran, wie lange ein Klavierspieler benötigt, um sein Instrument wirklich zu beherrschen.
Informationen zu den einzelnen Sinnesmodalitäten finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln.

Auditive Wahrnehmung (der Hörsinn)

Mit dem Begriff ist vor allem die Verarbeitung des Gehörten innerhalb unseres Gehirnes gemeint.

Haben Sie sich schon einmal gefragt,

- wie Ihnen Ihr Gehirn aus der Information zweier Ohren einen relativ genauen räumlichen Eindruck ihrer Umgebung verschafft? (Eine Schallquelle kann vor oder hinter Ihnen, links oder rechts neben Ihnen, über oder unter Ihnen zu orten sein).

- wieso auch leistungsfähigste Computersysteme größte Probleme mit der Spracherkennung haben?

- wieso ein Kind – kommt es nur früh genug damit in Berührung – jede Sprache der Welt erlernen kann?

Die Entwicklung des Gehöres und der Hörverarbeitung beginnt bereits im Mutterleib. Das Kind lernt, die Stimme der Mutter zu erkennen und von anderen zu unterscheiden, es lernt den Tonfall und die Satzmelodie der Sprache, es lernt die einzelnen Laute (Phoneme), aus denen die Sprache besteht, wieder zu erkennen. Im Weiteren lernt es, dass bestimmte Lautfolgen eine bestimmte Bedeutung besitzen („Ma-ma“ steht für die Mutter, „Ball“ für dieses runde Ding, dass immer wegrollt...). Unser Gehirn betätigt sich dabei als eine Art „Regelstaubsauger“: Wird eine bestimmte Lautfolge immer wieder im Zusammenhang mit einem bestimmten Gegenstand genannt, stellt unser Gehirn hier eine Verbindung her. Dabei wird im Laufe der Entwicklung die Bedeutung immer weiter präzisiert: Ist anfangs alles, was vier Beine hat, ein „Hund“, so gibt es später Hunde, Katzen, Eichhörnchen, Kühe, Pferde....und Goldhamster. Es bilden sich aber auch Oberbegriffe, so sind die genannten Tiere eben „Vierbeiner“, im Gegensatz z.B. zu den Vögeln, die aber auch „Tiere“ sind.
Die Entwicklung der Sprache ist ein außerordentlich komplizierter, aber damit auch störanfälliger Vorgang.

Was können wir tun?

- Hörfähigkeit sicherstellen (durch Untersuchung beim Kinder-/HNO-Arzt)

- Viel miteinander sprechen, gemeinsames Singen von Kinderliedern, Reimen

- Auf Geräusche aufmerksam machen

- „Geräusch-Memory“: Döschen mit verschiedenen Materialien füllen – beim Schütteln produzierte Geräusche wiedererkennen und zuordnen

- Lärmbelästigung mindern, also zuhause Radio/Fernsehen abstellen, falls es nur „nebenbei“ läuft

- Konzentriertes Zuhören bei Hörspielen, Radiosendungen für Kinder (z.B.„Ohrenbär“, tgl. 19:30 WDR 3)

- Im Kindergarten auf Lärmminderung achten (Filzgleiter unter den Stühlen, geräuschdämmende Vorhänge, aber vielleicht auch Gruppenregeln...)

- Vorschulische Angebote der Musikschule nutzen

Was sollte ein Einschulungskind können?

- Geräusche der Umwelt erkennen und orten – wichtig z.B. zur Orientierung im Verkehr

- Ähnlich lautende Worte unterscheiden, z.B. Tanne/Kanne, Baum/Traum, Hose/Dose etc.(Phonematische Differenzierung)

- Worte in Phoneme zerlegen z.B. Au-to-bahn, Blu-men-topf etc. (Phonologische Bewusstheit)

- Kleinere Sätze korrekt behalten und wiederholen

- Reime erkennen

- Einfache Rhythmen nachklatschen oder klopfen

Visuelle Wahrnehmung (der Sehsinn)

Auch der Sehsinn entwickelt sich bereits im Säuglingsalter. Erstes Schattensehen, das erste schemenhafte Erkennen des Gesichtes der Mutter... . Die Entwicklung ist dabei abhängig von der äußeren Umgebung des Kindes. Im weiteren Verlauf prägt sich die Sehschärfe voll aus, die größten Veränderungen ergeben sich jedoch bei der Verarbeitung des Gesehenen im Gehirn. Zunehmend können wir bildwichtige Details von unwichtigen unterscheiden, können auch feine Unterschiede zwischen Darstellungen feststellen. Das Schulkind unterscheidet Formen und Farben, vermag Gegenstände nach Merkmalen wie der Form zu ordnen, puzzelt. Mitunter spielt uns die visuelle Wahrnehmung aber auch einen Streich, wie beispielsweise bei den bekannten Darstellungen von Escher.

Manchen Kindern fallen solche Leistungen schwer. Sie puzzeln nicht, vermögen Bilderrätsel nicht zu lösen oder fallen beim Memory-Spielen auf.

Was können wir tun?

- Der erste Weg sollte zum behandelnden Arzt /Kinderarzt/Augenarzt führen. Nicht selten werden Kinder vorgestellt, bei denen eine visuelle Wahrnehmungsschwäche vermutet wird. Tatsächlich besteht aber eine Fehlsichtigkeit und das Kind benötigt eine Brille!
- Einschlägige Fördermöglichkeiten sind Puzzelspiele (z.B. Didacta-Puzzel von Ravensburger), Memory, „Schau genau“ (Ravensburger).
- Aber auch das Nachbauen von Lego-Bausätzen nach Vorlage (vor allem wird dabei auch das räumliche Vorstellungsvermögen trainiert).

Vielen Kindern fallen Rechts-Links-Unterscheidungen schwer. Später verwechseln sie b und d oder auch q und d. Hier ergibt sich eine Schnittmenge zum Körperbewusstsein: „Wo ist deine rechte Hand? Wo dein linker Fuß?“ Evtl. hilft eine Eselsbrücke: **„R**-echts wie B-**r**-emsenseite, **L**-inks wie K-**l**-ingelseite“ (übliche Montage am Fahrrad).

Bei erheblichen Problemen sollte der Kinderarzt zu Rate gezogen werden. Evtl. ist eine gezielte Förderung notwendig.

Was sollte ein Schulkind können?

- Unterscheiden von Formen und Farben (Grund- und Mischfarben)
- Symbole (z.B. Pictogramme, Verkehrsschilder) wiedererkennen und deuten
- Gegenstände nach Größe oder Form ordnen
- Bildwichtige Details z.B. in Suchbildern erkennen

Taktile Wahrnehmung (der Tastsinn)

Die Haut ist unser größtes Organ. In der Haut liegen eine Vielzahl verschiedener Sinneszellen. Sie geben uns Auskunft über

- Druck
- Vibration
- Temperatur
- Schmerz

Dabei ist die Dichte, mit der die Sinneszellen angeordnet sind, sehr unterschiedlich. Die höchste Dichte findet sich an den Fingerspitzen als Tastorgan, die niedrigste im Bereich des Rückens. Unser empfindlichstes Sinnesorgan hinsichtlich der taktilen Wahrnehmung ist übrigens unsere Zunge, ein Grund, weshalb Säuglinge Gegenstände vor allem mit dem Mund erkunden („Mundeln“).

Durch die taktile Wahrnehmung erfahren wir gleichzeitig auch etwas über die Oberflächen-Qualität der Gegenstände, die wir berühren. Sie können hart oder weich, flauschig, rau, glatt oder spitz sein, können sich warm oder kalt anfühlen.

Die taktile Wahrnehmung kommt vor allem bei feinmotorischen Verrichtungen zum Tragen.

- Wie fest fasse ich ein Ei an, ohne das es zerbricht?

- Wie stark darf ich den Stift auf das Papier drücken, ohne das er abbricht oder das Papier reißt?

- Kann ich die Form eines Gegenstandes ertasten, auch wenn ich ihn nicht sehe?

- Aber auch: Wie stark darf ich meinen Nachbarn berühren, ohne das er „sauer“ reagiert?

Was können wir tun?

- Auch die taktile Wahrnehmung muss geübt werden.

- Sprechen Sie mit ihrem Kind über unterschiedliche Wahrnehmungen: „die Baumrinde ist rau, das Metallblech glatt und kalt...“

- Bieten Sie unterschiedliche Qualitäten an: z.B. Sand, Kiesel, Tannenzapfen, Eicheln..., aber auch Stoffe, Metalle...

- Gegenseitig massieren, dabei unterschiedliche Körperteile benennen

- Haben Sie Geduld: Stellen Sie sich vor, Sie müssten Gegenstände durch einen dicken Wollhandschuh ertasten (so ähnlich empfindet es vielleicht ein Kind mit einer Wahrnehmungsschwäche in diesem Bereich)

Olfaktorische Wahrnehmung (der Geruchssinn)

Der Geruchssinn spielt für den Menschen – scheinbar – keine so große Rolle. In der Entwicklung unserer Kinder vernachlässigen wir ihn in der Regel gänzlich. Schade!

Der Geruchssinn hat enge Verbindungen zu stammesgeschichtlich alten, tiefliegenden Hirnanteilen. Er hat sehr viel mit unseren Gefühlen zu tun. So kommt es, dass wir z.B.

- jemanden ablehnen, weil wir ihn „nicht riechen können“?

- der Geruch eines Nahrungsmittels für uns viel ausschlaggebender ist als der eigentliche Geschmack, der nur wenige Qualitäten vermittelt?

Was können wir tun?

Weisen Sie Ihr Kind auf verschiedene Gerüche hin, z. B.:

- auf das Duften der Blumen, Sträucher, Tannen... , beim Gang durch den Kräutergarten (es gibt nicht nur den eigenen, sondern z.B. auch den Botanischen Garten oder Lehrgarten).

- Lassen Sie ihr Kind an Küchenkräutern (auch getrocknet) riechen.

- Nutzen Sie frische Küchenzutaten, Fertiggerichte weisen in der Regel kaum spezifische Geruchseigenschaften auf.

Gesunde Zähne ein Leben lang!

Wann findet der Zahnwechsel statt?

Im Bezug auf die Zähne beginnt für die Kinder mit der Schulreife eine ganz spannende Zeit. Aus zwanzig Milchzähnen werden 32 bleibende Zähne (einschließlich der Weisheitszähne). Der Zahnwechsel findet in mehreren Phasen statt. Zwischen 5 - 6 Jahren kommt der erste große bleibende Backenzahn. Für diesen gibt es keinen Milchzahn. Die oberen und unteren Milchschneidezähne fangen an zu wackeln und fallen schließlich aus. Bald sind die neuen bleibenden Schneidezähne durchgebrochen und gliedern sich in die Zahnreihe ein. Diese Phase dauert von dem 6. - 9. Lebensjahr an. Dann kommt eine Pause von ca. 1,5 Jahren. In dieser Phase sind Milch- und bleibende Zähne nebeneinander im Mund Ihres Kindes vorhanden. Zwischen dem 10. und 13. Lebensjahr werden nun die Milcheckzähne und Milchbackenzähne durch ihre Nachfolger ersetzt. Der zweite große bleibende Backenzahn kommt hinzu. Für diesen gab es vorher auch keinen Milchzahn. Der Durchbruch der Weisheitszähne findet zwischen dem 17. und 35. Lebensjahr statt. Bei Mädchen brechen die bleibenden Zähne meist drei bis sechs Monate früher durch als bei den Jungen.

Warum ist eine gründliche Zahnpflege sehr wichtig?

Der Zahnschmelz der „Neuen Zähne“ ist bei Durchbruch noch nicht völlig hart und somit besonders Karies gefährdet. Gerade im Zahnwechsel sollten Eltern das tägliche Zähneputzen des Kindes weiter unterstützen und kontrollieren. Auch wenn das Kind immer selbständiger wird, beherrschen die Kinder die Zahnputztechnik erst im späten Grundschulalter gut. Mit dem Einschulungsalter sollte auch der Wechsel von einer Kinderzahnpaste zu einer Erwachsenenzahnpaste erfolgen. Diese sollte einen Fluoridgehalt von 0,1 % oder 1000 ppm (maximal 1500 ppm) aufweisen. Die halbjährlichen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen sind weiterhin sehr wichtig.

Welche Stellen im Mund sind besonders gefährdet und somit für Karies anfällig?

- der Übergang von Zahn zum Zahnfleisch (die sogenannten Zahnhälse)
- die zerklüftete Kaufläche der großen Backenzähne und der „kleinen Backenzähne“, Vormahlzähne. Hier sind viele Höcker, Grübchen und Rillen, sogenannte Fissuren, die für die Kinder schwer zu reinigen sind.
- die Zahnzwischenräume (das ist der Raum, wo ein Zahn den anderen berührt)

Die Reste von klebrigen Essen haften an diesen Stellen besonders gut. Wenn die Zähne nicht ausreichend geputzt werden, vermehren sich Bakterien besonders schnell. Bestimmte Bakterien nutzen den Zucker aus der Nahrung um sich zu vermehren und Säure zu produzieren. Die Säure schädigt den Zahn und Karies ist entstanden.

Bei sehr tiefen Furchen der Kauflächen der Backenzähne können auch durch sorgfältige Zahnpflege diese nicht vollständig gereinigt werden. Die Borsten der Zahnbürste schaffen es nicht, alle Nahrungsreste aus den Grübchen und Fissuren zu entfernen. Hier hilft der Zahnarzt. Die Fissuren und Grübchen werden durch eine dünne Kunststoffschicht aufgefüllt. Dies heißt Fissurenversiegelung. Diese Schmutznischen sind jetzt versiegelt. Eine Selbstreinigung durch Speichel sowie eine optimale Bürstenreinigung ist nun möglich.

Die wichtigsten Tipps für gesunde Zähne:

- Mineralwasser ist der beste Durstlöscher sowie Tee ohne Zucker.
- Süßigkeiten während der Hauptmahlzeiten, anstatt über den ganzen Tag verteilt, sind weniger schädlich für die Zähne (anderesfalls droht ein ständiger „Säureangriff“ auf die Zähne).
- Süße und/oder saure Getränke sind besonders schädlich. Die darin enthaltenen Säuren wirken „ätzend“ auf die Zähne. Also Cola, Limonade, Eistee und Mineraldrinks… vermeiden.
- Klebrige bzw. weiche Nahrungsmittel bitte vermeiden. Das Kind braucht Nahrung an der es richtig kauen muss. Der Speichel, unser natürlicher Schutz gegen Karies, kann so am besten arbeiten.
- Nachts wird weniger Speichel produziert. Nach dem Zähneputzen nur noch Wasser dem Kind zu trinken geben. Süße/saure Getränke vor dem Schlafen- gehen und nachts sind besonders schädlich für die Zähne.
- Von der Kinderzahnpaste auf die Erwachsenen Zahnpaste ab ca. dem sechsten Lebensjahr wechseln. Wenigstens 2x täglich Zähne putzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpaste (1000 ppm bis maximal 1500 ppm).
- Das Kind beim Zähneputzen weiterhin unterstützen.
- Tiefe Grübchen und Fissuren der Backenzähne durch den Zahnarzt versiegeln (Fissurenversiegelung) lassen.
- Mindesten 2x jährlich zur Kontrolle zum Zahnarzt gehen.

Weiterführende Internetadressen:
www.ak-zahn-steinfurt.de, www.ak-zahngesundheit-wl.de
www.dgzmk.de

weiterführende Literatur/Internet-Adressen und Links

Allgemeines zu Familie/Eltern sein

- „FamilienErgo“, Schulvorbereitung im Familienalltag,
  Broschüre (in deutscher, türkischer, russischer und arabischer Sprache)
  von Rupert Dernick
  http://www.familienergo.de

- Topfit für die Schule“ von Rupert Dernick, Werner Tiki Küstenmacher, Kösel-Verlag, Preis: 15,95 €

- „Knaurs Handbuch Familie: Alles, was Eltern wissen müssen.“
  Knaur 29,90 €

- So rede ich richtig mit meinem Kind, Heueck-Mauß, Doris, Humboldt Verlag, Preis: 12,99 €

- Familienkonferenz, Gordon, Thomas, Heyne Taschenbuch,
  Preis: 9,99 €

- Familienkonferenz in der Praxis, Gordon, Thomas, Heyne Taschenbuch
  Preis: 9,99 €

- Die 50 besten Spiele für mehr Konzentration, Portmann, Rosemarie
  Don Bosco Medien, Preis: 5,00 €

- www.familienhandbuch.de
  (Internetbasiertes Handbuch zum Thema Familie, Erziehung etc.)

- www.fragfinn.de

- www.familien-wegweiser.de

- www.kreis-steinfurt.de
  Heft „Ich-Du-Wir“ Infos für Familien im Kreis Steinfurt

Gesundheit

- www.kinderaerzteimnetz.de

- www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Thema Lernen/Schule

- „Lob der Schule“ von J. Bauer: Hoffmann und Campe: 12,90 €
- „Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens“
  von M. Spitzer: Spektrum akademischer Verlag: 20,00 €
- www.bildungsportal-nrw.de (Internetseite des Schulministeriums)

Selbsthilfegruppen

- www.netzwerkselbsthilfeundehrenamt.de oder
  unter Tel.: 02572/9601684

Viele Bücher, Spiele können auch in der örtlichen Bücherei ausgeliehen werden. Ein Besuch lohnt sich!

Informationen finden sich auch unter:

- www.kreis-steinfurt.de

Impressum
Kreis Steinfurt
Der Landrat
- Gesundheitsamt -
Tecklenburger Str. 10
48565 Steinfurt

Stand: Juli 2014