Medizinisch-Pädagogische Konferenz

Rundbrief für in der Waldorfpädagogik tätige Ärzte, Erzieher, Lehrer und Therapeuten

Heft 8 / Januar 1999

Impressum

Die Medizinisch-Pädagogische Konferenz erscheint drei- bis viermal im Jahr in Zusammenarbeit mit dem Bund der Freien Waldorfschulen.

Jeder Autor ist für den Inhalt seines Beitrags selbst verantwortlich.

Nachdruck einzelner Artikel ist in Absprache möglich, drei Belegexemplare werden erbeten.

Beiträge und Anfragen können an die Herausgeber gesendet werden:
Peter Fischer-Wasels, Gemeinschaftskrankenhaus, Kinderambulanz
Beckweg 4, 58313 Herdecke, Fax 0231-1629745
Dr. med. Claudia McKeen, Ganghoferstraße 27, 70192 Stuttgart,
Fax 0711-2591997

Bestellungen richten Sie bitte mit beiliegendem Formular
(am Ende des Heftes) an:

Eveline Staub Hug, Ehrenhalde 1, 70192 Stuttgart
Abonnementverwaltung über diese Anschrift.

Anzeigen: Elsa Runge, Katharinenweg 2, 73760 Ostfildern

Konto: Bund der Freien Waldorfschulen e.V.
– Med.-Päd. Konferenz –, Eveline Staub Hug
Bank für Sozialwirtschaft Stuttgart, Kto.-Nr. 8712400, BLZ 60120500

Der Kostenbeitrag pro Heft beträgt ab 1999 DM 6,– zuzüglich Porto und wird bei den Abonnenten per Lastschrifteinzugsverfahren einmal im Jahr abgebucht.
Bei Bestellungen von Einzelheften bitte im voraus Entgelt in Briefmarken (in Deutschland) oder Betrag in DM beilegen(Ausland).

Redaktionsschluß für das nächste Heft ist der 15.3.1999

Titelmotiv: Ernst Barlach, Der Buchleser, 1936

Medizinisch-Pädagogische Konferenz

Rundbrief für in der Waldorfpädagogik tätige Ärzte, Erzieher, Lehrer und Therapeuten

Heft 8 – Januar 1999

Herausgegeben von Dr. Claudia McKeen und Peter Fischer-Wasels

Inhalt:

		Seite
Claudia McKeen	Zum Inhalt dieses Heftes: Hilft eine Prismen-Brille gegen Legasthenie und Schulversagen?	3
Uwe Wulff	Gestörtes beidäugiges Sehen und Schulversagen	4
Kai Meyer-Hamme	Anmerkungen zu „Gestörtes beidäugiges Sehen und Schulversagen" von Dr. Uwe Wulff	17
Gabriele Meyer-Hamme	Schulärztliche Augenuntersuchung	20
Heide Mende-Kurz	Warum nehmen Sprachentwicklungsstörungen so enorm zu?	22
Friedwart Husemann	Der Epochenunterricht als psychiatrische Prophylaxe	24
Sigrid Jaa	Erfahrungen mit beratender Elternarbeit	26

Berichte von Tagungen

Beate Haupt	Bayerisches Regionaltreffen „Therapie an der Waldorfschule" am 16. 1.1999 in Gröbenzell	29

Buchbesprechungen und Literaturhinweise

Jeanne Meijs	Wege durch die Pubertät *(Sigrid Jaa)*	30
Wolfgang Gädeke	Die Ehe – wie ist sie zu retten? *(Peter Fischer-Wasels)*	32

Fragen aus dem Leserkreis – an den Leserkreis

Jörg Undeutsch Zur Legasthenie 32

Rudolf Nast „Ein glücklicher Zufall" 33

Aktuelle Informationen

Mitteilung des Arbeitskreises für Ernährungsforschung 35

Gesundheitsbericht für Deutschland *(Petra Kühne)* 36

Zuviel Vitamine in angereicherten Lebensmitteln *(Petra Kühne)* 38

Medikamentenrückstände in Seen und Flüssen *(Claudia McKeen)* 40

Unterrichtsreferendariat im Schlössli/Ins 41

Hinweis auf die Schulärztearbeit in Hamburg *(Gesine Udewald)* 41

Tagungsankündigungen

Schulärztetreffen am 6./7. Februar 1999 in Herdecke 42

Baden-Württembergisches Regionaltreffen
„Therapie an der Waldorfschule" am 3. März 1999 in Stuttgart 43

Terminänderung 16. Medizinisch-Pädagogische Konferenz 43

Einladung zum Schulärztetreffen am 8./9. Mai 1999 in Stuttgart 43

„Das unruhige Kind". Hyperaktivitätssyndrom (ADS). Kurs für Heileurythmisten und Schultherapeuten mit S. Junghans in Basel 44

„Die Bedeutung der ersten drei Lebensjahre" –
Tagung der Internationalen Arbeitsgruppe zur Kleinkindbetreuung
vom 9. bis 12. Oktober 1999 in Dornach (siehe Bericht) 44

Jahresprogramm Anthroposophischer Zahnärzte 46

Anschriften der Verfasser III. Umschlagseite
Terminkalender IV. Umschlagseite

Zum Inhalt dieses Heftes:

Hilft eine Prismen-Brille gegen Legasthenie und Schulversagen?

In letzter Zeit kommen immer wieder Eltern zu mir in die Sprechstunde mit der Frage, ob die Verhaltensauffälligkeiten oder Lese-Rechtschreibprobleme ihrer Kinder vielleicht an einem speziellen Fehler des beidäugigen Sehens liegen könnten. So bekam ich von einer Mutter auch den nachfolgenden Aufsatz von *Dr. U. Wulff* in die Hand. Beim ersten Lesen war ich überrascht von der Einfachheit und Schlüssigkeit des Dargestellten. Sollten wir nicht viele unserer „Problemkinder" zur Überprüfung einer eventuellen Winkelfehlsichtigkeit schikken, wenn die Erfolgsquote 65 Prozent beträgt und eine solche Fülle von Problemen damit gebessert werden kann?
Beim genaueren Lesen tauchten dann Fragen auf: Was heißt es, daß Kinder mit gleichgroßer Prismenfehlsichtigkeit völlig verschiedene, teils gegensätzliche Auffälligkeiten haben und daß das Ausmaß des Fehlers nichts über die Schwere der Probleme sagt? Es muß also in jedem Falle noch vieles andere außerdem mitspielen, was berücksichtigt und herausgefunden werden muß. Woher kommt es, daß bei Nachuntersuchungen oft neue, stärkere Prismengläser notwendig werden – war es vorher nicht vollständig meßbar, oder hat sich der Fehler durch die Brillen-Korrektur verstärkt? Wenn die Erfolgsquote bei 65 Prozent liegt, für Kopfschmerzen sogar bei 90 Prozent und nur 5 Prozent der zur Untersuchung geschickten Kinder keine Brille brauchen, warum ist dann die Methode nicht viel mehr im Gespräch und nicht wissenschaftlich anerkannt? Liegt es an der Ignoranz der Schulwissenschaft, daß sie diese neue Methode ablehnt und so wenige Augenärzte Erfahrung damit haben und sie befürworten?
Was raten wir als Schulärzte den Eltern und Lehrern, wenn sie uns nach dieser Methode fragen? Um die Phänomene und Fragen besser verstehen und beurteilen zu können, fragte ich den erfahrenen Augenarzt *Dr. Meyer-Hamme* um eine Stellungnahme. Wenn wir seine „Anmerkungen" zu dem Aufsatz von Dr. U. Wulff dazunehmen, so können wir die Frage, was wir von der Winkelfehlsichtigkeit und ihrer Korrektur erwarten können beziehungsweise welche Probleme auch damit verbunden sind, besser einschätzen, und diese Möglichkeit stellt sich als *eine* neben viele, viele andere, die bei unseren „schwierigen" Kindern in Betracht kommen kann.

Claudia McKeen

Gestörtes beidäugiges Sehen und Schulversagen *

Uwe Wulff

Immer wieder ein Rätsel sind speziell in der Grundschule die Kinder, die trotz normaler bis guter Intelligenz und Unterstützung durch das Elternhaus in der Schule unerwartet schlecht abschneiden. Insbesondere Kinder mit Konzentrationsschwäche und deutlichen Auffälligkeiten beim Lesen und Schreiben erweisen sich oft als weitgehend förder- und therapieresistent. Der Aufwand für die Förderung dieser Kinder steht in keinem Verhältnis zum Erfolg der Maßnahmen. Dies war mit ein Grund dafür, daß zum Beispiel die in Berlin in den 70er Jahren entstandene „Legasthenie-Förder-Euphorie" schnell der Ernüchterung wich. Der Begriff „Legasthenie" wurde ersatzlos aus dem amtlichen Vokabular der Gründe für besondere Förderung von Schülern gestrichen.

Die Legasthenie wird auch bezeichnet als Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) oder als Störung von Lesen und Rechtschreibung bei normaler Gesamtintelligenz (Teilleistungsschwäche) infolge auditiver und visueller Wahrnehmungsstörungen (auditiv: das Hören betreffend, visuell: das Sehen betreffend).

Die Ursachen der Legasthenie sind ungeklärt und deshalb gibt es bisher auch keine ursächliche Therapie und Heilungsmöglichkeit. Es wird je nach bestehenden Auffälligkeiten eine symptomatische Therapie empfohlen, die zu einem erfolgreicheren Lernen führen soll.

Der Hinweis auf bestehende visuelle Wahrnehmungsstörungen hat schon seit etwa drei Jahrzehnten dazu geführt, daß in Einzelfällen bei Kindern mit Auffälligkeiten beim Lesen und Schreiben alle bestehenden Sehfehler in der Zusammenarbeit beider Augen genau gemessen und mit speziellen Prismenbrillen korrigiert wurden. Dieses Vorgehen erfolgte ohne Berücksichtigung, ob eine ärztlich diagnostizierte Legasthenie vorlag oder nicht.

Die daraus gesammelten positiven Erfahrungen führten langsam und von der Öffentlichkeit zunächst unbemerkt zu einer Neubewertung des erheblichen Einflusses solcher Fehler des beidäugigen Sehens auf die vorschulische und schulische Leistungsfähigkeit.

Zufällig kamen dann im Schuljahr 1991 Lehrer einer Berliner Grundschule im Zusammenhang mit der Suche nach Hilfe für zwei Kinder, deren Lese- und Schreibfähigkeiten im zweiten Schuljahr immer schlechter statt besser wurden, auch in Kontakt mit einem Berliner Augenarzt, der seit mehr als zwei Jahrzehnten Störungen des beidäugigen Sehens mit Prismenbrillen korrigiert. Die beiden

* Hinweise von Kinder- und Augenärzten führten zur Überarbeitung der ursprünglichen Informationsschrift von Jens Haase; erschienen in der Zeitschrift *Akzente* Nr. 1, 1.Vierteljahr 1997.

Kinder waren zwar Brillenträger, schienen aber dennoch weiterhin erhebliche Sehstörungen zu haben. Wie sich dann herausstellte, hatte das eine Kind mit der alten Brille noch eine Restsehfähigkeit von 20 %. Eine Hornhautverkrümmung war nicht korrigiert. Das andere Kind trug Gläser wegen angeblicher Übersichtigkeit. Es war aber nicht übersichtig, sondern hatte eine vorher nicht erkannte Winkelfehlsichtigkeit (Erläuterung dieser Störung des beidäugigen Sehens erfolgt weiter unten). Vier Wochen nach Verordnung einer diesen Sehfehler korrigierenden Prismenbrille kam der Vater in die Schule, um sich darüber zu „beschweren", daß das Einkaufen-Gehen mit seinem Sohn jetzt nicht mehr eine halbe Stunde, sondern drei bis vier Stunden dauert: Sein Sohn sei von den Regalen nicht mehr wegzubekommen, er wolle den Text auf allen Verpackungen lesen. Seitdem werden in größerem Umfang, verursacht auch durch die Versendung eines Informationsbriefes des Berufsverbandes der Augenärzte an alle Schulen, von betroffenen Eltern, Lehrern, Ergotherapeuten und Kinderärzten teilweise überraschende, jedenfalls aber zunehmend ermutigende Erfahrungen über die Auswirkungen der vollständigen Korrektion der Winkelfehlsichtigkeit auf das Lern- und Leistungsverhalten von Schülern gesammelt.

Auffälligkeiten der Kinder

Feinmotorik und Schreiben

- Ungeschicklichkeit und Entwicklungsrückstand beim Malen, Ausmalen und Ausschneiden (eckig, übermalen, schlechte Positionierung einzelner Elemente und ähnliches).
- Vermeidungshaltung bis Abwehrhaltung gegenüber Malen und Schreiben bis hin zu aggressiven Handlungen gegenüber der Arbeit anderer Kinder.
- Krakelige Handschrift, ungleichmäßig große Buchstaben, schlechte Linienhaltung.
- Unsystematische Rechtschreibfehler (Flüchtigkeitsfehler), ausgelassene oder verdoppelte Buchstaben, Vertauschen benachbarter Buchstaben, Verwechseln ähnlicher Buchstaben (b und d), länger oder häufiger spiegelbildliches Schreiben. Beim Abschreiben werden ganze Wörter oder Zeilen ausgelassen oder verdoppelt.
- Fehlende Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit.
- Verlangsamte Tätigkeit (für drei Wörter wird eine Stunde benötigt) oder schnell-oberflächlich-ungenau.

Grobmotorik

- Oft schon in der Kleinkindzeit Auffälligkeiten in der Grobmotorik. Unsicherheit bei Ballspielen, Bewegungs- und Koordinationsprobleme, gestörte räumliche Orientierung, verlangsamte Bewegungen. Manchmal besteht eine so

ausgeprägte Hypermotorik, daß dann sogar zusätzlich eine medikamentöse Therapie (zum Beispiel Ritalin) empfehlenswert sein kann.

Lesen

- Lesen von Wörtern, die nicht im Text stehen.
- Auslassen oder Doppeltlesen von Wörtern oder ganzen Zeilen.
- Langwieriger Übergang zum sinnentnehmenden Lesen.
- Schnelles Ermüden, ohne daß dies subjektiv benannt werden kann.
- Ausdauer-, Motivations- und Konzentrationsprobleme.
- Probleme, einen Text mit einmaligem Lesen inhaltlich zu verstehen. Dagegen oft keine Probleme, wenn derselbe Text vorgelesen wird.
- Im allgemeinen lesen die Kinder entweder ungern, nicht freiwillig, oder sie benötigen spätestens nach ein paar Seiten eine Pause. Sie können keine Sehprobleme beim Lesen beschreiben, sondern finden Lesen einfach „doof" oder „langweilig".

Rechnen

- Meist überraschend wenig Probleme im Vergleich zum Lesen und Schreiben. Oft sehr gute Kopfrechen-Fähigkeiten bei ziemlich katastrophaler Heftführung. Manchmal aber auch massive Störungen in der Entwicklung des Zahlenverständnisses und der Mengenvorstellung, wofür als Erklärung das „Durcheinanderrutschen" der Einzelbilder der beiden Augen in der Phase der Entwicklung grundlegender Mengenvorstellungen (2. bis 4. Lebensjahr) denkbar ist.
- Den Lehrern und Eltern unverständlich ist bei den Kindern, die zunächst im Rechnen immer gut waren, das weitgehende Versagen bei Textaufgaben, auch bei solchen, die vom mathematischen Gehalt her keine höheren Anforderungen stellen. Bestehende Auffälligkeiten beim Lesen wirken sich hier erst zu diesem Zeitpunkt deutlich aus.

Verhalten

- Problematisches Leistungsverhalten mit den unterschiedlichsten Ausprägungen. Die üblichen Charakterisierungen dieser Kinder in Elterngesprächen:

– „Er kann ja, wenn er will" (nur: er will so selten ...)
– „Er muß lernen, sich zu konzentrieren"
– „Zappelphillip" oder „Klassenclown"
– „Wenn man neben ihm sitzt und ihn immer wieder ermuntert, geht es ja"
– „Sooo verträumt" (aber auch: „sooo verspielt")
– „Wenn gearbeitet werden soll, fallen ihm immer tausend andere Dinge ein".

- Gelegentlich werden diese Kinder wegen ihrer isolierten Leistungsausfälle bei normaler Intelligenz in die ja leider nicht einheitliche Kategorie MCD (Mini-

male Cerebrale Dysfunktion) eingeordnet. Hirnorganische Defekte sind bisher nicht nachgewiesen worden (höchstens gelegentlich Hinweise auf verstärkte Durchblutung im Bereich des Seh- und Hörzentrums, insbesondere bei Kindern mit begleitender Kopfschmerz-Problematik). Relativ typisch ist eine große Diskrepanz zwischen gutem Sachwissen und reger mündlicher Beteiligung bei gutem Merkvermögen einerseits und großen Problemen in Stillarbeitsphasen, bei der Erledigung von Hausarbeiten und schriftlichen Arbeitsaufträgen andererseits. Überwiegend finden sich mehrere der beschriebenen Symptome. Selten sind beispielsweise „Leseratten" mit isolierter Rechtschreibproblematik oder Kinder, die in der Schule in allen Bereichen gute Leistungen zeigen, von denen die Eltern aber berichten, daß sie nach der Schule entweder überdreht oder völlig erschöpft sind.

- Bei den von großen Schulproblemen betroffenen winkelfehlsichtigen Kindern ist bis zur Brillenkorrektion im allgemeinen ein „umgekehrter Übungseffekt" beobachtbar: Je mehr geübt wird, desto schlechter werden die Leistungen.
- Bei manchen Kindern entwickeln sich erst im Laufe der Grundschulzeit Probleme. Es kann sich eine Winkelfehlsichtigkeit erst im Zusammenhang mit dem Wachstum ergeben haben. Oder die zentralnervösen Kompensationsfähigkeiten können bei zunehmenden Anforderungen der Schule nachlassen. Diese Kinder haben also zunächst gut Lesen und Schreiben gelernt. Dann zeigt sich in der 4. oder Anfang der 5. Klasse eine überraschende und drastische Verschlechterung der Rechtschreibleistung und Konzentrationsfähigkeit. Nach Brillenkorrektion der Winkelfehlsichtigkeit erfolgt spontanes und vollständiges Wiedererlangen des alten Standes. Bei einigen Schülern sind dann Diktate mit zunehmenden Fehlern ein zuverlässiger Indikator für die Notwendigkeit einer Nachkorrektion der Prismengläser.

Anstrengungsbeschwerden

- Relativ häufig bestehen augenbedingte Kopfschmerzen, die oft auch in der Familie vorkommen. Sie sind oft mit starker Lichtempfindlichkeit während der Kopfschmerz-Phase verbunden. Leider werden Kopfschmerzen bis zu einmal wöchentlich als „normal" oder nicht erwähnenswert angesehen. Hier empfiehlt sich genaueres Nachfragen. *Kinder, die außerhalb fiebriger Erkrankungen zu Kopfschmerzen neigen, haben zu oft welche.*
- Neigung zu Übelkeit und Schwindel.
- Neigung zu roten Augen, besonders nach der Schule und abends.
- Neigung zu Augenblinzeln, Augenzucken, Augenkneifen, Augenreiben.
- Neigung zu trockenen Augen oder zu verstärktem Tränenfluß, Druckgefühl in Augennähe.

- Kinder mit Winkelfehlsichtigkeiten in vertikaler Richtung neigen oft zu leichter bis deutlicher Schiefhaltung des Kopfes, teilweise mit Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule. Diese sind orthopädisch nachweisbar und halten dann als einleuchtende Erklärung für die Kopfschmerzen her.

Allgemeines

- Eigenartigerweise reagieren verschiedene Kinder auf eine gleich große Winkelfehlsichtigkeit mit völlig unterschiedlichen, teilweise gegensätzlichen Auffälligkeiten. So kann ein Kind hypermotorisch sein, das andere stark verlangsamt oder sogar apathisch. Es gibt bisher keinen Vorsorgetest, mit dem eine Winkelfehlsichtigkeit festgestellt werden kann, zumal jedes Kind unter einer anderen Kombination von Auffälligkeiten zu leiden hat. Auf der letzten Seite dieser Arbeit sind zwei kurze Teste abgedruckt, die zumindest Hinweise auf eine zu korrigierende Winkelfehlsichtigkeit geben können. Ein recht sicherer Hinweis auf Winkelfehlsichtigkeit ist das gleichzeitige Bestehen von Kopfschmerzen und gestörter Feinmotorik (Handschrift, Rechtschreibung).
- Die Bandbreite der Auffälligkeiten der betroffenen Kinder entspricht exakt der, die als Begleitsymptomatik bei Legasthenikern seit langem bekannt ist. Da außerdem Einäugige fast nie von Lese-Rechtschreib-Problemen betroffen sind, kann wohl davon ausgegangen werden, daß die oben beschriebenen Auffälligkeiten tatsächlich überwiegend von Fehlern des beidäugigen Sehens oder einer gestörten Zusammenarbeit der Augen ausgelöst werden. Es sollte nach unseren Erfahrungen gerade auch bei Legasthenie-Kindern eine vorhandene Winkelfehlsichtigkeit versuchsweise mit einer Prismenbrille korrigiert werden. Eine Legasthenie kann nicht geheilt werden. Es zeigt sich jedoch, daß es in nicht wenigen Fällen zu einer deutlichen Verminderung der Auffälligkeiten kommt. In Einzelfällen konnte sogar die Diagnose Legasthenie zurückgenommen werden.

Unter den nicht ihrer Intelligenz entsprechend leistungsschwachen Schülern, die von Lehrern, Schulpsychologen, Ergotherapeuten und Kinderärzten zur Untersuchung geschickt wurden, sind bisher nur 5%, bei denen kein oder ein nicht vollständig korrigierter Sehfehler gefunden werden konnte. Die Erfolgsquote der mit Prismenbrillen korrigierten winkelfehlsichtigen Kinder liegt, nachgewiesen durch eine augenärztliche Studie, bei etwa 65 %, d. h. in diesen Fällen werden deutlich merkbare Verbesserungen der Auffälligkeiten erreicht. Bestehende Kopfschmerzen als Zeichen augenbedingter Anstrengungsprobleme werden in etwa 90 % der Fälle behoben.

Winkelfehlsichtigkeit und Unterschiede zum sichtbaren Schielen

Beidäugiges Sehen bezeichnet die Fähigkeit des Menschen, mit beiden Augen gleichzeitig auf dieselbe Stelle zu schauen und die zwei von den beiden Augen gelieferten Bilder zu einem räumlichen Gesamtbild zusammenzufügen. Dazu muß das Bild eines betrachteten Punktes in beiden Augen genau auf der Netzhautmitte abgebildet werden.

Unter dem Begriff Winkelfehlsichtigkeit versteht man, ähnlich wie beim Schielen, ein Ungleichgewicht in der Bewegungsmuskulatur beider Augen. Dies kann man sich vereinfacht wie ungleich lange Zügel eines Pferdepaares vorstellen. Lenkt der Kutscher nicht ständig korrigierend dagegen, dann laufen die Pferde nicht in die gleiche Richtung.

Der Kutscher ist beim Menschen das Gehirn, welches die Längenunterschiede durch aktives Gegensteuern ausgleicht. Dem Winkelfehlsichtigen ist deshalb das Augenmuskelungleichgewicht nicht anzusehen. Er müßte eigentlich schielen. Dies tut er aber nicht. Sein Gehirn steuert immer gegen, um die Parallelstellung der Augen und damit das beidäugige Sehen aufrechtzuerhalten. Bei Ausfall (zum Beispiel durch Überanstrengung) dieser Kompensation kann eine Winkelfehlsichtigkeit zeitweise oder dauernd zum Schielen werden. Das Ausgleichen selbst stellt auch bei kleinsten Fehlern eine erhebliche Dauerbelastung für den Körper dar und führt dann auffallend oft zu Anstrengungsproblemen wie Kopf-, Augenschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten und bei Kindern vor dem 6. Lebensjahr auch zu Bauchschmerzen.

Die Messung der Winkelfehlsichtigkeit erfolgt nicht in Winkelgrad, sondern in Prismen. Eine Winkelfehlsichtigkeit von 10 Prismen bedeutet: Wird mit einem Auge ein Punkt in einem Meter Entfernung fixiert, „will" das andere Auge 10 cm daneben schauen. Und das Gehirn muß entsprechende Energie aufwenden, um diesen Fehler auszusteuern.

Winkelfehlsichtigkeiten, die zeitweise nicht kompensiert werden, also manchmal zu sichtbarem Schielen führen, werden häufig als „Silberblick" oder „interessanter Blick" verniedlicht. Eltern, die bei Vorsorgeuntersuchungen ihres Kleinkindes das Empfinden äußern, das Kind schiele leicht nach innen, erhalten oft die Auskunft, daß der Eindruck täusche, weil beim Kleinkind der Nasenrücken so breit sei. Und bei Hinweisen auf gelegentliches „Wegrutschen" eines Auges (vor allem beim müden Kind) wird ihnen oft gesagt, daß das beim Kleinkind normal sei und meist von selbst weggehe.

Die erste Auskunft ist doch zu oft falsch. Haben die Eltern den Eindruck, daß das Kind schielt, dann ist das häufig auch richtig. Die zweite Auskunft kann richtig und falsch sein. Der zeitweise schielende Säugling kann innerhalb der ersten

Monate lernen, ein eigentlich vorhandenes Ungleichgewicht in der Augenbewegungs-Muskulatur durch Anstrengung eines oder mehrerer Muskeln zu kompensieren und damit zusammenpassende Seheindrücke in beiden Augen zu erreichen (Doppelbilder zu vermeiden). Schafft er das, ist ihm zwar die Fehlstellung nicht mehr anzusehen, das Ungleichgewicht der Augenmuskeln ist jedoch weiterhin vorhanden und erfordert viel Kraft vom Gehirn und damit vom ganzen Körper. Kinder mit sichtbarem und immer gleich großem Schielfehler haben anders als die Kinder mit Winkelfehlsichtigkeiten häufig nur geringe schulische Probleme. Dies ist wohl dadurch erklärbar, daß das Gehirn dieser Kinder entweder ein Auge weitgehend abgeschaltet hat (Sehfähigkeit auf dem schielenden Auge dann oft nur noch 10 bis 40 %) oder daß eine sogenannte falsche Zusammenarbeit entwickelt wurde. Hierbei kommt es zu einer Verlagerung der Richtungswahrnehmung in dem schielenden Auge:
Nicht mehr das, was auf die Netzhautmitte dieses Auges abgebildet wird, hat den Richtungswert „geradeaus", sondern das, was ein Stück daneben abgebildet wird. Konsequenz ist beschwerdearmes, sichtbares Schielen, allerdings mit erheblich verminderter Sehleistung des schielenden Auges, da in ihm das Bild des angeschauten Punktes an einer Stelle mit geringerer Sehleistung liegt. Diese Schielkinder werden nie ein gutes räumliches Sehen haben.
Haben Schielkinder allerdings wechselnd große Schielwinkel (zum Beispiel bei Müdigkeit zunehmend), dann können auch sie erhebliche Auffälligkeiten der Grobmotorik und Feinmotorik aufweisen.
Kinder mit Winkelfehlsichtigkeit sind von der Augenstellung her unauffällig, weil sie das Muskelungleichgewicht aktiv ausgleichen. Sie bestehen überwiegend alle Reihen- und Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der Teste auf beidäugiges und räumliches Sehen. Das wertet diese wichtigen Vorsorgeuntersuchungen überhaupt nicht ab. Aber nur, wenn die Grenzen solcher Teste bekannt sind, kann verhindert werden, daß eine Winkelfehlsichtigkeit erst so spät entdeckt und korrigiert wird, wenn in der Schule bereits alles „falsch gelaufen" ist.
Winkelfehlsichtige Kinder fallen eigentlich oft schon vor Schuleintritt auf. *Eines der frühesten und deutlichsten Merkmale ist die Unlust oder Unfähigkeit zum Ausmalen und Ausschneiden.* Ein Kind, das bis zum Schulbeginn nicht einigermaßen ausmalen und ausschneiden kann, wird keine Leseratte, und viele Schreibfehler werden es langfristig begleiten .
Nachfolgend während der Schulzeit können sie mit recht hoher Sicherheit an der Art ihrer Auffälligkeiten erkannt werden. Da Winkelfehlsichtigkeiten oft vererbt werden, kann eine Befragung der Eltern über bei ihnen bestehende Auffälligkeiten zusätzliche Hinweise geben.
Es scheint keinen direkten Zusammenhang zwischen der Größe der Winkelfehlsichtigkeit und der Heftigkeit der Probleme zu geben. Es gibt Kinder, die mit

einer sehr kleinen Winkelfehlsichtigkeit sehr große Auffälligkeiten haben und andererseits Kinder, die bei großer Winkelfehlsichtigkeit recht unauffällig sind.

Korrektionsmöglichkeit der Winkelfehlsichtigkeit

Die erfolgreichsten und schnellsten Veränderungen ergeben sich bei Kindern, bei denen auch kleinste Winkelfehlsichtigkeiten bereits im 5. bis 7. Lebensjahr mit Prismenbrillen korrigiert werden.
Das dazu notwendige Meßverfahren wurde zunächst Polatestmethode genannt. Seit einigen Jahren wird die Durchführung in verbindlichen Richtlinien vorgeschrieben. Verantwortlich dafür ist die *Internationale Vereinigung für Binokulare Vollkorrektion*. Das Verfahren heißt jetzt offiziell: Meß- und Korrektionsmethodik nach H.-J. Haase, in der Kurzform „MKH-Methodik".
Die nach dieser Methode mit Prismenbrillen versorgten Kinder fallen oft durch eine die Eltern überraschend hohe Bereitschaft zum Tragen der Brille auf. Anscheinend ist dagegen eine Brille, die dauerhaft ungern getragen wird, mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr richtig, nicht notwendig oder falsch.

Perspektiven der mit Prismenbrillen korrigierten Kinder

- Schnelle Erfolge innerhalb von 3 bis 6 Monaten gibt es meist nur, wenn mit der ersten Prismenbrille bereits in der Vorschule oder zumindest in den ersten beiden Schuljahren begonnen wird:
  - besseres Malen, Ausmalen, Ausschneiden
  - Entwicklung von Freude am Lesen und Schreiben
  - Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer
  - Erhöhung der Belastbarkeit
  - Reduzierung von Vermeidungshaltungen und Zappligkeit
  - Verbesserung der motorischen Koordination
  - Stabilisierung des Selbstwertgefühls
  - Zusätzliche Übungen machen Spaß und geben Sinn, da sie jetzt zu Erfolgen führen.
- Mittel- bis langfristige Erfolge sind innerhalb von einem bis zwei Jahren zu erwarten, wenn mit der ersten Prismenbrille erst nach dem zweiten Schuljahr begonnen wird:
  - Verbesserung des Schriftbildes (Linie halten, gleichmäßige Größe der Buchstaben),
  - Verringerung der unerklärbaren Rechtschreibfehler,
  - positive Veränderungen im Sozialverhalten.
  - Eine runde und ausgewogene Handschrift wird oft nicht mehr erreicht.

Es ist also wichtig: Je früher betroffene Kinder die richtige Prismenbrille bekommen, desto schneller stellen sich die positiven Effekte ein.
Optimal wäre daher eine sorgfältige Beobachtung im Kindergarten, in der Vorschule und im ersten Schuljahr. Eltern mit einem „Silberblick" können direkt nach Auffälligkeiten ihrer Kinder angesprochen werden. Es kann das Schriftbild und die Rechtschreibung älterer Geschwister kontrolliert werden.
Bei einigen Kindern, die etwa Ende der dritten Klasse erstmalig eine korrekte Brillenversorgung hatten, konnte beobachtet werden, daß die Neigung zu Rechtschreibfehlern im Deutschen blieb, während die ab der fünften Klasse neu eingeführte Fremdsprache weitestgehend fehlerfrei geschrieben wurde. Es sieht also so aus, als seien die Handschrift und das falsch gelernte und instabile Erscheinungsbild der Wörter als stabiles Muster im Gehirn abgelegt.
Da diese Kinder mit der Brillenversorgung die Möglichkeit erhalten, durch Übung zu lernen, ist bei ihnen der Spielraum für pädagogische Maßnahmen stark erweitert. Sinnvolle Maßnahmen sind dann ein zeitlich befristetes Nichtbewerten der typischen Fehler, verstärkter Förderunterricht, Unterstützung des Lesens von Büchern mit zunächst geringem Schriftanteil (Comics oder ähnliches). Auch ergotherapeutische Maßnahmen zur Behebung von Motorik-Störungen oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen können jetzt besonders erfolgreich sein.
Kinder, bei denen sich mit der Prismenbrille keinerlei positive Auswirkungen zeigen, sind die Ausnahme. Fast genauso selten sind schlagartig massive Verbesserungen beobachtbar. Das ist auch nicht anders zu erwarten. Um wenigstens einigermaßen beidäugiges Sehen erlernen zu können, hat das Augenpaar der winkelfehlsichtigen Kinder über Jahre hinweg zunehmend fest verankerte Kompensationsmechanismen entwickelt. Nach Korrektion der Winkelfehlsichtigkeit muß das Augenpaar erst lernen, mit den plötzlich besser zueinander passenden Seheindrücken umzugehen. Auch die durch die vielfachen Enttäuschungen (vor allem in der Schule) und die häufige Kritik an ihrer mangelnden Konzentration und Arbeitslust entstandenen resignativen oder aufbegehrenden Einstellungen und Verhaltensweisen lassen sich nicht von heute auf morgen verändern.

Bemerkungen zur Therapie durch Sehschulen

Sehschulen haben ihren Namen zu einer Zeit bekommen, als noch die Hoffnung bestand, Schielfehler durch Schulung oder Training beheben zu können. Der Begriff Sehschule wird auch weiterhin benutzt, obwohl die Erfahrung gezeigt hat, daß Schielfehler nicht wegtrainiert, sondern fast ausschließlich operativ behoben werden.
Heutzutage wird nur noch in sehr wenigen Fällen ein solches Training versucht. Dies kann zwar das Augenmuskelungleichgewicht nicht verändern, aber es kann

einem Kind mit Winkelfehlsichtigkeit in Einzelfällen zeitweise Entlastung verschaffen, ähnlich wie Gymnastik und Massagen bei einem Menschen mit einem zu kurzen Bein. Ob es statt dieser Schulungsmaßnahmen nicht sinnvoller ist, dem einen ein Prismenglas zu verschreiben und dem anderen einen Schuh mit dickerer Sohle, ist dabei die entscheidende Überlegung. So schreibt Hilke Oberländer, Leiterin einer Sehschule, in einer Zeitschrift für Lese- und Rechtschreibschwäche (1997): *„Nicht korrigierte Abweichungen im ein- und beidäugigen Sehen können auch bei Kindern und Jugendlichen die Sehsituation und das Lernen belasten. Es müssen daher auch geringe Fehler ausgeglichen werden. Nur so werden die besten Voraussetzungen für das Sehen geschaffen. Dies hat positive Auswirkungen auf den Leseakt und den Leselernprozeß.*"

Hinweise zur Prismenkorrektion mittels MKH

Die Winkelfehlsichtigkeit wird durch exakt ausgemessene Prismengläser ausgeglichen. Dieses Verfahren (MKH-Methodik) beinhaltet wegen der Korrektion der eigentlichen Ursache eines meist angeborenen Sehfehlers große Möglichkeiten, aber auch einige Probleme:

- Da diese Methode einen extrem hohen Lern- und Übungsaufwand des Prüfers erfordert und wegen noch fehlender schulmedizinischer Anerkennung kein Bestandteil der normalen augenmedizinischen Ausbildung ist, stehen bisher für dieses seit etwa 40 Jahren erfolgreich angewendete Verfahren nur relativ wenige Fachleute zur Verfügung.
- Bei der ersten Messung wird bei Winkelfehlsichtigkeiten wegen der „fest eingefahrenen" Kompensationsmechanismen und des veränderten Muskeltonus fast immer nur „die Spitze des Eisberges" gefunden. Es sind oft einige Nachuntersuchungen mit Veränderungen der Prismengläser erforderlich, bis die volle Größe der Winkelfehlsichtigkeit erfaßt werden kann.
- Es gibt Umstellungsprobleme bei erstmaligem Tragen der Prismenbrille, da sie einen Eingriff in alles bisher vom Gehirn für die Augensteuerung Gelernte darstellt. Werden diese ersten Stunden bis Tage überstanden, wird die Richtigkeit der Brille schnell daran erkennbar, daß die Kinder „brillensüchtig" werden und sich erste positive Veränderungen einstellen. Sollten sich diese Erfolge nach einiger Zeit wieder vermindern, dann wird eine Nachkontrolle erforderlich, in der sich meist die Notwendigkeit neuer Prismengläser herausstellt.
- Wenn der kompensierte Winkelfehler sehr groß ist, kann er hinter den Brillengläsern sichtbar werden. Es ist jedoch nicht richtig, daß eine Prismenbrille zum Schielen führt, wenn dies auch zuweilen fälschlich behauptet wird. Zutreffend ist, daß der vorher nicht sichtbare Sehfehler nur hinter der Prismen-

brille zu sehen ist. Nach Absetzen der Brille verschwindet dieser Effekt, da dann das Gehirn wieder automatisch anfängt, die Winkelfehlsichtigkeit zu kompensieren.

- Manchmal sind die Winkelfehlsichtigkeiten zu groß, um sie dauerhaft mit entsprechend dicken Prismengläsern korrigieren zu können. In diesen Fällen kann dann problemlos eine Augenmuskeloperation durchgeführt und damit der Fehler direkt am „Ursprungsort" behoben werden.

Oft wird noch die Ansicht verbreitet, daß Winkelfehlsichtigkeiten bis etwa 5 Prismen keine Störungen verursachen, deshalb harmlos sind und nicht korrigiert werden müssen. Dies ist nach den Erfahrungen, die in den letzten vier Jahrzehnten gemacht wurden, überhaupt nicht haltbar. Zudem wird oft vergessen, daß der bei einer ersten Untersuchung gefundene Wert oft nie „die volle Wahrheit" ist. Im offiziellen Mitteilungsblatt des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (*Der Augenarzt*, 4. Heft 1997) wird ausdrücklich berichtet, daß ... *Kinder- und Augenärzte vereinbarten, bei Legasthenie-Kindern auch geringste Refraktionsfehler auszugleichen, um auch die therapeutische Wirkung der Brille an sich auszunützen.*
Fachleute, die sich mit der Korrektion der Winkelfehlsichtigkeit bei auffälligen Kindern auskennen, empfehlen den Versuch mit Prismenbrillen, die nach der MKH-Methodik ermittelt wurden, um festzustellen, ob sich damit die bestehenden Auffälligkeiten deutlich vermindern.

Zeitpunkt der Korrektion

Auch Sehen muß erlernt werden! Dies geschieht größtenteils in den ersten beiden Lebensjahren. Bis zum Alter von sechs Jahren ist dieser Lernprozeß vollständig abgeschlossen. Frühzeitige Diagnose und Therapie ist dann wichtig, wenn sichtbare Schielfehler bestehen oder Auffälligkeiten im Verhalten des Kindes Winkelfehlsichtigkeiten vermuten lassen. Bei einem Schielfehler wird sich ohne Therapie kein gutes beidäugiges Sehen entwickeln. Es kommt meist zum befürchteten einäugigen Sehen durch „Abschalten" des sichtbar schielenden Auges, und das ist leider im Regelfall nach dem zweiten Lebensjahr nicht mehr zu beheben. Die winkelfehlsichtigen (also nicht sichtbar schielenden) Kinder stellen demgegenüber ein kleineres Problem dar. In den ersten beiden Lebensjahren haben sie ihren Fehler kompensiert und damit auch meist beidäugiges Sehen gelernt. Bei ihnen wird dann eine Prismenbrille notwendig, wenn sich die für eine Winkelfehlsichtigkeit typischen Auffälligkeiten einstellen und keine anderweitigen Ursachen bestehen.

Einige Fachleute korrigieren die bei ihren eigenen Kindern vorhandenen Winkelfehlsichtigkeiten auch dann, wenn (noch) keine Auffälligkeiten bestehen. Die Erfahrung hat ihnen gezeigt, daß die vorsorgliche Korrektion der sinnvollere Weg ist. Die leider oft viel „zu spät" begonnene Korrektion wird es in diesen Fällen nicht geben. Ein solches Vorgehen wird aber generell nicht empfohlen. Zum einen würden viele Kinder mit einer Winkelfehlsichtigkeit eine Prismenbrille bekommen, ohne Auffälligkeiten zu haben. Zum anderen ist dieser Weg schon wegen der äußerst geringen Anzahl der Fachleute, die die MKH-Methodik nach den verbindlichen Richtlinien durchführen können, praktisch gar nicht möglich.

Schlußbemerkung

Nach unseren durch Studien belegten Erfahrungen steht fest, daß sehr vielen der ungefähr 20 bis 40 % in der Schule unerwartet (also trotz normaler oder überdurchschnittlicher Intelligenz) leistungsschwachen Kindern erheblich wirksamer als bisher geholfen werden könnte. Selbst berufspolitisch motivierte Kritiker dieser Prismenbrillen geben zu, daß die Erfolgsquote der MKH-Methodik bei etwa 65 % liegt. Dabei ließen sich nicht nur die Schul- und Berufschancen vieler Kinder verbessern, sondern die erheblichen Summen für Fördermaßnahmen, Therapien, sonderpädagogische Betreuung und weiteres würden wesentlich effektiver eingesetzt werden können.
Es erscheint einsichtig, daß sich die Auswirkungen einer Winkelfehlsichtigkeit bei Kindern mit zusätzlichen Behinderungen um ein vielfaches potenziert auswirken können und zum Beispiel zu erheblichen Entwicklungsrückständen in der Grob- und Feinmotorik führen. Insofern gilt das in diesem Artikel ausgeführte für diese Kinder in ganz besonderer Weise natürlich auch.

Kurztest für Kinder im Vorschulalter

1. Gibt es bei Vater, Mutter oder den Geschwistern
   - Schielfehler?
   - Auffälligkeiten beim Lesen oder Schreiben?
   - Kopfschmerzen?
2. Hat das Kind gerne ausgemalt, ausgeschnitten?
3. Hat das Kind Kopfschmerzen?
4. Hat das Kind Auffälligkeiten in der Grobmotorik?

Die Antworten können Hinweise für zu erwartende Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Schreibens sein. Besonders ein „Nein" auf die zweite Frage wird Anlaß sein, frühzeitig auch eine bestehende Winkelfehlsichtigkeit auszuschließen.

Kurztest für Kinder im Schulalter
In welchem Umfang bestehen Probleme oder Auffälligkeiten?

Bitte entsprechendes Kästchen markieren

Lesen	nicht auffällig	etwas auffällig	auffällig	sehr auffällig
Handschrift	nicht auffällig	etwas auffällig	auffällig	sehr auffällig
Rechtschreibfehler	nicht auffällig	etwas auffällig	auffällig	sehr auffällig
Flüchtigkeitsfehler	nicht auffällig	etwas auffällig	auffällig	sehr auffällig
Konzentration	nicht auffällig	etwas auffällig	auffällig	sehr auffällig
Kopfschmerzen	nicht auffällig	etwas auffällig	auffällig	sehr auffällig
Augenbrennen Augentränen	nicht auffällig	etwas auffällig	auffällig	sehr auffällig
Gleichgewicht Orientierung	nicht auffällig	etwas auffällig	auffällig	sehr auffällig

Die Antworten weisen möglicherweise auf bestehende Sehfehler hin. Es kann dann überprüft werden, ob eine Winkelfehlsichtigkeit vorliegt und ob durch eine Prismenbrille die vorhandenen Auffälligkeiten vermindert werden können.

Anmerkungen zu „Gestörtes beidäugiges Sehen und Schulversagen" von Dr. Uwe Wulff

Kai Meyer-Hamme

In diesem Artikel wird eine Fülle von Auffälligkeiten und Problemen bei Kindern durch Störungen des beidäugigen Sehens erklärt und daraus die Schlußfolgerung einer Behandlung meist mit Prismen-Brillen gezogen. Die Untersuchungsmethode ist der Polatest nach Haase.

Um diesen Polatest hat sich in den letzten zehn Jahren eine Art Glaubenskrieg entwickelt. Mit diesem Gerät wird neben der Sehschärfe auch das beidäugige Sehen untersucht. Dieser Test hat (wie andere auch) einige Nachteile: die Untersuchung findet nicht unter Bedingungen des beidäugigen Sehens im freien Raum und nur in einer vorgegebenen Entfernung statt. Beim Polatest sind die dargebotenen Testfiguren polarisiert, jedes Auge sieht ein anderes Zeichen, die „Verriegelung" der Augen erfolgt dabei zentral oder peripher durch Zeichen, die von beiden Augen gesehen werden. Getestet wird erstens die Phorie, das heißt die Stellung der Augen und besonders die Abweichung, wie sie nach Unterbrechung der Fusion (Bildverschmelzung beider Augen) sichtbar wird, zweitens die Aniseikonie (Wahrnehmung unterschiedlicher Bildgrößen durch beide Augen) und drittens die Fixationsdisparation (Minimalabweichung im sog. Panum-Areal, die sensorisch, das heißt bewußt fusioniert wird, also nicht zu Doppelbildern führt). Über die Ergebnisse und deren Interpretation gibt es erhebliche Meinungsverschiedenheiten. Bei Vorschulkindern ist dieser Test kaum durchführbar. – Akkommodations-Störungen werden bei dieser Untersuchung überhaupt nicht berücksichtigt.

Besonders die Fixationsdisparation wird als Ursache von Beschwerden verantwortlich gemacht. Die Anhänger des Polatestes vertreten die Meinung, daß sie nur mit diesem Gerät herauszufinden sei. Andere Untersucher kommen jedoch zu dem Schluß: eine (am Polatest) ermittelte Fixationsdisparation besagt nicht, daß diese auch unter natürlichen Sehbedingungen vorhanden ist (Gerling et alii).

Das Schlagwort „Winkelfehlsichtigkeit" ist ein Mixtum aus Fehlsichtigkeit (= monokulare Abweichung der Brechkraft, eine unabhängig von der Untersuchung vorhandene objektive physikalisch-optische Größe, zum Beispiel Kurz-, Weitsichtigkeit) und Winkel (= Abweichung der Fixierlinien beider Augen von der „Orthostellung", die beim Polatest rein subjektiv bestimmt wird).

Eine Orthophorie, ein vollkommener Parallelstand, auch nach Unterbrechung der Fusion, ist nach Duke-Elder physiologisch ideal, aber praktisch nicht vorhanden, d.h. ein Zustand, der selten, wenn überhaupt vorkommt.

Fusion ist das Verschmelzen der Seheindrücke beider Augen zu einem einzigen Bild. Die Fusionskraft kann verschieden stark sein, abhängig vom psychischen

und physischen Allgemeinzustand. Vermindernd wirken u.a. Ermüdung, Herabsetzung der Aufmerksamkeit, Verschlechterung der optischen Verhältnisse. Typisch sind Fusionsschwächen nach Schädeltraumen oder Alkoholintoxikation bis zur Diplopie (Doppeltsehen).
Die Störung ist nicht – wie Wulff darstellt – durch ein Ungleichgewicht in der Augenmuskulatur, sondern meist sensorisch bedingt. „Das Ungleichgewicht der Augenmuskeln ... erfordert viel Kraft vom Gehirn und damit vom ganzen Körper". Unsere Aufrechte erfordert diese Kraft ebenfalls, ohne daß es dadurch – jedenfalls im allgemeinen – zu Problemen kommt, auch wenn manche – um im Bilde zu bleiben – dafür einen Stock als Stütze benötigen. Die Ich-Findung im Kreuzen der Sehachsen ist wie die Aufrechte eine menschenspezifische Fähigkeit in labilem Gleichgewicht.
Die Meinung, alle Abweichungen von der Idealstellung der Augen seien behandlungsbedürftig, führte dann konsequenterweise zur Gründung der „Internationalen Vereinigung zur binokularen Vollkorrektur". Mit der Behandlungsforderung jedweder Abweichung (also der überwiegenden Zahl aller Menschen) können sich leider wirkliches Bemühen mit wirtschaftlichen Interessen vermischen. Die Verordnung von Prismen-Brillen durch Optiker wird von den Kassen nicht bezahlt, somit ist der Preis frei kalkulierbar. Die Untersuchung am Polatestgerät, die in der Tat zeitaufwendig ist, wird öfter als Leistung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet, was von den Patienten bzw. ihren Eltern meist hingenommen wird („Qualität hat ihren Preis"). Dies muß hier leider auch mit angeführt werden.
Bei „auffälligen" Kindern (bei Wulff sind eine Vielzahl von Störungen genannt) wird in meinem Praxisbereich an vielen Regelschulen vom Lehrer, spätestens vom Förderlehrer die medizinische Diagnose einer visuellen Wahrnehmungsstörung aufgrund einer „Winkelfehlsichtigkeit" ausgesprochen. Das Kind wird dann zu einem „bekannten" Optiker geschickt, der mit Polatest die Diagnose der Störung oft bestätigt und eine Prismen-Brille (auf Privatkosten) abgibt. Eine möglicherweise und sicher auch häufig andere Ursache der „Auffälligkeit" wird a priori verdrängt, das Kind wird „abgeschoben" und anderen Therapiemöglichkeiten entzogen.
Die Polatestmethode führt leider auch zu Fehlbeurteilungen. Bei Mikrostrabismus, bei subnormalem Binokularsehen oder bei Suppressionserscheinungen und anderem kommt es zu exzessiven, sich steigernden Prismenverordnungen, die die Abweichung vergrößern und dadurch letztendlich zu induzierten Schieloperationen führen.
Verschiedene Untersucher haben sich mit der Behandlung der Legasthenie beschäftigt. Bei Pestalozzi führte die konsequente Behandlung mit Prismen-Brillen in über 25 Prozent zu einer Schieloperation, die durch iatrogen (durch

ärztliches Handeln) ausgelöstes Einwärtsschielen notwendig wurde. Eine begleitende Untersuchung von C. Schwarz kam zu dem Schluß, daß die prismatische Behandlung in bezug auf die Legasthenie wirkungslos gewesen sei.
Eine andere Arbeitsgruppe (Otto) nahm an, daß die Legasthenie durch das Fehlen eines Führungsauges mitverursacht würde. Zur Behandlung klebten sie ein Auge zu. Dies führte in fast 50 Prozent dazu, daß eine Schieloperation folgen mußte.
Wenn Wulff empfiehlt, bei Legasthenie-Kindern eine „Winkelfehlsichtigkeit" versuchsweise mit einer Prismen-Brille zu korrigieren, sollte dies zuvor reiflich überlegt werden, denn Prismen haben wie Medikamente Wirkungen und Nebenwirkungen. Dies bedeutet, daß als Nebenwirkung eine oder auch mehrere Schieloperationen notwendig werden können.
Entschieden muß seiner Darstellung widersprochen werden, daß Prismen-Brillen nicht ein manifestes Schielen auslösen können oder daß nach Absetzen der Prismen-Brille das Schielen wieder verschwindet. Auch ist eine Augenmuskeloperation nicht immer „problemlos", und der Fehler wird nicht am Ursprungsort behoben, da ja die Augenmuskeln selber meistens nicht die Ursache der Störung sind.
Die Polatestmethode berücksichtigt nicht das unterschiedliche beidäugige Sehen in verschiedenen Entfernungen, außerdem variiert das Meßergebnis auch zu unterschiedlichen Zeiten mit wechselnder Gesamtverfassung (zum Beispiel Müdigkeit). Sie ist eine Untersuchungsmethode neben vielen anderen und hat durchaus deutliche Fehlermöglichkeiten und Interpretationsprobleme.
Durch angebliche Heilerfolge (wie sie auch in dem Artikel von Wulff in 65 Prozent berichtet werden) klammern sich viele Eltern an diese Versprechungen. Es gibt natürlich einzelne Patienten, denen mit einer Prismen-Brille geholfen werden kann, aber gerade bei der Legasthenie sind weitere Übungen unerläßlich. Bei anderen Untersuchern wurde auch ein „psychotherapeutischer" Placebo-Effekt als Erklärung für den Erfolg angegeben.
Die Zunahme der „auffälligen" Kinder bereits im Kindergartenalter muß zu verstärktem Bemühen führen, die Ursachen aufzuklären und Behandlungsmöglichkeiten zu finden. Zur Routineabklärung gehört – wie auch bei Kindern mit entsprechenden Problemen in den ersten Schuljahren – eine augenärztliche Untersuchung. Dabei wird neben dem subjektiven Sehtest auch eine objektive Refraktionsbestimmung (meist in Cycloplegie, Weitstellung der Pupillen) durchgeführt, da sich oft nur hierdurch Brechungsfehler auffinden lassen, die alleine schon Ursache für Beschwerden sein können. Dann ist eine Untersuchung des beidäugigen Sehens mit verschiedenen Testmethoden erforderlich. Die Entscheidung, ob eine Brille oder Prismen-Brille erforderlich ist, kann nur erfolgen nach ausführlicher Anamnese und Betrachtung der Gesamtpersönlichkeit des kleinen Patienten.

Beim Spielen sollte das räumliche Element berücksichtigt werden (nicht nur zweidimensionales Aus- und Nachmalen, Fernsehen, andere Medien). Auf Heileurythmie, Logopädie, Förderunterricht kann hier nur am Rande verwiesen werden.
Insgesamt kann meines Erachtens dieses vielschichtige Problem des „auffälligen" Kindes nicht an einer Störung des beidäugigen Sehens „festgemacht" werden. Ich müßte sonst den meisten Kindern eine Brille verordnen und würde möglicherweise ein Schielen auslösen und eine nachfolgende Operation in Kauf nehmen.
Es wird wohl deutlich geworden sein, daß das beidäugige Sehen an sich schon ein sehr komplexes Thema ist und die Untersuchung desselben zu vielfältigen Überlegungen und Spekulationen mit sehr unterschiedlichen Schlußfolgerungen führen kann. *(Literatur beim Verfasser)*

Schulärztliche Augenuntersuchung

Gabriele Meyer-Hamme

I. Prüfung der **Sehschärfe**: Ein Auge wird ohne Druck zugehalten.

A: Fern-Visus: Ich benutze dafür Tafeln mit Zahlen oder E-Haken, die 5 Meter vom Prüfling in Augenhöhe gut beleuchtet aufgehängt sind. Zahlen bieten den Vorteil, aus runden und eckigen Formen zu bestehen, wodurch ein Astigmatismus leichter erkannt wird als mit E-Haken. Diese verwende ich nur, wenn Zahlen noch nicht sicher gekonnt werden und frage dann zum Beispiel: „Wohin zeigen die Beine des Tischchens?" Die Richtung kann das Kind auch mit der Hand angeben, wenn es zu scheu zum Reden ist.
Wird die Tafel mit den Landolt-Ringen eingesetzt, kann die Frage lauten: „Wo kann die Maus rausschlüpfen?"
Bildtafeln schätze ich nicht, da es oft Benennungsschwierigkeiten gibt, andererseits für das zweite Auge, selbst wenn es das schlechtere ist, die Zeichen gedächtnismäßig erraten werden können.

B: Die Lesemappe für den Nah-Visus (geprüft in 30 bis 40 cm Abstand) enthält Zahlen, E-Haken und Landoltringe. Der Nahvisus kann in bestimmten Fällen gut sein bei schlechtem Fernvisus.

Die Tafeln haben Vorteile gegenüber dem Sehtest-Gerät:

1. Die Prüfung mit Tafeln bietet gute Gelegenheit zu Wahrnehmungen, ohne daß sich das Kind beobachtet fühlt.
2. Pro Visusstufe können mehrere Zeichen gewählt werden.

3. Das Apparate-Sehen liefert oft fälschlich schlechte Visuswerte, da es durch Akkommodation zur „Geräte-Myopie" kommt.
4. Der Preisunterschied spricht für sich.

II. Das **Führungs-Auge** wird festgestellt, wenn das Kind durch ein Kaleidoskop oder ein kleines Loch in einem Papier schaut.

III. Das **räumliche Sehen** prüfe ich mit dem TNO-Test bei 40 cm Abstand von den gut beleuchteten Tafeln. Manchmal dauert es einige Zeit, bis der zweite Schmetterling oder „Kuchen, dem ein Stück fehlt", auftauchen. TNO-Wert von 60 Winkelsekunden bedeutet normales Stereosehen.

IV. **Schiel-Test**: Wenn der TNO-Test negativ ausfällt, läßt man das Kind eine Taschenlampe fixieren und prüft, ob die Lichtreflexe auf der Hornhaut symmetrisch sind.

Beim Abdeck-Test deckt man ein Auge zu (erst das rechte, dann das linke) und achtet darauf, ob das freie Auge eine Einstellbewegung macht. Eine Einstellbewegung verrät einen Strabismus.

Empfehlung: Bei Visuswerten schlechter als 0,8 oder TNO schlechter als 120 Winkelsekunden sollte eine Untersuchung beim Augenarzt folgen.

V. Prüfung des **Farbsehens** mit den Ishihara-Tafeln: Mit weichem Pinsel kann das Kind die „Bänder" oder „Schlangen" nachfahren, wenn es die Zahlen nicht benennen kann. Mit den Fingern sollten die Farbtafeln nicht berührt werden. Die Prüfdistanz beträgt etwa 60 cm.

Alternativ können die Pflüger-Haken (E-Haken)-Farbtafeln nach Velhagen benutzt werden.

Zur Ausrüstung sollten gehören (ca.-Preise)

Zahlen-Tafel	}	
E-Haken-Tafel	} Ferne; abwaschbar	je 40,– DM
Landolt-Ring	}	
Nahleseprobe nach Nieden in Mappe		90,– DM
Stereo-Test-TNO mit Brille		210,– DM
Ishihara-Tafel (kleine Ausgabe):		
14 Tafeln mit Zahlen und Bändertafeln		138,– DM
Pflüger-Haken (E-Haken)-Farbtafeln nach Velhagen (Thieme-Verlag, Leipzig)		47,– DM

Lieferfirmen:

U. Zuhnemer, Im Holderbusch 16, 74858 Aglasterhausen, Tel. 06262-866 o. 867
H. Schwind, Mainparkstr. 6-10, 63801 Kleinostheim, Tel. 06027-5080
OGI, Urbanstr. 70 a, 10967 Berlin, Tel. 030-69 38 048/49
Frohnhäuser, Hauptstr. 13, 82008 Unterhaching, Tel. 089-66 55 55-20/21

Warum nehmen Sprachentwicklungsstörungen so enorm zu?

Heide Mende-Kurz

Ich beobachte zwei Hauptgefahren, die der kindlichen Entwicklung zwischen 0-7 Jahren auflauern. Medien wie Radio, Kassetten, Fernseh- und Videobildfolgen einerseits und „Räder" wie Bobycar, Schiebdreirad (zu frühes Fahrradfahren, ca. mit 3 bis 4 Jahren) andererseits, Roller ausgenommen, er wird im Stehen gefahren, und das Auto.

Pauschal weiß jeder, daß Fernsehen nichts für dreijährige Kinder ist. Schnelle Bildfolgen und vor allem die unpassenden Spielthemen werden als schädlich betrachtet. So meint man, die kleine, süße Sendung von der Maus, gerade mal 20 Minuten, könnte doch nichts schaden.

Das Kind baut in dieser Höchstlernphase (0-7 Jahre) seine Leibesarchitektur, seinen Dimensionsleib und seine Sinnesorgantätigkeit an und mit seiner Umwelt auf. Steht es vor einem hohen Baum, reckt es seine Wirbelsäule und wird groß wie der Baum; sieht es einen kleinen Käfer, krümmt es seine Wirbelsäule und wird klein, um den Käfer ganz nah zu sehen. Klettert es auf einen Baumstumpf hinauf und springt herunter, übt es die Höhe und Tiefe. Läuft es von der Mutter weit weg und springt zurück in ihr „Kuckuckshaus", übt es Weite und Nähe. Schaufelt es Sand in sein Eimerchen und läßt ihn wieder herausrieseln, übt es Innen und Außen. Ich habe beobachtet, je häufiger die Kinder diese „Dimensionstätigkeiten" geübt haben, desto weniger neigen sie zu Disgrammatismus.

Im Fernsehbild holt die Kamera den großen Baum auf die kleine Mattscheibe, das Kind glotzt in derselben Wirbelsäulenhaltung den Baum wie auch den „vergrößerten" Käfer an, ohne einen Muskel zu bewegen (ausgenommen die Augenmuskeln).

Beobachten wir ein Kind, das noch nicht laufen kann. Wir sprechen mit ihm, und es schaut uns ins Gesicht, besonders aber auf den Mund, und ahmt über das Sehen und Hören die Laute nach. Das kleine Kind hängt geradezu an den Lippen der Mutter, um die Mundbewegungen zu sehen, wenn sie ein Kinderlied, einen Kinderreim für und mit dem Kind singt und spricht. Das Kind lernt ja nur durch Nachahmung. Wo sieht das Kind den Mund der Sänger und Sprecher, die es von der Kassette hört?

Ich habe meine Therapieerfolge zum Beispiel bei Dyslalien und Sprachentwicklungsverzögerung dadurch, daß ich dem Kind (dreieinhalb- bis sechsjährigen) einen scheinbar harmlosen Kinderreim wie „Backe, backe Kuchen" ganz langsam vorspreche und dazu eine kleine Wachskugel von der einen in die andere

Hand gebe und sie fest mit den Fingern umgreife. Das Kind hat auch ein Stück Wachs und macht mir alles nach. Je fester das Kind das Stück Wachs umgreift, desto weicher und runder wird das Wachs. Ich beobachte, je fester die Finger arbeiten, desto stärker wird die Artikulationsbewegung der Laute. Die Sprache, die das Kind aus dem Fernsehbild „hört", ist insofern unbrauchbar, als es die Mundbewegungen nicht durch Wiederholen nachahmen kann, denn die Bildveränderungen sind zu schnell. Das Kind hat Höreindrücke, die einseitig, kontaktlos bleiben, weil sie das Kind nicht mitsingen, mitsprechen lassen. Der Hör-Greif-Wille kann so leicht stumpf werden. Dann haben wir oft eine verwaschene, fast kleinkindhaft gebliebene Sprache noch bei Sechsjährigen. Ich beobachte, daß die verzerrten Dimensionsverhältnisse im Fernsehbild den Dimensionsleib, der wenig geübt ist, so schädigen können, daß Laute, Wort- und Satzstrukturen nicht gesund gebildet werden können. Oder anders gesagt, das Ausbilden von Unten/Oben, Innen/Außen et cetera muß am eigenen Leib durch den Gleichgewichtssinn erbildet werden. Hörsinn und Gleichgewichtssinn gehören zusammen. Somit sind wir bei den Rädern angelangt.
Das Kind übt den Gleichgewichtssinn im Köpfchen-Heben, im Sitzen, Robben, Krabbeln und schließlich im freien Stehen. Bereits hier bietet die Spielzeugindustrie den ersten fahrbaren Untersatz, den Bobycar. Auf ihm kann sich das Kind schneller durch das Zimmer bewegen und erheischt mehr Sinneseindrücke, mehr „Erlebnisse", die aber sein unreifes Gehirn noch gar nicht verarbeiten kann. Da haben wir das nervöse, zappelige Kind.
Das Wichtigste für die gesunde Sprachentwicklung ist das Üben des Laufens. Die Wortsilben entwickeln sich aus dem Laufen (wir sprechen bei Rhythmen von Versfüßen). Es werden Fußsohlen, Knie und Wirbelsäulenmuskulatur durch das Laufen gekräftigt. Die Gliedmaßen sind innigst mit der Wirbelsäule verbunden. Jeder Schritt ist ein Gleichgewichtsakt, der einmal die rechte, einmal die linke Gehirnhälfte „beströmt" („beschwingt"). – Heutzutage setzen die Mütter ihre Kinder lieber ins Schiebedreirad, in den Kinderwagen oder gleich ins Auto.
Es sind die Aufrichtekräfte der Wirbelsäulenmuskulatur, die sich bis in den Zungenhalteapparat fortsetzen, sie müssen durch die Füße, das Laufen gekräftigt werden. Die Hände sind meist beim Dreiradfahren et cetera bei der Lenkung beteiligt.
Doch ich beobachte, so wie die Füße für die Silben und Satzbaubildung verantwortlich sind, so bildet das unendlich vielfältige Wahrnehmen der Dinge im Be-Greifen, im Er-Greifen mit den Fingern, den Händen die Voraussetzung für die gesunde Lautbildung in der Sprachentwicklung wie auch für die differenzierte Sprachäußerung im Jugendalter.
Ich rate den Müttern oft, täglich zirka vier Kilometer mit ihrem Kind in Wald und Feld zu laufen und es viele verschiedene Greifbewegungen üben zu lassen, indem

es Stecken, Moos, Steine, Blätter, Gräser, Rinden, Eicheln et cetera in einen großen Korb sammelt und täglich damit ein neues Reich baut.
Ich habe weit mehr Jungen mit Sprachentwicklungsstörungen als Mädchen. Ob das daran liegt, daß die Urgreifbewegungen, das Hineintasten in die Tiefe der Dinge, zum Beispiel in so harmlose Dingelchen wie ein Wollflöckchen oder eine Tannennadel von Mädchen oft intensiver betrieben wird, während die Jungen oft schneller darüber weg weiter zum nächsten Ergreifen einer neuen Sache streben, um schließlich beim geliebten Auto-Hin-und-Herschieben anzulangen?
Abschließen möchte ich mit der 12-Sinneslehre von Rudolf Steiner. Die vier Sinne wie Riechen, Schmecken, Sehen und der Wärmesinn sind mit der Geburt in Tätigkeit. Revolutionär ist bei Steiner: Der tätige Gleichgewichtssinn schafft erst den Hörsinn. Der tätige Bewegungssinn wird zum Sprachsinn. Der tätige Lebenssinn (zum Beispiel fühlt sich ein Kind wohl in seiner Haut) wird zum Denksinn. Der tätige Tastsinn wird zum Ich-Sinn.

Der Epochenunterricht als psychiatrische Prophylaxe*

Friedwart Husemann

Daß wir in die Schule gehen, um etwas zu lernen, ist jedem klar. Auch die Waldorfschule möchte Menschen erziehen, die später arbeitstüchtig und für das äußere Leben brauchbar sind. Darüber hinaus enthält die Waldorfpädagogik aber eine Fülle von Ansätzen, um vorbeugend gegen Krankheiten im späteren Leben zu wirken. Was damit gemeint ist, soll an einem Beispiel kurz erläutert werden. Seit ihrer Gründung im Jahre 1919 wird in der Waldorfschule der Epochenunterricht gepflegt. Das bedeutet, daß die Kinder nicht regelmäßig mehrmals pro Woche Rechnen lernen, sondern zwei- bis viermal im Jahr haben sie eine Rechenepoche, in der sie täglich zwei Stunden lang drei bis vier Wochen lang Mathematik üben. Ähnliches gilt für Schreiben, Geschichte, Menschenkunde, Physik oder Hausbau, nicht aber für die Fremdsprachen und die künstlerischen Fächer, unter denen die Eurythmie eine bevorzugte Rolle spielt. Was ist der Sinn des Epochenunterrichtes? Er liegt nicht nur in der Epoche selbst, an deren Ende

* Geschrieben für das Jahrbuch 1998 der Waldorfschule Ismaning bei München unter dem Titel: „Waldorfpädagogik aus ärztlicher Sicht"

alle Kinder einen Lernfortschritt gemacht haben, sondern er liegt vor allem auch in der langen Pause zwischen den Epochen. Am Anfang der Epoche zeigt sich nämlich vor allem in den unteren Klassen, daß die Kinder vieles vergessen haben und der Lehrer erst einmal einige Tage braucht, um das Niveau der letzten Epoche wieder zu erreichen. Und genau das ist der prophylaktisch medizinische Sinn des Epochenunterrichtes. Rudolf Steiner hat es einmal mit der paradox klingenden Forderung ausgesprochen, daß die Kinder in der Schule nicht nur das Erinnern, sondern auch das Vergessen lernen sollen. Jeder Lehrer ist natürlich froh, wenn die Kinder das möglichst gut behalten, was er ihnen gesagt hat, auch bei den Waldorflehrern ist dies so. Aber durch den Epochenunterricht machen es sich die Waldorflehrer bewußt etwas schwerer, indem sie ihren Kindern Pausen des Vergessens gönnen. Abgesehen davon, daß der reine Lernerfolg, aufs Ganze gesehen, dadurch sogar besser sein kann, hat dieses Vorgehen einen unschätzbaren gesundheitlichen Vorteil.

Schon Ende der 80er Jahre dieses Jahrhunderts hat man gezählt, daß jährlich weltweit über eine Million Menschen an Depression neu erkranken. Wer selber schon eine Depression gehabt hat oder sie bei einem ihm nahestehenden Menschen miterleben konnte, der weiß, wie sehr ein so Erkrankter an bestimmten Erlebnissen haftet, das heißt, wie schwer es ihm wird, ein Ereignis oder eine Reihe von Kränkungen zu vergessen. Wie segensreich und heilsam wäre es, wenn ein an Melancholie Erkrankter vergessen könnte. Um dieses Vergessen-Können vorbeugend zu stärken, wird in der Waldorfschule der Epochenunterricht geübt, der nicht nur das Erinnern, sondern auch das Vergessen ins Auge faßt.

In einer Operette fällt die leichtsinnig gemeinte Parole: „Glücklich ist, wer vergißt, was nicht zu ändern ist." Richtig verstanden und auf die Prophylaxe der Depression angewandt, liegt in diesem Wort aber eine ernste Wahrheit, wodurch wir unseren Mitmenschen helfen können.

Man stelle sich nun dieses Beispiel vervielfältigt vor und auf die verschiedensten Krankheitstendenzen des Menschen angewendet, dann kann man sich denken, was alles aus der Waldorfpädagogik für unsere Kinder noch herausgeholt werden kann, damit nicht nur „im hergebrachten Sinne arbeitstüchtige und für ein äußeres Leben brauchbare Menschen" heranwachsen, sondern auch Menschen, die „innere Ruhe und Befriedigung in der Seele tragen" (Rudolf Steiner: „Die Pforte der Einweihung", Worte der Sophia im „Vorspiel").

Erfahrungen mit beratender Elternarbeit

Sigrid Jaa

Wie kann Elternarbeit aussehen, die dort ansetzt, wo Lehrer mit helfenden Gesprächen an ihre Grenzen stoßen? Werden diese Gespräche geeignet sein, die Eltern zu einem vertieften Verständnis ihres Kindes zu führen? Resultieren daraus gegebenenfalls veränderte Verhaltensweisen gegenüber ihrem Kind?
Solche oder ähnliche Fragen bewegen die Beraterin, wenn Eltern sich zum Erstgespräch anmelden. In den meisten Fällen ist dieser ersten Zusammenkunft bereits eine längere Leidenszeit vorausgegangen, in der das Verhalten des Kindes eine zunehmende Hilflosigkeit bei den Eltern ausgelöst hat. Selbstzweifel tauchen auf, die nicht selten dazu führen, daß die liebevolle Zuwendung zum Kind sich in eine überbehütende, gleichgültige oder zu strenge Haltung wandelt. Immer aber bedeutet dies, daß die Erziehungsaufgabe nicht mehr aus freiem Impuls ergriffen werden kann, daß ihre Lebendigkeit stark vermindert ist, daß eine Ersatzhaltung gelebt wird, die den ungetrübten Blick auf die eigenen Möglichkeiten, aber auch den auf die Nöte des Kindes verschleiert. Erstarrung und Verhärtung schleichen sich nun in die Beziehung zwischen den Eltern und ihrem Kind ein, dem zu entrinnen ausweglos erscheint.
Hier nun ist der erste Ansatzpunkt in der Arbeit mit Eltern. Sie in ihrer Not ernst zu nehmen, ihnen das Gefühl zu vermitteln, daß es einen Ort gibt, an dem sie sich mit ihren Nöten fallen lassen können, führt schon zu einer ersten Entspannung. Die Gespräche sind in größtmöglicher Behutsamkeit vor den Gefühlen des anderen, aber dennoch in Offenheit zu führen. Da kann es notwendig und sinnvoll erscheinen, die Gesprächsteilnehmer darauf hinzuweisen, daß jeder nur für sich spricht und dem Partner nur Verständnisfragen gestellt werden dürfen. Vater und Mutter haben jeweils ihr individuelles Verhältnis zum Kind. Die Verschiedenartigkeit dieses Verhältnisses kann Anlaß zur Beratung sein. Sowohl Vater als auch Mutter sind eigenverantwortlich für das, was sich zwischen jeden von ihnen und dem Kind entwickelt hat und geschieht. Nur aus dem Bewußtsein der Eigenverantwortlichkeit kann zu einem späteren Zeitpunkt der Beratung der Impuls entstehen, sich für einen Entwicklungs- oder Veränderungsprozeß zu entscheiden. –
Der Verlauf der Beratung kann sich über viele Sitzungen erstrecken und hängt von den unterschiedlichsten Faktoren ab. Es lassen sich aber immer 4 Phasen erkennen, von denen jede wieder einen individuellen Zeitraum beansprucht. Auch ist zu beobachten, daß manchmal innerhalb einer Beratungsstunde alle 4 Phasen durchlaufen werden oder daß Phase 1 und 2 im Beratungsgespräch behandelt werden und Phase 3 und 4 im stillen Kämmerlein zu Hause sich wie von selbst ergeben.

Ich möchte nun auf die Merkmale der einzelnen Phasen genauer eingehen.
Die erste Phase ist in der Regel die kürzeste. Hier geht es darum, das Kind und sein Verhalten so genau wie möglich zu beschreiben. Lassen sich Auslöser für das Verhalten finden? Seit wann tritt das Verhalten auf? Wo tritt es auf? Hat das Verhalten sich schon einmal geändert? Hat es eine andere Qualität angenommen? Wenn ja, welche? Ist das Verhalten abhängig von bestimmten Auslösern, Personen? Wie reagiert die Umgebung des Kindes darauf? Wer ist besonders belastet? Diese Fragen sind ein Ausschnitt der vielen Fragen, die sich auf das problematische Verhalten des Kindes beziehen können. Ebenso wichtig ist es jedoch, auch zu fragen, was das Kind kann. Was kann es besonders gut, was fällt ihm schwer, welche liebenswerten Eigenschaften sehe ich, welche Interessen hat es? Welche Kontakte hat das Kind, wie ist seine Stellung in der Geschwisterreihe, in der Familie?
Hilfreich können an dieser Stelle auch Gespräche mit dem Kinderarzt, dem Lehrer, der Kindergärtnerin sowie eine Spielstunde mit dem Kind selbst sein. Ziel ist es, ein möglichst umfassendes Bild des Kindes zu erstellen, in dem Stärken und Schwächen, liebenswerte, aber auch weniger liebenswerte Eigenschaften des Kindes Platz finden. Manche Eltern sind am Ende dieser Phase überrascht, wie vielseitig, wie liebenswert, wie geschickt ihr Kind ist, sahen sie in letzter Zeit doch vorwiegend Belastendes. Und in ebensolchem Maße wie dieser kleine Abstand, mit dem das Kind nun betrachtet wird, ein kleiner Schritt zu mehr Objektivität und vom Kind weg ist, in ebensolchem Maße kann er auch ein kleiner innerer Schritt auf das Kind zu sein. Und dies bedeutet immer ein Wiedererwachen oder eine Zunahme elterlicher Liebe.
In der 2. Beratungsphase wird die Biographie des Kindes angeschaut. Besonderen Wert lege ich dabei auf die Betrachtung der Schwangerschaft und des Geburtsverlaufs. Welche Gedanken und Gefühle haben die Eltern in dieser Zeit bewegt? Lassen sich herausragende Ereignisse erinnern? Scheinbar harmlose Vorkommnisse können eine tiefere Bedeutung bekommen, werden sie aus der Sicht des Kindes betrachtet. Wurde einem Neugeborenen mit der Zange auf die Welt geholfen, so meistens, weil der Geburtskanal zu eng war, die Kraft der Mutter und des Kindes nicht ausreichten, ihn zu durchdringen. Die dahinterstehende Geste könnte aus der Sicht des Kindes heißen: „Ich schaffe es nicht aus eigener Kraft, eine Krise zu meistern. Ich benötige außer der Hilfe der Mutter zusätzliche fremde Hilfe." Läßt man die Eltern nun nach Ereignissen im Leben des Kindes suchen, in denen diese Geste auftritt, so kann das zu überraschenden Einsichten führen – drückt sich darin doch häufig eine Lebensgrundgeste aus, ein typisches, für dieses Kind unverwechselbares Verhaltensmuster. Das dieses schon im Geburtsverlauf beobachtet werden kann, befreit die Eltern zwar nicht von der „Schuld" bei späteren Erziehungsfehlern, macht aber doch deutlich, wie sehr unsere Kinder

Eigenes mit in das Erdenleben hineintragen und wie früh dieses erkennbar sein kann. Wird dies von den Eltern als vertiefende Erfahrung erlebt, ist es nur noch ein kleiner Schritt zu der Erkenntnis, daß Erziehung nicht nur darin bestehen kann, eigene Erziehungsvorstellungen in dem Kind zu verwirklichen, sondern immer auch einer Beobachtung und Einbeziehung der kindlichen Impulse bedarf. Was bringt das Kind mit? Wie drückt es das aus? Wie kann ich als Mutter oder Vater darauf eingehen? Eine vielen Eltern nicht vertraute Form des Fragens, eine in die Zukunft gerichtete Betrachtungsweise, die Vergangenes und Gegenwärtiges einbezieht, bekommt Bedeutung. Zunächst steht jedoch noch die Lebensgeschichte des Kindes im Mittelpunkt. So genau wie möglich sollten jeder Entwicklungsschritt, Krankheiten, herausragende Ereignisse beschrieben werden. Wie ist die Entwicklung der Sprache verlaufen, welche Hindernisse, Entwicklungssprünge werden erinnert, was fiel dem Kind schwer, was lernte es mühelos, wann zeigte es Ausdauer, wann war es mutlos. Wurde in Phase 1 das Kind in seiner gegenwärtigen Situation betrachtet, so geht es nun um die zeitliche Entwicklung. Für beide Phasen gilt, daß die Kinderbesprechung, wie sie in Heft 7 der „Medizinisch-Pädagogischen Konferenz" beschrieben wurde, in weiten Teilen Leitfaden für das Gespräch sein kann. Ich halte es jedoch für wichtig, daß diese Gespräche bereits über ein Fragen-Stellen und Antwort-Geben hinausweisen. Je mehr Möglichkeiten sich bieten, zu einem neuen, tieferen Verständnis des Kindes zu kommen, desto leichter und unmerklicher wird sich der Übergang in die 3. Phase der Beratung vollziehen. Als Mittel können dafür kleine schriftliche Arbeiten erstellt werden, Rollenspiele oder kleinere Malaufgaben helfen, ebenso das Erarbeiten von inneren Bildern.

(Fortsetzung folgt)

„Therapie an der Waldorfschule"

Bayerisches Regionaltreffen am 16. Januar 1999 in Gröbenzell

1. Gemeinsamer Auftakt mit Eurythmie

2. Thema: Betriebsärztlicher Dienst
   - wird auch an Schulen Pflicht
   - kann nur von einem Arzt mit Zusatzqualifikation ausgeübt werden, das heißt, der Schularzt kann im Regelfall diesen Bereich nicht abdecken.
   - Frau Dr. Späth, Schulärztin der Friedel-Eder-Schule München, würde sich diese Qualifikation aneignen und die Tätigkeit an den Münchner Schulen übernehmen.
     Genauere Erläuterungen von ihr selbst beim nächsten Treffen.

3. Arbeitsthema Legasthenie (Frau Haupt und Herr Jürgens)
   - Verdeutlichung der Absicht, dieses Thema bei mehreren Treffen in Folge zu bearbeiten mit dem Ziel, zum Wesenhaften vorzudringen.
   - kurze Darstellung einiger Leitgedanken
   - Offensichtlich zunehmende Problematik
   - unterschiedliche Erklärungsversuche und Therapieansätze (körperlich, seelisch, Zeitphänomene et cetera)
   - anschließend Schilderung von Auffälligkeiten und Besonderheiten legasthenischer Kinder durch anwesende Mütter solcher. Es ergab sich ein umfassenderes Bild des Phänomens.

4. Heileurythmie
   - Es wurden zwei Übungen für Legastheniker von Herrn Jürgens vorgestellt und übend ins Erleben gebracht;
   - im nachfolgenden Erfahrungsaustausch wurde als wesentliches Element der Übungen die starke Anforderung an die Konzentration und die deutlich zentrierende Wirkung gefunden.

5. Nächstes Treffen: **Samstag, 24. April 1999, 14.30 bis 18.00 Uhr**
   Rudolf Steiner-Schule Gröbenzell
   Vorläufige Punkte:
   - Genaueres zum Betriebsärztlichen Dienst
   - Arbeitsthema Legasthenie („erweiterte" Diagnosefindung, Darstellung der „staatsschulischen" Kriterien und des Vorgehens, Wesensgliedergefügebetrachtung)
   - Heileurythmie zur Legasthenie

Beate Haupt

Wege durch die Pubertät

Jeanne Meijs: Der schmale Weg zur inneren Freiheit. Ein Leitfaden durch die Zeit der Pubertät. 307 S., DM 36,–. Verlag Urachhaus, Stuttgart 1998.

Mit ihrem zweiten Buch „Der schmale Weg zur inneren Freiheit" legt Jeanne Meijs eine Arbeit vor, die einen Überblick auf vielfältigste, in der Pubertät auftretende Fragen gibt. Wer „Problemkindern helfen" gelesen hat, wird sich an den flüssigen Erzählstil und die warmherzige Betrachtungsweise der Autorin erinnern und sich freuen, beidem hier wieder zu begegnen.
Das Buch ist klar gegliedert, Teil I „Zum Verständnis der Pubertät", Teil II „Der Jugendliche", Teil III „Die Eltern". Den größten Umfang beansprucht Teil I. – Zunächst weist Jeanne Meijs auf die Entwicklungsphasen im kindlichen Werdegang hin, um dann den Blick zu lenken auf ein Bild, in dem die Bedeutung und die Rahmenbedingungen der Pubertät erkennbar werden: Jedes Kind fährt in einem eigenen Schiff auf seinem Lebensstrom. Sind zunächst noch die Eltern der Kapitän, so wandelt sich das mit der Pubertät – der Jugendliche übernimmt selbst das Ruder. Aufgabe der Eltern ist es nun, darüber zu wachen, daß der Jugendliche sein Schiff sicher durch die Schleuse der Pubertät lenkt. Schleusentore müssen geöffnet und geschlossen, der Wasserstand vor, in und hinter der Schleuse beobachtet werden. Es kann passieren, daß ein Schiff angebunden und im richtigen Augenblick wieder gelöst werden muß. Schon mit diesem Bild weist Jeanne Meijs nicht nur darauf hin, daß Eltern in der Pubertät die begleitende helfende Rolle ergreifen, sondern daß sie sich auch immer wieder fragen müssen, wo und in welcher Position sich das jugendliche Schiff befindet und, wie dem entsprechend, eine angemessene Hilfestellung aussehen kann. Mehr als in jeder anderen Phase der kindlichen Entwicklung sind Eltern in der Pubertätszeit ihrer Kinder aufgerufen, Stellung zu beziehen und der Forderung nach Selbsterziehung nachzukommen.
Die Bedeutung der Pubertät liegt darin, die eigenen Lebensimpulse zu erkennen, sie lebbar zu machen, sie in die individuelle Persönlichkeitsstruktur zu integrieren. Je nachdem, wie die bisherige Entwicklung verlaufen ist, wie stark die Seelenkräfte des Jugendlichen sind, wie das soziale Umfeld stützend, fördernd oder hemmend gewirkt hat oder wirkt, wird dieser Prozeß ruhig oder stürmisch durchschritten. Ebenso können einzelne Phasen der Pubertät unterschiedlich stark erlebt werden. So unterscheidet Jeanne Meijs nacheinander die Gedanken-, Gefühls- und Willenspubertät. Jede dieser Phasen kündigt sich durch spezifische Verhaltensmuster an, ist durch bestimmte Fragen des Jugendlichen charakteri-

siert, kann aber auch zu jeweils eigenen Formen von Auswüchsen führen. Sehr einfühlsam beschreibt Jeanne Meijs diese Phasen und gibt Hinweise auf Hilfestellungen. Diese sind jedoch nie als Rezepte aufzufassen, sondern immer im Sinne von Anregungen zur Beobachtung des Jugendlichen einerseits und zur Selbsterziehung der Eltern andererseits formuliert.
Welche Lebensfragen beschäftigen nun die Jugendlichen während der Pubertät? Mit neuen Augen betrachtet er seine Familie. Die erwachende Sexualität eröffnet bisher nicht gekannte Erlebnisqualitäten, die Berufswahl gewinnt an Bedeutung, der Umgang mit Geld und Arbeit will geübt werden, für viele Jugendliche wird aber auch die Langeweile zum Problem.
Zu all diesen Fragen werden Hinweise gegeben. Diese beinhalten immer drei Aspekte: den aus der Vergangenheit kommenden, den gegenwärtigen und den zukunftsweisenden. Welche Rahmenbedingungen haben dazu geführt, den Blick auf eine bestimmte Frage zu lenken, in welcher Weise geht der Jugendliche damit um, welche Impulse bieten zukunftsweisende Hilfestellungen an? Dieses methodische Vorgehen kann im Leser eine Fülle von zusätzlichen eigenen Überlegungen anregen. Wie ist denn mein Bild auf das so Gewordene, wie erlebe ich den Jugendlichen, welche meiner Lebensspuren können ihm eine eigene Richtschnur werden? Hier zeigt sich deutlich, daß wir als Eltern von pubertierenden Kindern aufgerufen sind, unsere eigenen Lebensziele zu überdenken, unser So-gewordenSein zu betrachten, unser So-Sein anzuschauen und die Frage nach dem „Was wird werden?" zu stellen.
Der Gefahr, sich in Schmerzlichem „Ich habe ja alles falsch gemacht!" zu verlieren, beugt Jeanne Meijs in Teil II ihres Buches vor. Liebevoll, jedoch gepaart mit sachlicher Nüchternheit, beschreibt sie, welche Persönlichkeitsstrukturen, Verhaltensweisen der Eltern das erfolgreiche „Durchfahren der Pubertätsschleuse" erschweren können, bietet aber zugleich vielfältige Möglichkeiten an, wie eine wache, wahrhaftige innere Schau nicht nur Fragen im Umgang mit unseren Jugendlichen beantworten hilft, sondern zugleich zur Bereicherung unserer eigenen konkreten Lebensbewältigung werden kann. Damit gibt Jeanne Meijs nicht nur Hinweise auf die Eltern-Kind-Beziehung in der Pubertätszeit unserer Kinder, sondern zeigt auf einen Grundaspekt im Zusammenleben mit Kindern: Nicht die Kinder allein lernen das Leben durch uns; wir Eltern, als Mutter ebenso wie als Vater, lernen in gleichem Maße das Leben durch unsere Kinder. In der Begegnung zwischen Erwachsenem und Kind wird diese wahrhaftig und mit suchender, spürender Empfindung gelebt, liegt der Keim für Zukünftiges. Und dessen benötigen wir heute mehr denn je.
Dieses ohne erhobenen Zeigefinger, mit größtem Engagement dargestellt zu haben, macht für mich den spezifischen Wert dieses Buches aus.

Sigrid Jaa

Die Ehe – wie ist sie zu retten?

Wolfgang Gädeke: Warum Ehen scheitern. Grundzüge einer anthroposophischen Eheberatung. 53 Seiten. Verlag Urachhaus Stuttgart 1998

Ehe ist nicht etwas natürlich Gegebenes. Ehe ist eine Kulturtat. Regeln, Normen, Vorschriften, auch Gesetze, die den Eheleuten vorgeben, wie Ehe zu sein hat, wie „man" Ehe lebt, gelten immer weniger, helfen nicht mehr. Ehe muß gelernt werden. Ehe muß individuell erarbeitet werden; und sie muß gepflegt werden, soll sie nicht scheitern. Auf diesem Feld, dem der Ehe-Schule, der Ehe-Beratung hat sich Wolfgang Gädeke seit vielen Jahren durch Vorträge, Seminare und Aufsätze Kompetenz und Ansehen erworben. Jetzt hat er ein Büchlein im Urachhaus-Verlag veröffentlicht, das in knapper, übersichtlicher Form Grundzüge einer anthroposophischen Eheberatung darlegt. Ausgehend von den überpersönlichen Ursachen von Eheproblemen geht es zunächst um die Bereitschaft, sich helfen zu lassen, und die Frage: wie sprechen wir miteinander? Dann wird das Aufarbeitungsgespräch in vier Stufen beschrieben. Und wenn es möglich ist, die Ehe-Idee (wieder) lieben zu lernen, können die Eheführung und Ehepflege als bewußte Aufgabe ergriffen werden. Wolfgang Gädeke gibt in dieser Schrift Anregungen, Gesichtspunkte für die Eheberatung; sie ersetzt aber keine solche. Ehen, die zu scheitern drohen, brauchen das lebendige Gespräch. Diese Schrift ist für die Berater.

Peter Fischer-Wasels

Fragen aus dem Leserkreis – an den Leserkreis

Zur Legasthenie

Ausgehend von der Feststellung, daß in der Praxis wesentlich mehr Buben legasthenische Erscheinungen zeigen als Mädchen, fragte ich mich, ob Legasthenie mit dem Bub-Sein zusammenhängen könnte. Buben haben einen weiblichen Ätherleib, „männliches" Seelenleben, insbesondere ihr Denken kann folgendermaßen charakterisiert werden:

> bei einer Sache bleibend, konzentriert, konstant, verläßlich;
> abgeschlossen von der Umwelt, in-sich-geschlossen; abstrakt, trennend, spezialisierend, objektiv, begrifflich; wenig beweglich, prinzipiell, gewohnheitsmäßig; entweder-oder.

Nach Davis zeichnen sich Legastheniker vor allem dadurch aus, daß sie ihr „inneres Auge", ihre Vorstellungskraft nicht festhalten, fixieren können.

Wahrnehmungsinhalte, Gedankenfetzen, Phantasiebilder fluten, wirbeln durcheinander, es treibt sie laufend fort. Mir erscheint das dem „weiblichen", durch einen männlichen Ätherleib bedingten Seelenleben/Denken verwandt:

nach außen gerichtet, wahrnehmungsorientiert, sinnlich; sprühend, dynamisch, beweglich, farbig; anregend, phantasievoll, ausgleichend, persönlich; unstet, sprunghaft; bewertend; sowohl-als-auch.

Könnte Legasthenie etwas mit einem „weiblichen" Denken unter „männlicher" Anspruchshaltung zu tun haben? Damit, daß mit den Mitteln „männlicher" Psyche auf ein im Grunde „weibliches" Denken zugegriffen wird – mit allen Verkrampfungs- und Entmutigungserscheinungen, die daraus resultieren?
Manche von Davis geschilderten Symptome könnten auf einen über das „normale Maß" hinaus gelockerten Ätherleib bei Legasthenikern hinweisen, so daß bei ihnen nicht nur die nicht organbildenden weiblichen Ätherkräfte, sondern auch ein Anteil normalerweise organbildender männlicher Ätherkräfte dem freien Seelenleben zur Verfügung stünden, sich „weibliche" Elemente in ihr Denken mischten und es mitbestimmten. Solchem an sich geschlechtsuntypischen, einer „männlichen" Seele fremden Denken steuerte der Bub innerseelisch-unbewußt mit „männlichen" Strategien gegen. Er versuchte, nicht mit den Erscheinungen zu gehen – wie es ein Mädchen tut, das auf gewohntes Denken stößt –, sondern sie „in den Griff zu bekommen", was zu den Verwirrungszuständen führte, die in legasthenischen Erscheinungen zum Ausdruck kommen. – Ich wäre sehr dankbar für Anregungen, Ergänzungen, Ausführungen zu dieser Frage, persönlich oder an dieser Stelle, auch über barsche Kritik, sollte ich mich „vergaloppiert" haben.

Jörg Undeutsch

Ein glücklicher „Zufall"

Alexander, ein dunkelblondes fast achtjähriges Büblein, mit stark ausgeprägter Adduktorenspastik beider Beine, die sich beim Gehen permanent überkreuzen, wurde mir in der Michael-Bauer-Schule von der liebevoll besorgten Mutter vorgestellt. Seelisch machte er einen etwas kopflastigen Eindruck, wegen seines pedantisch hartnäckigen Verfolgens einer von mir erbetenen Märchenerzählung möchte ich ein melancholisches Temperament annehmen. Deutschstämmig in Kasachstan geboren. Die Spastik sei Folge eines Sauerstoffmangels bei der Geburt, sei aber vor allem an den oberen Extremitäten besser geworden. Er besucht die 1. Förderklasse. Der Lehrerin und der Ergotherapeutin waren eine Rückenstreckerschwäche bei Willensanstrengungen aufgefallen.
Auf meine Frage, welchen Buchstaben er am liebsten habe, kam ein zögerndes R. „Unglücklicherweise" waren Papier und Farbstifte nicht zur Hand, weswegen ich

das immer aufrecht sitzende Kind bat – um gleichzeitig die Beweglichkeit der Beine zu testen –, mir mit dem Fuß auf den Boden ein R zu zeichnen. – Dies gelang ihm rechts sehr schön, links spiegelbildlich weniger gut, weshalb er es unter meiner Mithilfe links nochmals versuchen durfte.
Ich war von seinen geistigen Leistungen sehr angetan und tröstete die Mutter mit dem Hinweis, für später gäbe es sicher Hilfsmittel für die Fortbewegung. Hauptsache sei sein aufgewecktes Wesen und die pädagogische Hilfe seiner Klassenlehrerin, die er sehr verehrt. Als er mir aber zwei von ihm gemalte Bilder für die erkrankte Lehrerin übergab, war ich sehr erschrocken. Sie zeigten nur ganz dichte Farbstriche und keinerlei geformte oder farbige Elemente. – War meine Beurteilung doch falsch und viel zu optimistisch?
Neun Tage später habe ich in der Klasse hospitiert. Die Kinder sollen Buchstaben von der Tafel abschreiben und mußten vier breite Farbbänder in ihr Heft malen, wobei ich meinem Alexander nur beim vierten etwas in der Horizontale half. Während er, ich beobachtete ihn nur aus der Ferne, ganz ruhig und schön die vier Buchstaben HAND in sein erstes Farbband malte, bemerkte ich das fast erschrokkene Erstaunen der Lehrerin. Er hatte zuvor nie selbständig einen Buchstaben aufs Papier bringen können und jetzt gleich 16 und die zudem schön.
Im Heileurythmie-Kurs, 1. Vortrag vom 12.4.1921, heißt es: „Es kann durchaus vorkommen, daß ein Kind die besondere Eigentümlichkeit hat, daß es nicht zu der Auffassung geometrischer Formen kommt. Es kann nicht in der Anschauung zu der Auffassung geometrischer Formen kommen. Sie werden dem Kind dann einen großen Dienst tun, wenn Sie es, so schwer es geht, dazu veranlassen, zwischen der großen Zehe und der nächsten Zehe einen kleinen Bleistift zu nehmen, den zu halten und mit dem wirklich richtige Buchstaben aufzuschreiben. Das ist etwas, was eine gewisse Bedeutung hat, und was auf einen Zusammenhang im Menschen durchaus in ganz berechtigter Weise hinweist."
Was sollte mich von der Überzeugung abbringen, daß durch das von mir auf ein ganz anderes Ziel hin erbetene Schreiben mit den Füßen es dieser Geistseele erstmals bezüglich des Buchstabenschreibens gelang, die Leiblichkeit zielgerecht zu ergreifen beziehungsweise mit den gestörten „motorischen" Nerven die Muskelbewegungen wahrzunehmen und zu koordinieren?

Rudolf Nast

Vorbemerkung zum Arbeitskreis für Ernährungsforschung

Medizin und Erziehung zur Gesundheit beginnt bei einer gesunden Ernährung. Heute haben wir eine Fülle von ernährungsbedingten Krankheiten, weil wir zu viel oder das Falsche essen oder weil die Qualität der Nahrungsmittel ungenügend ist. Andererseits wissen wir heute so viel über die Bedeutung einzelner Nahrungsbestandteile oder Nährstoffe, daß es naheliegt, das Ernährungsproblem durch chemische Veränderungen und Anreicherungen der Lebensmittel künstlich zu lösen. Dieser fatale Kurzschluß, ungesunde Ernährung und mangelhafte Nahrungsmittel dadurch aufzuwerten, daß alle möglichen Zusätze, Mindest- und Höchstwerte festgesetzt werden, greift immer weiter um sich. Hier hat der Arbeitskreis für Ernährungsforschung eine wichtige Aufgabe für uns alle übernommen, indem er Alternativen gesunder, natürlicher Ernährung aufzeigt und über aktuelle Themen und Gesetze informiert, die oft von der Öffentlichkeit unbemerkt beschlossen und durchgeführt werden. (Siehe Petra Kühne über Säuglingsnahrung nur noch vitaminiert in: „Medizinisch-Pädagogische Konferenz", Heft 6.)
So wollen wir mit der nachfolgenden Mitteilung des Arbeitskreises für Ernährungsforschung auf dessen Arbeit hinweisen und uns bedanken, daß wir immer wieder wichtige Informationen auch hier übernehmen und abdrucken dürfen.

Claudia McKeen

Mitteilung des Arbeitskreises für Ernährungsforschung

Der Arbeitskreis für Ernährungsforschung e.V. (AKE) ist im Dezember 1998 vom Schwarzwald nach **Bad Vilbel** bei Frankfurt a.M. umgezogen. Dort ist die Geschäftsstelle in der Niddastr. 14 zu finden. Der AKE ist auf dem Gebiet der ganzheitlichen, anthroposophisch orientierten Ernährung tätig, gibt die Zeitschrift „Ernährungsrundbrief" heraus und fördert Forschungsprojekte.
1997/98 wurden folgende **Projekte** unterstützt:

- ganzheitliche Lebensmittelqualitätsmessung durch elektrochemische Methoden
- Säuglingsnahrung und Kuhmilch
- Fragebogen zu Lebensmittelallergien
- Moderne Anbaumethoden und ihr Einfluß auf Lebensmittelqualität (erdelose Kulturen)

Schwerpunkte unserer Arbeit sind zur Zeit die Themen Kinder- und Säuglingsernährung, Gewürze und Lebensmittelqualität. Dazu gibt es auch Veröffentlichungen (Bücher, Infos), die in der Geschäftsstelle erhältlich sind. Ferner geben wir die Zeitschrift **„Ernährungsrundbrief"** heraus (für Mitglieder kostenlos), in der über aktuelle Themen wie Gentechnik oder Grundlagen gesunder Vollwerternährung berichtet wird.
Kurse über Ernährung werden von P. Kühne und anderen an der Freien Bildungsstätte „der hof" in Frankfurt-Niederursel angeboten, zum Beispiel „Vollwertige Ernährung für die schnelle Küche" oder „Ernährung, Hygiene und Umwelt für Menschen in der Gemeinschaftsverpflegung".
Wir freuen uns über Anfragen, senden gern Informationen und Probehefte.

Unsere neue Anschrift ab 1.1.1999: Arbeitskreis für Ernährungsforschung e.V., Niddastr. 14, 61118 Bad Vilbel; Tel. 06101-52 18 75; Fax 06101-52 18 86

Gesundheitsbericht für Deutschland

Ende 1998 wurde der „1. Gesundheitsbericht für Deutschland" vom Statistischen Bundesamt herausgegeben. Über 170 Institutionen haben daran mitgewirkt. Darunter sind die Bundesministerien für Bildung, Forschung und Technologie sowie Gesundheit.
Es werden gesundheitliche Lage, Gesundheitspolitik und Krankheiten statistisch aufbereitet und präsentiert. So erfährt man die durchschnittliche **Lebenserwartung** (Männer 73,3 und Frauen 79,8 Jahre).
90 Prozent der Deutschen sind bei einer gesetzlichen Krankenkasse und 9 Prozent bei einer privaten versichert. Die Krankenkassen tragen dabei 61 Prozent aller Gesundheitskosten.
Zum **Gesundheitsverhalten** gaben bei einer Befragung 40 Prozent an, auf ihre Gesundheit zu achten, aber nur 4 Prozent leben konsequent gesundheitsbewußt. Dies ist eine Diskrepanz, die deutlich zeigt, daß das Wissen wohl vorhanden ist, nicht aber die Tatkraft, dies auch durchzuführen.
Als wichtiger Einflußfaktor für Gesundheit und Krankheit wird die **Ernährung** gesehen. Sie ist individuell zu verändern. Dies gibt dem einzelnen die Möglichkeit, sein Gesundheitsverhalten zu verbessern. Leider werden nur die Folgen schlechter Ernährung aufgeführt in Form von Erkrankungen: Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselstörungen, Kropf, Anämie, Karies, Osteoporose, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs von Verdauungsorganen.

Daneben gibt es andere Krankheitsrisiken wie **Rauchen** (22 Prozent der Frauen, 36 Prozent der Männer), **Alkohol** und **Drogen**. Die Deutschen sind in Europa führend im Alkoholverbrauch (10,3 Liter reinen Alkohol jährlich). Die gesundheitsgefährdende tägliche Menge reinen Alkohols liegt für Männer bei 40 g, für Frauen bei 20 g. 1995 wurde diese Dosis von 16 Prozent der Männer und 10 Prozent der Frauen erreicht. (20 g Alkohol entsprechen zirka 0,2 Liter Wein, 40 g zirka 1 Liter Bier).
Etwa 2 Millionen Menschen nehmen täglich „weiche" Drogen wie Haschisch, 250.000 „harte" Drogen. Der Konsum harter Drogen ist seit den neunziger Jahren auf diesem hohen Niveau nahezu konstant. Geschätzte 1,2 Millionen Menschen sind medikamentenabhängig. Damit ist Alkohol das Suchtproblem Nr. 1. Viele Konsumenten geben an, aus Streß zu trinken.
Weitere Krankheitsrisiken gehen auf die soziale Lage (Arbeitslosigkeit, Wohnverhältnisse), die Umwelt (Schadstoffe, Lärm) und Arbeitswelt und Freizeit zurück.
Detailliert werden 27 **Krankheitsgruppen** und ihre Häufigkeit aufgelistet von Krebs über Atmungsorgane, psychiatrische Erkrankungen bis zu Verletzungen. Hier kann jeder die Krankheits- und Todeshäufigkeit nachlesen wie zum Beispiel, daß jeweils 6 Prozent der Bevölkerung an Depressionen und ebenfalls 6 Prozent an Arthrose leiden. 10 bis 30 Prozent sollen unter Bronchitis leiden. Die meisten Todesfälle gehen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück. An zweiter Stelle stehen die Krebserkrankungen.
Von der **Gesundheitsversorgung** sind die niedergelassenen **Ärzte** (43 Prozent aller tätigen Ärzte) die erste Kontaktstelle für die Patienten. Sie wurden 1995 wesentlich häufiger konsultiert als am Beginn der Erfassung 1988. Sind die Deutschen kränker oder behandlungsbedürftiger geworden?
In den **Krankenhäusern** hat sich dagegen die Verweildauer der Patienten in den letzten Jahren um 17 Prozent vermindert (im Durchschnitt 12 Tage), die Zahl der Betten sank um 8,5 Prozent.
Arzneimittel werden immerhin von gut einem Drittel der Bevölkerung **täglich** genommen. Dabei gibt es Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Frauen liegen mit 40 Prozent viel höher als Männer mit 29 Prozent. Nur 10 Prozent der Bevölkerung gibt an, überhaupt keine Medikamente einzunehmen! Durch die Gesundheitsreform müssen die Patienten inzwischen zirka 20 Prozent der Arzneikosten tragen.
Die Kosten für die eigentliche **Gesundheitsförderung** machten 1994 nur 1,6 Prozent, für Vorsorge (Impfungen, Schwangerschaft, Krebsfrüherkennung, Kinderuntersuchungen) nur 0,8 Prozent aus. Dies war noch vor der Gesundheitsreform. Danach wurden fast alle Präventionsprogramme der Krankenkassen (zum Beispiel Ernährungsberatung, Kochkurse, Rückenschule) wegen zu hoher

Kosten eingestellt. Dies ist bedauerlich, denn eigentlich sollte doch Krankheit vermieden und Gesundheit durch spezielle Maßnahmen unterstützt werden. Dies ist jetzt in die Verantwortung des einzelnen gelegt. Auch eine Reihe von größeren Betrieben bietet Gesundheitsförderung für ihre Mitarbeiter an, um die Krankheitsrate zu senken. Den Krankenkassen ist dies vom Gesetz her nur noch sehr eingeschränkt möglich. Gerade wenn man bedenkt, daß nur 4 Prozent tatsächlich gesundheitsbewußt leben, wäre eine Unterstützung für die tägliche Lebenssituation hilfreich. Hierzu gehört auch eine Ernährungsberatung oder entsprechende Kurse.
Insgesamt machen die **Ausgaben für die Gesundheit** – eigentlich müßte man sagen, Krankheit oder Krankheitsbekämpfung – im Westen 9,9 Prozent, im Osten 14 Prozent des Bruttoinlandsproduktes aus. Warum Ostdeutschland wesentlich höhere Werte hat, wird nicht angegeben. Bezieht man die Krankheitsfolgekosten (Einkommensleistungen) mit ein, so beträgt der Anteil 14,8 Prozent oder 526 Milliarden DM.

Gesundheitsbericht für Deutschland. Hrsg. Statistisches Bundesamt, 1998, 556 S. DM 89,–.

Petra Kühne

Zuviel Vitamine in angereicherten Lebensmitteln*

Calcium im Orangensaft, Folsäure und Eisen in Kinderkeksen, B-Vitamine in Getreideprodukten ... Immer mehr Lebensmittel werden damit angereichert. Dabei wird diese Praxis als gesundheitsförderlicher Zusatz herausgestellt.
Im Gegensatz zu den Niederlanden ist der Gesetzgeber in Deutschland sehr offen und läßt bei fast allen Produkten eine Anreicherung zu. Bei Säuglingsnahrung ist sie sogar vorgeschrieben.
Festgelegt sind dabei lediglich *Mindestwerte*. Sie müssen so gewählt sein, daß die zugesetzte Menge mindestens 15 % der empfohlenen Tagesdosis in 100 g Lebensmittel ausmacht. Die Anreicherung darf höchstens dreimal so hoch sein wie die gesamte Tagesdosis dieser Substanz, sonst handelt es sich nicht mehr um ein Lebensmittel, sondern um ein Arzneimittel. Die Tagesdosis wird meist auf den Erwachsenen bezogen. Die zugesetzte Menge muß deklariert sein.

Beispiel: **Vitamin C**	
Empfohlene Tagesdosis Erwachsene	75 mg/Tag
Mindestzusatz in 100 g Lebensmittel:	12 mg
Maximaler Zusatz	225 mg

Der Hersteller muß gewährleisten, daß die deklarierten Werte auch noch am Ende der Mindesthaltbarkeit – auch bei schlechten Lagerbedingungen (Sonneneinstrahlung, Wärme) eingehalten werden. Während Mineralstoffe sich nicht verändern, sind gerade die B-Vitamine sehr empfindlich auf Licht und Wärme, so daß sie sich mit der Zeit abbauen.
Daher ist eine hohe *Überdosierung* üblich. Die Stiftung Warentest hat vier Produktgruppen untersucht und dabei kaum *Unterdosierungen* gefunden, wohl aber erheblich Überdosierungen bei Vitaminen in einigen Produkten.**

Lebensmittel	**Vitamin**	**Überdosierung bis zu %**
Frühstückscerealien	Vitamin B1	50
Milchmischgetränke	Vitamin B2	75
	Vitamin B 6	85
	Biotin	200
	Folsäure	175

Selbst die stabilen Mineralstoffe wurden teilweise überdosiert, zum Beispiel das stoffwechselintensive Jod in einem Kinderkeks um 100 %.
Daraus ergibt sich eine große Unsicherheit, da die Deklaration nichts über den tatsächlichen Gehalt aussagt. Beim Verzehr verschiedener angereicherter Lebensmittel ergibt sich so eine unkontrollierbare Aufnahme von isolierten Substanzen.
Biologisch-dynamische Lebensmittel dürfen nicht angereichert werden. Die meisten Ernährungswissenschaftler lehnen eine Anreicherung ab, da bei einer Ernährung mit reichlich Obst, Gemüse und Vollkornprodukten eine zusätzliche Vitamin- und Mineralstoffaufnahme überflüssig ist.
Von anthroposophischer Sicht ist zudem zu bedenken, daß diese Isolate eine Integration in den menschlichen Organismus erfordern, was vermehrte ätherische Kräfte benötigt. Daher können sie belastend und schwächend auf den inneren Willen und die Ich-Organisation wirken. Da es sich meist um Produkte für Kinder handelt, die zudem auch noch sehr gesüßt sind, kann man hier nur abraten.

Petra Kühne

* Aus: Ernährungsrundbrief Nr. 108, Weihnachten 1998
** Außer Kontrolle – angereicherte Lebensmittel. „Test", Hrsg. Stiftung Warentest 2/98, S. 77-80

Medikamentenrückstände in Seen und Flüssen

(Kurzbericht einer alarmierenden Nachricht aus der Basler Zeitung vom 23. Oktober 1998)

Von Menschen und Tieren eingenommene Arzneimittel werden oft in chemisch unveränderter Form wieder ausgeschieden. Studien haben gezeigt, daß zum Teil 50 bis 90 Prozent eines eingenommenen Medikamentes den menschlichen Organismus wieder verlassen und ins Abwasser gelangen. Die Kläranlagen nutzen hier oft nichts, viele der Arzneien passieren die verschiedenen Reinigungsstufen ungehindert.

„Wissenschaftler haben in den letzten Jahren einen regelrechten Medikamenten-Coctail im gereinigten Abwasser und in Fließgewässern gefunden: von Antibiotika, Antiepileptika, Amalgamrückständen und Lipidsenkern über Hormone aus der Antibabypille bis hin zu Rheumamitteln ist so ziemlich alles vertreten, was die westeuropäische Bevölkerung an Pillen und Tabletten schluckt."

So wurde im Oberrhein bei Mainz bis zu 300 ng/l des Rheumamittels Diclofenac gefunden. Auch im Trinkwasser wurden schon Spuren von Arzneimitteln gefunden, so daß befürchtet wird, daß die chronische Belastung des Trinkwassers mit Pharmaka langfristig zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit führen kann.

Es ist bewiesen, daß die Arzneimittel nicht aus der Industrie, sondern via Kläranlage aus dem häuslichen Schmutzwasser in die Oberflächengewässer gelangen. Das hat bis jetzt niemand in Betracht gezogen.

Ein besonderes Problem bereitet hier die Antibaby-Pille. Sie steht im Verdacht, mitschuldig daran zu sein, daß männliche Fische in Gewässern in der Nähe von Kläranlagen verweiblichen und Proteine bilden, die unter Einfluß von Östrogenen bei Weibchen gebildet werden.

Es ist bekannt, daß beim Mann in den Industrieländern die Zahl der Spermien fortlaufend sinkt und Hodenkrebs zunimmt. Forscher befürchten, daß auch hier hormonwirksame Stoffe verantwortlich sind. „*Hormone im Wasser* ist ein Schwerpunktthema der kommenden Jahre. Wir wollen wissen, wie groß der Anteil der Antibaby-Pille ist und wie stark ihr Einfluß ist ... und wie sie auf Fische und Menschen wirkt." Das in der Pille vorhandene künstlich hergestellte weibliche Hormon Östradiol wirkt sehr viel stärker als sein natürliches Vorbild, und der Körper scheidet die Hälfte des eingenommenen Östradiols unverändert wieder aus. „Niemand kann heute sagen, welche Auswirkungen Arzneimittel in Gewässern auf Ökosysteme, auf Tiere und den Menschen haben."

Claudia McKeen

Neue Weiterbildung angelaufen

Erster „Unterrichtsreferendar" im Schlössli Ins

Das neue Weiterbildungsangebot „Unterrichtsreferendariat" der Schul- und Heimgemeinschaft „Schlössli Ins" für Lehrerinnen und Lehrer ist angelaufen. Erstmals hospitiert in diesem Schuljahr ein Absolvent der Freien Hochschule für anthroposophische Pädagogik Mannheim in Ins. Während des einjährigen Praktikums besucht er den Unterricht verschiedener Klassen der an der Rudolf Steiner-Pädagogik orientierten Heimschule im Berner Seeland. Begleitet von den jeweiligen Klassenlehrerinnen unterrichtet er auch selbst, übernimmt er Epochen des Hauptunterrichtes sowie Fachunterrichtsstunden, auch im künstlerisch-handwerklichen Bereich.
Das „Unterrichtsreferendariat" war für junge Lehrerinnen nach der Ausbildung oder WiedereinsteigerInnen geschaffen worden, die eine vielfältige, praktische Einführung in die Rudolf Steiner-Pädagogik anstreben. Pro Schuljahr können bis zu zwei Referendare aufgenommen werden, die für ihre Tätigkeit eine geringe Aufwandsentschädigung erhalten. Voraussetzung ist eine abgeschlossene LehrerInnen-Ausbildung für Regel- oder Rudolf Steiner-Schulen. Kontakt: Jörg Undeutsch, Schlössli, CH-3232 Ins, Telefon +32-313 42 92.

Hinweis auf die Schulärztearbeit in Hamburg

Seit zwei Jahren gibt es einen Schulärztekreis im Hamburger Raum. Wir sind zehn Kollegen, die sich drei- bis viermal im Jahr treffen, um gemeinsam an schulärztlichen Fragen zu arbeiten und sich gegenseitig zu unterstützen.
Als Textarbeit haben wir uns die „Meditativ erarbeitete Menschenkunde" vorgenommen.
Außerdem versuchten wir, uns unter anderem den kindlichen Entwicklungsstörungen über das Kennenlernen der persistierenden kindlichen Reflexe und ihre Bedeutung zu nähern. Dafür haben wir uns fachkundige Therapeuten eingeladen.
– Dazu gibt es immer aktuelle regionale Themen, die bearbeitet werden müssen, zum Beispiel die Vorverlegung des Einschulungsalters mit ihrer weitreichenden Problematik.
Schulärztliche Kollegen aus der Region, die an einer Mitarbeit interessiert sind, können gerne dazukommen. *Gesine Udewald*

Schulärztetreffen

Am 6./7. Februar 1999
in der Kinderambulanz des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke

Liebe Freunde,
alle Schulärzte und am Schulärztlichen Interessierte möchte ich zu unserem nächsten Treffen nach Herdecke herzlich einladen! Wir werden uns vormittags mit dem Heileurythmiekurs, 3. Vortrag, gesprächsweise und praktisch bewegend beschäftigen. Samstag nachmittag stehen die Zahnfehlstellungen im Mittelpunkt; Herr Wolanski, Zahnarzt in Dortmund, wird über die Bionatorbehandlung berichten. Mit Frau Unterborn schauen wir uns Heileurythmieübungen zu den Zahnfehlstellungen an. Und im Gespräch kann noch die Myofunktionelle Behandlung hinzugenommen werden. Samstag abend dient einem allgemeinen Gespräch zu aktuellen schulärztlichen Themen. Bitte bringen Sie eigene Beiträge, Beobachtungen und Fragen mit.

Zeitplan:

Samstag, 6. Februar 1999

9:30	Gesprächsarbeit am Heileurythmiekurs, 3. Vortrag
11:00	Pause
11:30	Praktische Heileurythmie mit Karin Unterborn im Gelben Saal
12:30	Mittagessen (im Krankenhaus oder privat) und Pause
15:00	Anton Wolanski: Zahnfehlstellungen und die Bionatorbehandlung mit Aussprache
16:30	Pause
17:00	Praktische Heileurythmie im Hinblick auf Zahnfehlstellungen im Gelben Saal mit Aussprache
18:30	Abendessen, gemeinsam in der Kinderambulanz
19:30	Gespräch zu aktuellen schulärztlichen Fragen

Sonntag, 7. Februar 1999

9:00	Praktische Heileurythmie im Gelben Saal
10:00	Fortsetzung der Gesprächsarbeit am Heileurythmiekurs
11:00	Pause
11:30	Abschlußgespräch mit Rück- und Vorblick
12:30	Ende des Treffens - Möglichkeit zum Mittagessen im Speisesaal

Anmeldungen an Frau Magdalene Szangolies, Kinderambulanz, Gemeinschaftskrankenhaus, Beckweg 4, 58313 Herdecke, Fax 02330-623557.
Geben Sie auch an, ob Sie Samstag mittag oder abend oder Sonntag mittag am gemeinsamen Essen teilnehmen wollen und ob Sie Vegetarier sind. – Und bitte die Eurythmieschuhe nicht vergessen!

Mit herzlichen Grüßen

Für die Vorbereitenden *Peter Fischer-Wasels*

Einladung zum Baden-Württembergischen Regionaltreffen „Therapie an der Waldorfschule"

am 3. März 1999 in der Freien Waldorfschule Stuttgart am Kräherwald.
Im Anschluß an die Arbeit über „Das groß- und kleinköpfige Kind" bei unserem letzten Treffen in Mannheim beschäftigen wir uns jetzt mit dem „Irdischen und kosmischen Kind" als zweites der Konstitutionstypen.
Als Arbeitsgrundlage empfehlen wir zur Vorbereitung:

Das Schulkind, hrsg. von M. Glöckler,
Kapitel: „Konstitutionsfragen im Kindesalter"
Verlag am Goetheanum, Reihe Persephone Band 2

Die Tagung beginnt am Mittwoch, 3.3.1999, 9.00 Uhr und endet um 12.30 Uhr. Ärzte und therapeutisch tätige Mitarbeiter in Schule und Kindergarten sind herzlich eingeladen. Anmeldungen bitte an die Freie Waldorfschule am Kräherwald: Tel.: 0711-257 33 25 oder Fax: 0711-257 33 12.

Elke Schaffrath (Schulärztin)

Terminänderung:

Die bereits für den 27.2.1999 vorangekündigte 16. Medizinisch-Pädagogische Konferenz in Herdecke muß aus organisatorischen Gründen leider auf einen Termin voraussichtlich Anfang Mai verschoben werden. Das Thema lautet „Kinder – Eltern – Lehrer. Gesprächsformen im Vergleich". Das genaue Programm wird an die Waldorfschulen in NRW versandt, in Heft 9 dieses Rundbriefes abgedruckt oder kann angefordert werden bei: Magdalene Szangolies, Kinderambulanz, Gemeinschaftskrankenhaus, Beckweg 4, 58313 Herdecke, Tel. 02330-623907, Fax: 02330- 623357.

Peter Fischer-Wasels

Schulärztetreffen

am 8./9. Mai 1999 in Stuttgart

Nach der sehr informativen und auch bedenklich stimmenden Beschäftigung mit der Kinäsiologie bei unserem letzten Treffen wollen wir diesmal weitere heute viel benutzte Therapieverfahren ansehen und in ihrer Wirksamkeit besser verstehen lernen und befragen. Es soll um Craniosacraltherapie und Ostheopathie gehen. Außerdem ist geplant, orthopädische Fragen in der Schularzt-Praxis zu bearbeiten und am Heileurythmiekurs weiterzuarbeiten und zu üben. Das genaue Programm wird im nächsten Heft der „Medizinisch-Pädagogischen Konferenz" erscheinen.

Claudia McKeen

Vorschau auf verschiedene Veranstaltungen:

„Das unruhige Kind". Hyperaktivitätssyndrom (ADS).
Kurs für Heileurythmisten und Schultherapeuten mit S. Junghans.
Ort: Waldorfschule Birseck b. Basel/Schweiz
am **20.3.1999 von 15.00 bis 18.00 Uhr**.

Arbeitskreis für Ärzte und Heileurythmisten am Engelberg:
17.3.1999, 28.4.1999, jeweils 18.15 Uhr. Gearbeitet wird zur Zeit am 8. Vortrag des Heileurythmiekurses. Kontakt-Telefonnummer: 0172-714 34 76.

Arbeitskreis für Ärzte und Heileurythmisten am Engelberg:
16. Juni 1999, 19.00 Uhr: „Die Rhythmen des Menschen".
Waldorfschule Engelberg, Tel. 0172-714 34 76.

Die Bedeutung der ersten drei Lebensjahre

Wie kann ich sie erkennen und diese Erkenntnis in die Praxis umsetzen?

Seit vielen Jahren werden auf der ganzen Welt Kinder unter drei Jahren in Gruppen betreut. Dies ist auch schon in anthroposophischen Einrichtungen weit verbreitet. Ein weiterer Teil der kleinen Kinder sind bei Tagesmüttern beziehungsweise auch bei ausgebildeten Erziehern in Mutter-Kind-Gruppen oder sogenannten Spielgruppen. Bei den zuletzt genannten Betreuungen werden meist auch die Mütter beraten. Oft wird als Anregung das Waldorfkindergartenkonzept, etwas vereinfacht natürlich, auch für die kleinsten Kinder angewendet. Dieses Konzept ist aber gedacht für Kinder über drei Jahre.
Müssen hier nicht grundsätzlich neue Ideen zur Betreuung dieser kleinen Kinder gefunden werden? Wie anders ist die Betreuung außerhalb der Familie? Welche besonderen Qualitäten hat sie in der heutigen Zeit? Kann man hier das Wissen aus den verschiedenen Fachgebieten nicht besser verknüpfen? Wie stark steht eigentlich eine pflegende Erziehung im Vordergrund? Ein erziehendes Pflegen? Welche Wege weist hierbei die Menschenkunde? Ergeben sich Anregungen als Grundlage für die Arbeit in den einzelnen Einrichtungen? Wie begleite ich jedes einzelne Kind auf seinem Entwicklungsweg?
Ein erster Schritt wäre sicher, erst einmal genügend Raum und vor allem Zeit zu schaffen. Dabei wären unter anderem folgende Entwicklungen und Prozesse unbedingt zu bedenken:

- Bewegungs- und Sinnesentwicklung zur Körperbeherrschung,
- gesunde Ernährung und Kleidung,
- Schlaf und Wachen in ausgewogenem Maß,
- Sprachentwicklung aus der Beweglichkeit fördern,
- Wesentliches erlebbar machen, keine Scheinwelt vorleben,

- Erziehung zur Liebefähigkeit und Sozialfähigkeit sowie
- Erziehung zu Selbständigkeit, Selbstwertgefühl und Selbstbewußtsein in gesundem Maße.

Anhand dieser Punkte ist deutlich, wie wichtig diese erste Zeit in der Biographie des Menschen ist. Immer wieder weist Rudolf Steiner in den verschiedensten Zusammenhängen auf diese Bedeutung hin. Wie sieht es aber in der Gegenwart in der Praxis aus? Es nimmt das Gefühl von Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit zu, und es kommt immer mehr zu Sprachverfall, Schlafstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Haltungsschäden, Konzentrationsschwäche, Hyperaktivität, Aggressivität, Drogen- und Suchtprobleme, um nur einige Punkte zu nennen.
Vielleicht ist es anmaßend, wenn ich behaupte, daß ein Teil dieser Unfähigkeiten und Störungen durch Defizite bei der Erziehung im weitesten Sinn bis zum dritten Lebensjahr hervorgerufen wird. Viele wissen das, und trotzdem bleibt die Frage bestehen: Wie setzen wir die vielen Anregungen, die wir durch Anthroposophie haben, in die Praxis um? Was unternehmen wir? Finden wir die Wurzel des Übels? Das heißt, wie sieht nun die Betreuung des Kleinstkindes konzeptionell aus? Wie kann ich sie ganz individuell gestalten? Diese Frage wird von so vielen Menschen in verschiedensten Arbeitsgebieten gestellt.
Die Internationale Arbeitsgruppe zur Kleinkindbetreuung in der Internationalen Vereinigung der Waldorfkindergärten möchte in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Sektion im Oktober 1999 zu einer Arbeitstagung einladen. Diese wird **vom 9. bis zum 13. Oktober in Dornach** sein. Alle, die unmittelbar mit dem Werden eines Kindes zu tun haben, sind herzlich eingeladen.
Die Tagung soll einen workshop-artigen Charakter haben, in dem es um Zusammentragen von Problemen und Phänomenen geht. Es sollen gemeinsam entwicklungsfördernde Möglichkeiten in Pädagogik und Medizin für die kleinen Kinder gefunden werden. Welche neuen Ergebnisse bringt zum Beispiel die medizinische Forschung? Welche Schlußfolgerungen ergeben sich für die Pädagogik?
Frau Dr. Glöckler wird bei der Tagung jeden Morgen medizinisch-menschenkundlich einen konzentrierten Kurs über einen Abschnitt der Entwicklungszeit des Kindes von der Konzeption bis zum dritten Lebensjahr geben. So werden wir einen Leitfaden haben, der uns durch die Arbeit führt.
In den folgenden Fachgruppen werden speziellere Themen bearbeitet. Felicitas Vogt sowie Dr. Callegaro haben neben anderen schon ihre Zusage geben können für die Leitung einer solchen Gruppe. Die Ergebnisse daraus werden dann ins Plenum gebracht. Vielleicht kann ein Anfang geschaffen werden für die Umsetzung des Wissens in die Praxis!
Alle Kinderärzte, Frauenärzte, Hebammen, Kinderschwestern, Erzieher, die in diesem Alter Kinder betreuen, Menschen, die sich um Frühförderung, Sprach-

förderung, Drogenprävention usw. bemühen, sind zur aktiven Mitarbeit aufgerufen.

Im Goethemärchen fragt der goldene König die Schlange: Wo kommst du her? – Aus den Klüften, versetzte die Schlange, in denen das Gold wohnt. – Was ist herrlicher als Gold? fragte der König. – Das Licht, antwortete die Schlange. – Was ist erquicklicher als Licht? fragte jener. – Das Gespräch, antwortete diese.

Es wäre zu wünschen, daß diese Gesprächstagung erquicklich wird. – Wenn es Sie interessiert, halten Sie sich diese Zeit schon jetzt frei. Fühlen Sie sich herzlich eingeladen! Für den Vorbereitungskreis der Tagung *Angelika Knabe*

Arbeitsgemeinschaft Anthroposophischer Zahnärzte Stuttgart

Jahresprogramm 1999

Samstag, 23. Januar 1999	Arbeitstreffen, Raphael-Haus, Heubergstr.15, 70188 Stuttgart „Heileurythmie und Zahnheilkunde"
Samstag, 06. Februar 1999	Arbeitstreffen, Freies **Therapeutikum Oldenburg** „Textstudium, Therapeutisches Kolloquium"
Samstag, 20. Februar 1999	Arbeitstreffen, Raphael-Haus, Heubergstr.15, 70188 Stuttgart „Heileurythmie und Zahnheilkunde"
Mittwoch, 03. März - Samstag, 06. März 1999	8. Arbeitstagung für Zahnärzte(innen) und Zahnmedizinstudenten(innen) mit der Medizinischen Sektion am Goetheanum in Dornach (Schweiz)
Samstag, 24. April 1999	Arbeitstreffen, Raphael-Haus, Heubergstr.15, 70188 Stuttgart „Heileurythmie und Zahnheilkunde"
Samstag, 29. Mai 1999	Arbeitstreffen, Raphael-Haus, Heubergstr.15, 70188 Stuttgart „Textstudium, Therapeutisches Kolloquium"
Samstag, 05. Juni 1999	Arbeitstreffen, Freies **Therapeutikum Oldenburg** „Textstudium, Therapeutisches Kolloquium"
Samstag, 26. Juni 1999	Arbeitstreffen, Raphael-Haus, Heubergstr.15, 70188 Stuttgart „Textstudium, Therapeutisches Kolloquium"
Im Juli und August 1999	*Sommerpause, keine Veranstaltungen*
Freitag, 24. September - Sonntag, 26. September 1999	Michael-Tagung im Kloster Bernstein, 72172 Sulz-Bernstein bei Horb/Neckar
Samstag, 23. Oktober 1999	Arbeitstreffen, Raphael-Haus, Heubergstr.15, 70188 Stuttgart „Textstudium, Therapeutisches Kolloquium"
Samstag, 20. November 1999	Arbeitstreffen, Raphael-Haus, Heubergstr.15, 70188 Stuttgart „Textstudium, Therapeutisches Kolloquium"
Samstag, 11. Dezember 1999	Arbeitstreffen, Raphael-Haus, Heubergstr.15, 70188 Stuttgart „Textstudium, Therapeutisches Kolloquium"

Auskunft und Programme für diese Zusammenkünfte. Verbindungsadresse: Dr. Hans-Michael Striebel, Klosterstraße 10, 74523 Schwäbisch Hall, Tel.: 0791-6311 – Fax: 0791-6640

Wir bieten Ihnen mehr:

Naturheilverfahren

Naturheilverfahren

Die Innungskrankenkasse Hamburg beteiligt sich an den Kosten für folgende Naturheilverfahren:

- **Anthroposophische Medizin**
- **Homöopathie**
- **Neuraltherapie**
- **Akupunktur**

Weitere Informationen erhalten Sie bundesweit unter der **gebührenfreien** Rufnummer

0130 / 86 09 01

– und das 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche.

Die IKK Hamburg:
Offen für alle – bundesweit.

IKK
HAMBURG
Kieler Straße 464-470
22525 Hamburg
Tel.: 040/54 00 3-0

Setzen Sie auf

die Natur.

Und die Securvita BKK.

Aktuelle Meinungsumfragen belegen deutlich: Immer mehr Menschen setzen heute auf die Wirkung alternativer Therapien, Arznei- und Heilmittel. Und sie wünschen sich, daß ihre Krankenkasse Kosten hierfür übernimmt. Die SECURVITA BKK ist eine gesetzliche Krankenkasse, die genau das tut. Sie erstattet Kosten für seriöse alternative Heilmethoden. Und sie bietet alle vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Leistungen, z.B: Kuren, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld, kieferorthopädische und Zahnbehandlung, Krankenhausbehandlung und vieles mehr. Dabei ist unser Beitragssatz ausgesprochen günstig. Er liegt derzeit bei nur 12,1 %. Gerne senden wir Ihnen Infos zur SECURVITA BKK, Große Elbstr. 39, 22767 Hamburg, Fax 040 - 38 60 25 - 90.

Oder lernen Sie uns persönlich kennen beim nächsten **SECURVITA BKK - Forum am 23. März 1999 in Stuttgart**, Treffpunkt Rotebühlplatz.

Gebührenfreies Infotelefon:
0 800 - 600 3000

Natürliche Heilmittel
Kuren
Heil- und Hilfsmittel
Krankengeld
kieferorthopädische u. Zahnbehandlung,
Krankenhausbehandlung
Anthroposophische Medizin
Akupunktur
Symbioselenkung
Homöopathie
Phythotherapie
Klassische Naturheilverfahren
Neuraltherapie
und vieles mehr...!

BKK

securvita
IHRE KASSE FÜR GANZHEITLICHKEIT

SAUPE

Ja, ich möchte die Chancen alternativer Therapien nutzen –
senden Sie mir Ihren Prospekt!

Sie faxen, wir antworten!
Fax-Nr: 040-38 60 25-90

Name: .....
Firma: .....
Straße: .....
PLZ/Ort: .....

MED PAD KONZEPTE

Heidehof-Buchhandlung W. Militz & Co. 70188 Stuttgart, Gerokstr.10
Ruf 0711 - 246401 Fax 0711 - 235314

Sehr verehrte liebe Kunden !

In unserem Sortiment in der Heidehof-Buchhandlung haben wir für Sie stetig neue Titel und Geschenkartikel vorrätig. Am besten Sie schauen bei uns vorbei.

Wir senden Ihnen auch gerne das Gewünschte aus unserem Sortiment zu.

Ein besonderes Angebot von der Heidehof-Buchhandlung sind unsere Kupfersachen Eurythmie- Stäbe, gehämmert oder glatt in verschiedenen Längen. Eurythmie-Kugeln auch gehämmert in verschiedenen Größen.

besonders preisgünstig
***Eurythmie- Kugeln* glatt !**

Unsere Öffnungszeiten sind täglich
von 8.00Uhr bis 18.30Uhr
Samstags von 8.00Uhr bis 13.00Uhr.

ÄLMA
Torvtextil
Schweden

Naturtextilien mit Torffasern

schützend - wärmend - belebend

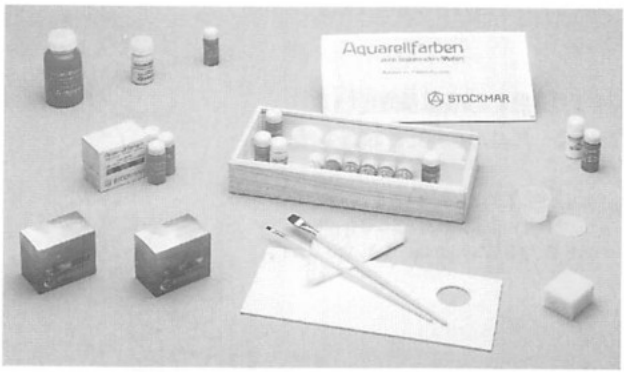
- Strickgarne
- Webgarne
- Steppdecken
- Plaids, Stoffe und Pullover aus Torffasern mit Wolle
- Underbetten mit Torffaser-Wolle Füllung

Neu: E-Protect Weste zur Minderung der Strahlenbelastung bei Bildschirmarbeit.

ÄLMA Torvtextil
S-314 42 Rydöbruk - Schweden
Tel/Fax. 0046-34521029, 21222

Aquarellfarben
zum lasierenden Malen

Ständige Rohstoffkontrolle



Stockmar Aquarellfarben sind gut lasierend und werden aus Gummi-arabicum und besten, lichtbeständigen Farb-Pigmenten hergestellt. Sie sind sehr ausgiebig im Gebrauch und bleiben getrocknet noch vollständig wasserlöslich. Die Farbtöne sind so gewählt, daß sie sich zu allen Zwischentönen mischen lassen, ohne die Leuchtkraft zu verlieren. Mit Weiß gemischt lassen sich die Aquarellfarben auch deckend vermalen.

STOCKMAR
Hans Stockmar GmbH & Co KG · Postfach 1451 · 24562 Kaltenkirchen
Lieferung durch den Fachhandel

Heft 1
Januar/Februar 1999

DER MERKURSTAB

Beiträge zu einer Erweiterung der Heilkunst

Jean-Paul Gelin	Pulsatilla vulgaris und Pulsatilla pratensis Eine vergleichende Studie zwischen der Wildpflanze und der Zuchtpflanze
Markus Sommer	Zink – Versuch einer Annäherung an ein geheimnisvolles Metall
Bertram von Zahern	Ansätze zu einer organischen Physik – aus ärztlicher Sicht
Manfred Weckenmann	Die Stimulation reaktiver Periodik als Methode zur Auslösung von Temperaturreaktionen durch Viscum-album-Injektionen bei Malignom-PatientInnen
Peter Andreas Böhringer, Gerhard Roeber, Bettina Hintze, Molly McMullen-Laird, Hagen von Winterfeld	Misteltherapie bei Myelodysplastischen Syndromen (MDS) und sekundären Akuten Myeloischen Leukämien (sAML)

Aus der Praxis der Anthroposophischen Medizin

Christian Gärtner	Therapie der Arthrosen großer Gelenke – Erfahrungsbericht aus rheumatologischer Krankenhausambulanz und Fachpraxis

Aus dem Werk von Rudolf Steiner

Rudolf Steiner	Wirksamkeit des Geistigen im Heilmittel Aus einem Vortrag vom 28. August 1924

Außerdem in jedem Heft: Mitteilungen, Berichte, Buchbesprechungen.

Verlag: Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland, Stuttgart
Sekretariat: DER MERKURSTAB, c/o Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Kladower Damm 221, 14089 Berlin
Jahresabonnement: 135.– DM (sFr. 120.–; EURO 70.–); Einzelheft 23.– DM (sFr. 20.–; EURO 12.–);
Studententarif: Jahresabonnement 50.– DM (sFr. 50.–; EURO 25.–); Einzelheft 10.– DM (sFr. 10.–; EURO 5.–).

Auf der Suche nach einer Veranstaltung oder einem Kurs ?

Die nächste anthroposophisch orientierte Einrichtung in Ihrer Nähe ?

Einen kompetenten Partner für Ihre Anzeigen?

Trigonal

Zwischen Hannover und Basel in fast allen Einrichtungen vertreten. Jeden Monat neu mit nahezu 3000 Kursen, Veranstaltungshinweisen und Adressen.

Info: 06142-13200

HandWerk aus unseren Werkstätten:

Der pfiffige **Schulranzen,** der alles mitmacht: pflanzl. gegerbtes Rindleder, optimaler Sitz durch stufenlos verstellbare Träger, viele Farbkombinationen, Namens- oder Initialienprägung auf Wunsch. **5 Jahre Garantie!**

Aktuellen Infoprospekt anfordern:

Troxler-Haus
Sozialtherapeutische Werkstätten gGmbH
Zum Alten Zollhaus 2
42281 Wuppertal
Fon: 02 02 / 27 05 30
Fax: 02 02 / 70 37 28

voelkel
demeter

...wertvolle NATURKOSTSÄFTE für besonderen Genuß und ein neues Gesundheitsbewußtsein

Tradition und Innovation seit 1936

Voelkel KG
Pevestorf 23 • D-29478 Höhbeck
Info unter Tel.: 0 58 46 / 95 00

SCHLÖSSLI INS

SCHUL- UND HEIMGEMEINSCHAFT
AUF GRUNDLAGE DER RUDOLF STEINER-PÄDAGOGIK

- Kleine Klassen und Wohngruppen
- Kindergarten bis neunte Klasse
- zehntes Schuljahr
- familiäre Atmosphäre
- feste Bezugspersonen in Schule und Heim
- Sinnesschulung, Handwerk, Kunst und soziales Üben
- Ateliers und Werkstätten
- ländliche Umgebung
- biologisch-dynamische Landwirtschaft
- Heileurythmie, Logopädie, Chirophonetik und Reittherapie
- ErzieherInnen-Seminar

Kinder und Jugendliche können bei uns zu jeder Zeit aufgenommen werden. Verlangen Sie unsere Unterlagen oder vereinbaren Sie ein Gespräch:

Name: Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Einsenden an: Schlössli Ins, CH-3232 Ins BE,
Tel. 032 313 10 50 / 313 40 75 Fax 032 313 40 25

Ferienwohnungen im Therapeutikum – auch Dauerwohnrechte günstig zu erwerben:
C. Salinas 12 · E-35510 Puerto del Carmen
Tel. 00 34. 928. 51 28 42 · Fax 51 28 44

Ganzheitliche Medizin mit den Naturheilkräften der Insel ...

- Vulkansandbäder
- Vulkanerdepackungen

CENTRO DE TERAPIA ANTROPOSÓFICA

LANZAROTE

Verein für Anthroposophisches Heilwesen

»Da können sie nicht durch äußere Vorschriften wirken, da können sie nur wirken, wenn sie in die menschliche Sozietät hineinbringen ein Laienpublikum, das mit Menschenverständnis dem aufklärend für Prophylaxe wirkenden Arzte gegenübersteht, wo immer ein lebendiges Zusammenwirken zur Erhaltung der Gesundheit zwischen dem Sachverständigen und dem menschenverständigen Laien eintreten kann.« (R. Steiner, 7. April 1920)

Um dieser zeitnotwendigen Aufgabe gerecht zu werden, ist von Ärzten und Laien 1952 der Verein für ein erweitertes Heilwesen / heute: Verein für Anthroposophisches Heilwesen mit Sitz in Bad Liebenzell-Unterlengenhardt gegründet worden.

Vordringliches Vereinsziel ist die Bekanntmachung und Förderung einer Medizin und ihrer Menschenkunde, die den Menschen als eine Einheit von Körper, Seele und Geist versteht und sich diesen gleichermaßen zuwendet. Dieser geisteswissenschaftlich orientierten Medizin geht es nicht nur darum, die Kranken zu heilen, sondern vor allem auch darum, die Menschen gesund zu erhalten. Mit einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit versucht der Verein, das Wissen dieser Richtung sowie ein ganzheitliches, spirituelles Verständnis des Menschen zu vermitteln.

So veranstalten wir Vorträge und Seminare zu den verschiedenen Lebensbereichen, um eine vorbeugende Gesundheitspflege zu fördern. Wir geben Orientierungsschriften heraus in der Reihe »Beiträge für eine bewußte Lebensführung in Gesundheit und Krankheit«, die Lebensfragen von der Kindheit bis zum Alter für jedermann verständlich beantworten und praktische alltägliche Lebenshilfe bieten.

Unser Anliegen ist es, initiativfreudige Mitglieder darin zu unterstützen, sich zu einer örtlichen Arbeitsgruppe zusammenzuschließen, die den jeweiligen Gegebenheiten ihres Ortes entsprechend Öffentlichkeitsarbeit leisten kann. Dem Verein sind inzwischen über 80 Arbeitsgruppen und Therapeutika angeschlossen sowie mehrere Schwestervereine im Ausland. Die Unterstützung und Betreuung dieser Einrichtungen ist eine seiner wesentlichen Aufgaben.

Ein weiteres Ziel besteht darin, im gesundheitspolitischen Bereich den notwendigen Freiraum für ein allgemeines freiheitliches Gesundheitswesen zu erhalten und zu vergrößern. Die in den 70er Jahren gesetzlich (SGB V) verankerten Rechte auf Selbstbestimmung des Patienten, Therapiefreiheit des Arztes, Vielfalt der Therapierichtungen gilt es heute, gegen vielfache Angriffe von Seiten der rein naturwissenschaftlich orientierten Medizin zu verteidigen.

Der Verein hat sich mit den Berufsverbänden für Heileurythmie, anthroposophische Kunsttherapie, rhythmische Massage nach Dr. Wegman und der »Gesellschaft für Anthroposophische Ärzte in Deutschland« verbunden, um mit der »Aktion 98: Gesundheit! Ich wähle selbst.« die Öffentlichkeit auf die zunehmenden Beschränkungen für die »Besonderen Therapierichtungen« aufmerksam zu machen, im politischen Bereich für den Erhalt der freiheitlichen Rechte zu kämpfen und an die Mithilfe des mündigen Bürgers zu appellieren.

Ein drittes Ziel für das Heilwesen umfaßt die Förderung und Unterstützung von anthroposophisch orientierten Initiativen im Gesundheitswesen wie Aus- und Fortbildung, Forschungs- und Ausbildungsstätten, Arbeitsgruppen, Therapeutika und Arztpraxen. Die Verwirklichung wird ermöglicht durch die finanzielle Mithilfe und Spendenfreudigkeit aller Mitglieder und Interessenten, die damit den Umfang der verschiedenen Fonds bestimmen. Rundbriefe, Mitgliederversammlungen und regelmäßige Aussendungen mit den neuesten Schriften halten Kontakt und Impulsierung zwischen den Mitgliedern und dem Verein lebendig.

Die Kraft des Vereins, sich für die Verwirklichung dieser Ziele einzusetzen, hängt von seiner Mitgliederzahl ab.

Alle diejenigen, die in einem freiheitlichen Gesundheitswesen und in der Unterstützung und Verbreitung der anthroposophischen Medizin ein wichtiges Anliegen sehen, möchten wir daher dazu aufrufen, dem Verein für Anthroposophisches Heilwesen beizutreten und damit seine Wirkensmöglichkeit zu verstärken!

Kontakt: Verein für Anthroposophisches Heilwesen. Johannes-Kepler-Str. 56, 75378 Bad Liebenzell, Tel. 07052-2034, 2035, Fax: 07052-4107, E-Mail: verein@heilwesen.de, Internet: http://www.heilwesen.de

Felicitas Vogt

MICHAELA GLÖCKLER

Gesundheit und Schule

Schulärztliche Tätigkeit an Waldorf- und Rudolf Steiner Schulen

Berufsbild – Perspektiven – praktische Erfahrungen
Erziehung als präventiv-medizinische Aufgabenstellung

Reihe Persephone, Bd. 11
(Arbeitsberichte der Medizinischen Sektion am Goetheanum)
440 S., Kt · Fr. 33.–/DM 36.–/ÖS 304.– · ISBN 3-7235-1007-8

Aus dem Inhalt:

- Der Schularzt als Facharzt für Präventivmedizin
- Metamorphose der Wachstumskräfte in Gedankentätigkeit
- Die Aufgaben des Schularztes in der Darstellung Rudolf Steiners
- Ansätze einer Physiologie der Erziehung
- Aus den Darstellungen Rudolf Steiners zu einzelnen Fachgebieten
- Schulärzte berichten aus der Praxis
- Beispiele für die Realisierung des Berufsbildes
- Beispiele für Schwerpunktthemen schulärztlicher Arbeit
- Kunstunterricht und künstlerische Therapie

Mit Beiträgen von:

M. Altmaier, J. Bockemhül, E. Bücher, Ch. Buschmann, W. Goebel, D. Greif, H. Güttinger, E. Heim-Will, A. Husemann, G. Husemann, M. Kayser-Springorum, W. Kersten, M. Kiene, M. Knoch, H. v. Kügelgen, K.-R. Kummer, H. K. Mittelstrass, Uwe Momsen, H. Müller-Wiedemann, M. Th. Pehm, I. Rolofs, M. Schaubroeck, N. Schweig, M. Weiler, R. Wispler.

Verlag am Goetheanum

die Drei

Die anthroposophische Kulturzeitschrift

DAS THEMA IM FEBRUAR:

Computer und Seelenentwicklung

Mit Beiträgen von:

HEINZ BUDDEMEIER:
Kind und Computer

MICHAEL EGGERT:
Leben in den Netzen

BIJAN KAFI:
König Ich – Charakterzüge virtueller Begegnungen

ERNST SCHUBERT:
Waldorfschule und Computer

INGEBORG WOITSCH:
Eine Begegnung mit dem Chaos-Computer-Club

■ **Interessiert?**
Dann bestellen Sie „die Drei" zum Vorzugspreis von DM 78,– (Studenten DM 58,50) zzgl. Versand.
▲ **Bestellung an:**
Verlag Freies Geistesleben und Urachhaus GmbH
Postfach 13 11 22
D-70069 Stuttgart
Tel. 0711/28532-00
Fax 0711/28532-10
e-mail:
info@geistesleben.com

Leseprobe: 3 Hefte zum Sonderpreis. Nur DM 25,– inkl. Versand. Rufen Sie an!

Erziehungskunst
Monatsschrift zur Pädagogik Rudolf Steiners
2
Februar 1999

Themen der nächsten Hefte:

- Kleinstkindpädagogik als Zeitaufgabe
- Das Drogenproblem an Waldorfschulen
- Diagnose: Überbehütung - Elternehrgeiz
- Umgang mit Problemen im Elternhaus
- Hilfen für den bedrängten Klassenlehrer
- Sprache und Rhythmus
- Grundtypen der Pädagogik im Vergleich
- Waldorfpädagogik: ihre Anthropologie
- Schülermitwirkung an der Waldorfschule
- Blick über den Zaun: Laborschule Bielefeld

Fordern Sie ein Probeabo (3 Hefte) zum Preis von DM 25,– an oder abonnieren Sie direkt (Jahresabo DM 72,– + Porto)
Verlag Freies Geistesleben,
Postfach 13 11 22, D-70069 Stuttgart,
Tel. D-711-2853200, Fax: D-711-2853210

Medizinisch-Pädagogische Konferenz

Rundbrief für Ärzte, Erzieher, Lehrer und Therapeuten

Bestellschein

bitte senden an Frau Eveline Staub Hug, Ehrenhalde 1, 70192 Stuttgart

Ich/Wir bestelle(n) die Medizinisch-Pädagogische Konferenz zu DM 6,– pro Heft zzgl. Porto

ab Heft Nr.....

Bitte liefern Sie.....Exemplar(e) an nachfolgende Adresse:

Vorname .....

Name .....

Straße, Hausnummer.....

Postleitzahl/Ort.....

Datum.....Unterschrift.....

Einzugsermächtigung

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir*) Sie widerruflich, die von mir/uns*) zu entrichtenden Zahlungen für die

„Medizinisch-Pädagogische Konferenz"
4 Hefte pro Jahr je DM 6,–, zzgl. Porto

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres*) Girokontos Nr.....

bei der .....BLZ.....
durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser*) Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

....., den ....
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

.....
(genaue Anschrift)

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Anschriften der Verfasser

Beate Haupt	St. Georg Straße 8, 85368 Moosburg /a.d.Isar Schulärztin in München-Gröbenzell
Dr. Friedwart Husemann	Maria-Eich-Straße 57 A, 82166 Gräfelfing Internist
Sigrid Jaa	Glindholzstraße 186, 47800 Krefeld Diplompsychologin
Angelika Knabe	Richard-Strauß-Straße 3, 99423 Weimar Kindergärtnerin
Petra Kühne	Am Auweg 53, 60437 Frankfurt (Harheim) Arbeitskreis für Ernährungsforschung e.V.
Heide Mende-Kurz	Dreizlerstr. 26, 70619 Stuttgart Logopädin
Dr. Kai Meyer-Hamme	Aalener Straße 11, 71640 Ludwigsburg Augenarzt
Dr. Gabriele Meyer-Hamme	Aalener Straße 11, 71640 Ludwigsburg Schulärztin FWS Ludwigsburg
Dr. Rudolf Nast	Lindpaintnerstr. 84, 70195 Stuttgart ehemaliger Schularzt an der Michael-Bauer-Schule Stuttgart
Dr. Gesine Udewald	Scheffelstraße 18, 22301 Hamburg praktische Ärztin und Schulärztin in Hamburg
Jörg Undeutsch	Schlössli Ins, CH-3232 Ins BE
Dr. Uwe Wulff	Imbuschweg 40, 12353 Berlin Augenarzt

Termine

6.-7.2.1999	Herdecke	Schulärztetreffen*
20.2.1999	Stuttgart	Arbeitstreffen der Zahnärzte*
26.2.-28.2.1999	Hannover Maschsee	Fortbildung Mathematik Unterstufe (2)**
3.3.1999	Stuttgart	Baden-Württembergisches Regionaltreffen „Therapie an der Waldorfschule"*
3.-6.3.1999	Dornach	8. Arbeitstagung für Zahnärzte mit der Medizinischen Sektion am Goetheanum*
17.3.1999	Engelberg	Arbeitskreis für Ärzte und Heileurythmisten*
20.3.1999	Birseck / Schweiz	Kurs für Heileurythmisten und Schultherapeuten*
24. April 1999	München-Gröbenzell	7. Bayerische Regionalkonferenz „Therapie an der Waldorfschule"*
24.4.1999	Stuttgart	Arbeitstreffen der Zahnärzte*
28.4.1999	Engelberg	Arbeitskreis für Ärzte und Heileurythmisten am Engelberg*
8.-9.5.1999	Stuttgart	Schulärztetreffen*
29.5.1999	Stuttgart	Arbeitstreffen der Zahnärzte Therapeutisches Kolloquium*
3.6.-6.6.1999	Wuppertal	Fortbildung Mathematik Unterstufe (3)**
5.6.1999	Oldenburg	Arbeitstreffen der Zahnärzte Therapeutisches Kolloquium*
16.6.1999	Engelberg	Arbeitskreis für Ärzte und Heileurythmisten am Engelberg*
26.6.1999	Stuttgart	Arbeitstreffen der Zahnärzte Therapeutisches Kolloquium*
24.9.-27.9.1999	Hannover-Maschsee	Fortbildung Mathematik Unterstufe (4)**
9.-12.10.1999	Dornach	Tagung der Internationalen Arbeitsgruppe zur Kleinkindbetreuung*
5.11.-7.11.1999	Wuppertal	Fortbildung Mathematik Unterstufe (5)**
7.1.-9.1.2000	Hannover-Maschsee	Fortbildung Mathematik Unterstufe (6)**

* Programm siehe im Innenteil „Tagungsankündigungen"

** Programmankündigung siehe Heft 6