

# Ambulante Kinderchirurgie

**Morgens operiert –  
abends wieder zu Hause**



Schwerpunktthema  
**Verletzungen  
bei Kindern**



Eine Information des Berufsverbandes  
der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands e.V.

## **Impressum**

Herausgegeben vom  
Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen  
Deutschlands e.V. – BNKD  
Grazer Damm 113-119  
12157 BERLIN  
info@kinderchirurgie.com  
www.kinderchirurgie.com

Verantwortlich  
Dr. Karl Becker  
Prinz-Albert-Straße 26  
53113 Bonn

Redaktion  
Klaus Manz, retailcommunication  
k.manz@t-online.de

Konzeption, Gestaltung & Herstellung  
kipconcept.de, Bonn

Fotos  
Veer (Titel, S. 10); Fotolia.com (S. 1, 4, 8, 12);  
iStockPhoto.com (S. 3,6, 7); Johannes Kunert (S. 16)

Druck  
Medienhaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

6/2013

# Ambulant operieren: In der Praxis

## oder im Krankenhaus?

25 Jahre nach den erfolgreichen Anfängen hat sich die ambulante Kinderchirurgie in Deutschland fest etabliert. Inzwischen wird auch in Krankenhäusern eine Vielzahl von Eingriffen ambulant angeboten. Damit stellt sich für Eltern heute weniger die Frage, ob sie ihr Kind ambulant oder stationär, also mit einer oder mehreren Übernachtungen im Krankenhaus, behandeln lassen möchten, sondern die Frage, ob sie ihr Kind lieber ambulant in einer Praxis oder ambulant in einem Krankenhaus operieren lassen sollten.

Was also ist sicherer, was ist besser für mein Kind? Ist es beruhigend, die Intensivstation in unmittelbarer Nähe zu wissen? Wie häufig sind Komplikationen? Möchte ich, vom Erstgespräch bis zur postoperativen Betreuung, einen festen Ansprechpartner haben, dem ich vertrauen kann? Bevorzuge ich für mein Kind und für mich die persönliche Atmosphäre einer Praxis?

Eines ist klar: Die Kinderchirurgen vom BNKD nehmen sich Zeit. So viel Zeit, um mit Ihnen und Ihrem Kind diese und andere Fragen ausführlich zu besprechen. Um Ihnen damit die Entscheidung zu erleichtern.

Die im BNKD, dem Berufsverband niedergelassener Kinderchirurgen Deutschlands zusammengeschlossenen Spezialisten beschäftigen sich seit seiner Gründung im Jahr 2000 damit, wie kindgerechte Chirurgie sicher und professionell durchgeführt wird. Sie operieren nicht nur Leistenbruch und Hodenhochstand, Nabelbruch und Vorhautverengung, Fisteln und Zysten. Sondern sie versorgen auch die vielen kleinen Unfälle im Kindesalter. Im Kindergarten, in der Schule oder beim Sport gestürzt, den Finger geklemmt, den Kopf gestoßen: In den meisten Fällen muss das Kind deswegen nicht ins Krankenhaus.

Unsere vorliegende dritte Broschüre befasst sich daher mit Wunden, Kopfverletzungen und Knochenbrüchen. Was auch immer Ihr Kind hat und welche Sorgen damit verbunden sind: Mit Ihnen gemeinsam möchten wir, die niedergelassenen Kinderchirurgen, uns darum kümmern.



**„Die Kinderchirurgen vom BNKD nehmen sich die Zeit, um alle Fragen ausführlich zu besprechen und Ihnen damit die Entscheidung zu erleichtern.“**

Dr. Karl Becker

# ? | Computerspiel statt

# Knochenbruch

**Der Medienkonsum setzt heute schon bei Kleinkindern ein. Immerhin, mögen manche Eltern denken, ist das Spiel am Computer deutlich risikoärmer als das Toben auf dem Spielplatz. Ein Irrtum: „Verletzungen“ durch Bewegungsmangel können langfristig viel gravierender sein.**

Im vergangenen Winter suchte unser Sohn (14) verzweifelt nach Freunden, die ihn zum Rodeln begleiten sollten. Keiner wollte mitkommen, obwohl die Rodelstrecke um die Ecke liegt. Online-Verabredungen hatten Vorrang. Im Schnee toben war Kinderkram.

Um seine Enttäuschung abzumildern, zogen wir selbst mit unserem Sohn los – und tatsächlich: Außer wenigen Eltern mit Kindergartenkindern und einigen Grundschulern fand sich niemand auf der früher so beliebten Rodelbahn. Später erschienen interessanterweise einige Studenten, die mit großem Vergnügen die Piste herunterbretterten, unbelastet von pubertierenden Überlagerungen.

Aber natürlich mit dem Risiko, zu stürzen und sich Verletzungen einzufangen.

## **Sport statt Bildschirm**

Manche Eltern begrüßen es daher, wenn ihr Kind Rodelpiste oder Skate-Anlage, Kinderspiel- oder Fußballplatz meidet. „Wer vor dem Rechner hängt, kann sich zumindest nicht verletzen“, hoffen sie.

Dabei wird übersehen, dass der stark gestiegene Medienkonsum gerade für die Jungen ein ganz erhebliches Gesundheitsrisiko birgt. Denn Bewegungsarmut führt zu Fettleibigkeit – mit all ihren psychosozialen und gesundheitlichen Folgen (siehe Kasten). Der Neurowissenschaftler Manfred

Spitzer beschäftigt sich seit Jahren mit diesen Gefahren und befürchtet, dass Bewegungsmangel „bis zum Jahr 2020 jährlich zu etwa 40.000 zusätzlichen Todesfällen durch Herzinfarkt, Gehirnfarkt, Lungenkrebs und Diabetes-Spätfolgen“ allein in Deutschland führen wird. Spitzer geht sogar so weit zu vermuten, dass viele Morde, Vergewaltigungen und weitere schwere Straftaten auf das Konto des übertriebenen Medienkonsums gehen werden.

## **Die Kindheit geht verloren**

Glotze und Computer beeinträchtigen bei Kindern darüber hinaus die Entwicklung der Intelligenz, der Aufmerksamkeitsfähigkeit und damit der schulischen Leistungen. Und nicht nur das: Der amerikanische Medienwissenschaftler Neil Postman hat bereits in den 80er Jahren des letzten

## **Wichtige Tipps**

- ▶ Essen vor dem Bildschirm macht dick und sollte vermieden werden.
- ▶ Computer gehören nicht ins Kinderzimmer.
- ▶ Jugendlichen sollte ein Zeitkontingent eingerichtet werden (Passwort).
- ▶ Behalten Sie den Überblick über die Online-Aktivitäten Ihrer Kinder.
- ▶ Lesen bildet den Geist. Bewegung und Sport bilden den Körper. Zu viel Computer (spielen) schadet beidem.



Jahrhunderts gezeigt, dass die Medien den Charakter der Kindheit zerstören. „Elektronische Medien können keine Geheimnisse bewahren, aber ohne Geheimnisse kann es so etwas wie Kindheit nicht geben“, schreibt Postman. Im Gegenteil: Unsere Kinder werden über die Medien mit pornographischen und brutalen Inhalten der Erwachsenenwelt konfrontiert, die sie nicht einordnen und verarbeiten können.

Darüber hinaus befürchtet Postman negative Wirkungen auf die Ausbildung der kindlichen Urteilsfähigkeit. Tiefe, Nachdenklichkeit, Intensität und Sorgfalt kommen bei den modernen audiovisuellen Formaten nicht vor. Und tatsächlich stellen wir fest, dass die Lehrer in den Schulen zunehmend Mühe haben, unsere Kinder zu einer geduldrigen, konzentrierten und intensiven Auseinandersetzung mit einem Thema zu bewegen.

### **Echte Kommunikation statt virtuelle Welt**

Mens sana in corpore sano – nur in einem gesunden Körper lebt ein gesunder Geist: Das wussten schon die alten Römer. Wer sich nicht bewegt, wird nicht nur krank, sondern auch geistig träge. Also: Kinder müssen nach draußen, sie müssen rennen, springen, toben, klettern und – ja, sich dabei auch verletzen können. Sie müssen ihre körperlichen Grenzen kennenlernen. Nur wer auf Bäume klettert, lernt

Gleichgewicht, entwickelt ein Gefühl für die Dicke und Elastizität eines Astes – und noch viel mehr. Kinder, die nie auf Bäume klettern, stürzen bei anderer Gelegenheit, bei der es auf den Gleichgewichtssinn und auf die richtige Körperkontrolle ankommt.

Das bewegte Spielen und Toben im Freien ist somit eher Unfallverhütung als Unfallgefahr. Kinder lernen ihren Körper besser kennen. In Kommunikation mit den anderen erproben sie Fähigkeiten und lernen ihre Grenzen kennen. Dabei verständigen sie sich nicht nur über Sprache, sondern auch über Mimik, Gestik, Tonlagen, Körperhaltungen – Fähigkeiten, die sie weder beim Fernsehen noch am Computer erwerben können.

### **Verletzungen heilen, Krankheiten belasten**

Also: Kinder sollten keinen Bildschirm im Zimmer haben, über den sie weitgehend unkontrolliert verfügen können. Der Medienkonsum sollte strikt eingeschränkt werden. Kinder sollten, wo und wann immer es geht, zur Bewegung angeregt werden. Und wenn dabei ein Kratzer, ja sogar eine kleine Platzwunde oder ein Knochenbruch herauskommt: Das heilt.

Fettleibigen Kindern ohne Konzentrationsfähigkeit und ohne ausgeprägtes Körpergefühl drohen dagegen chronische Erkrankungen, die intensiv therapiert werden müssen. Wenn also solche Kinder „stürzen“, verletzen sie sich viel schwerer.

Dr. Karl Becker

## **Gute Gründe für mehr Bewegung**

- ▶ Mehr als 80 Prozent der deutschen Jugendlichen bewegen sich zu wenig. Vor allem zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr steigt der Anteil der Bewegungsmuffel drastisch, wie eine Studie der Universität Bielefeld zeigt.
- ▶ Bewegungsmangel und Übergewicht führen zu einer Verschiebung von akuten zu eher chronischen Erkrankungen und von körperlichen Beschwerden zu psychischen Störungen. Nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts wiesen 20 Prozent der untersuchten Kinder Verhaltensauffälligkeiten auf, zehn Prozent waren behandlungsbedürftig psychisch erkrankt.
- ▶ Bewegungsmangel und Übergewicht wirken sich negativ auf die Schulnoten aus – so das Ergebnis einer Studie des finnischen Forschungszentrums für Sport- und Gesundheitswissenschaften.

**Wunden:**

Kind



# gerecht versorgen

**Weinendes und blutendes Kind, hilflose bis panische Eltern – auch wenn die Versuchung groß ist, sofort in das nächste Krankenhaus zu fahren: Viele kindliche Verletzungen können gerade in einer spezialisierten Praxis fachgerecht versorgt werden.**

Das Besondere bei kindlichen Verletzungen ist weniger die Wunde. Sondern vielmehr der kleine Patient selbst. Er weint, er ist aufgeregt, er ist verängstigt, er möchte nicht kooperieren, er kann sich nicht artikulieren. Ein Kind, das Angst hat, lässt sich selten überreden.

Für den behandelnden Arzt gilt: Gar nicht erst versuchen. Wir sprechen beruhigend und erklärend mit den Eltern. Werden die Eltern ruhiger, beruhigt sich auch das Kind. In unserer kinderchirurgischen Praxis lassen wir die Kinder häufig mit einem Notverband in der Anmeldung spielen. Anfängliche Panik legt sich dann sehr schnell, zumal bei Wunden selten Zeitdruck herrscht. Die Schilderung des Unfallherganges erlaubt erste Rückschlüsse auf das wahrscheinliche Ausmaß der Verletzung. Die genaue Blickdiagnose führt zumeist schon zu einer Entscheidung über die Art der Versorgung der Wunde und über die Art der Anästhesie. Wunden, die man bei Erwachsenen in örtlicher Betäubung versorgen kann, bedürfen beim Kind nicht selten einer Narkose.

Ein Kind hat ein Recht auf eine chirurgisch korrekte Versorgung. Und auf eine schonende Versorgung. Glücklicherweise sehen die Kinderkliniken in unserer Nachbarschaft das ähnlich. Die Angst vor einer Narkose rechtfertigt nicht ein gewaltsames Vorgehen gegen das Kind oder eine improvisierte Wundversorgung.

## **Erst die Aufregung, dann die Befürchtungen**

„Gibt es eine Narbe?“ Diese Frage wird oft schon am Anfang gestellt. Die Antwort lautet immer „Ja“. Wir machen

den Eltern klar, dass wir das Beste aus der Wunde machen werden. Gerade kritischen Eltern muss man erklären, dass zum Beispiel eine längs verlaufende Wunde auf der Stirn immer eine breite Narbe, eine quer verlaufende Wunde meistens eine schmale Narbe ergibt. Egal, ob die Wunde genäht oder geklebt wird.

Wie aber macht man das Beste aus der Wunde? Oder umgekehrt: Was führt zu schlechten kosmetischen Ergebnissen? Die für die Prognose der Heilung wichtigen Faktoren wie Entstehung der Wunde, Form, Lokalisation sowie Verlauf zu den Spannungslinien der



## **Oberflächlich reicht nicht**

Kevin ist drei Jahre alt. Er hilft seiner Mama beim Ausräumen der Spülmaschine, steigt auf die Klappe, rutscht aus und fällt auf den Besteckkorb. Eine etwa ein Zentimeter lange Schnittwunde in der Flanke blutet zunächst stark und wird in einer nahe gelegenen chirurgischen Ambulanz mittels Kleber versorgt.

Am nächsten Tag bemerkt die Mutter blutigen Urin. Die Ultraschalluntersuchung zeigt eine Verletzung des unteren Nierenpols. Konsequenz: Gerade bei Stichverletzungen, aber auch im Bereich von Sehnen, Nerven und Gefäßen muss die bei Kindern eingeschränkte Funktionsprüfung durch eine genaue Inspektion ersetzt werden. Das hatte der Kollege bei dem fleißigen Dreijährigen versäumt.

PS: Kevin wurde nach drei Tagen Überwachung geheilt entlassen.



Haut können wir nicht beeinflussen. Sehr wohl beeinflussen bzw. vermeiden können wir z.B. Blutergüsse, die eine häufige Ursache für Wundinfektionen sind.

Korrekte Technik und vor allem das Vermeiden von Wundrandquetschungen haben auf das kosmetische Ergebnis einen wesentlich größeren Einfluss als die Art der Naht. Mit etwas Übung kommt man beim Nähen fast immer ohne die Pinzette aus. Zu fest angezogene Knoten führen zu einem „Strickleitermuster“, zu lange belassene Fäden ebenfalls.

### **Wunden nähen, Wunden kleben?**

Angestrebt wird bei der chirurgischen Wundversorgung eine möglichst lückenlose Überbrückung der Wunde, sowohl der Oberhaut wie auch der Unterhaut. „Kann man das nicht einfach kleben?“ Werbende Medizinbeiträge bezeichnen die Wundnaht als antiquiert und stellen das Kleben einer Wunde als modernen Standard der Wundversorgung heraus. Beim Kleben werden die oberen Schichten der Haut durch einen Kleber auf Cyano-Acrylat-Basis adaptiert. Voraussetzungen sind eine saubere Adaptation der Wundränder, eine trockene Haut, nach der Versorgung keine Feuchtigkeit, Spannung oder Reibung auf der Wunde.

Anders als viele Kollegen halte ich das Kleben allerdings nicht für einfach. Bei tiefen Wunden braucht man eine korrekte Unterhautnaht. Der Kleber darf nicht in die Wunde gelangen, das führt zur Separation der Wundränder und später zu Narbenwülsten. Nach Auftragen des Klebers sollte das Ergebnis für 30 bis 60 Sekunden gehalten

werden. Das wird gerne verschwiegen, steht allerdings auf jedem Waschzettel. Wenn dann der Kleber auf der Wunde brennt, können 30 Sekunden sehr lang werden. Das Fazit also lautet: Richtig angewandt ist das Kleben zwar eine gute Alternative zur Wundnaht. Aber: Es sollte nur der kleben, der auch nähen kann!

### **Die Angst vor der Spritze nehmen**

Zurück zur Anmeldung. Das Kind ist inzwischen ruhiger geworden, die Eltern ebenfalls. Und wir haben uns für die Art der Versorgung entschieden. Wenn wir in unseren kleinen OP gehen, liegt dort schon verdeckt eine 5 ml-Spritze mit Meaverin, einem örtlichen Betäubungsmittel. Wir ziehen nie vor den Augen des Kindes eine Spritze auf.

Eine Wunddesinfektion vor dem Setzen der lokalen Betäubung ist unnötig. Die Wunde ist nicht steril und wird es auch nicht. Für Eltern und Arzt beruhigend ist die Säuberung der umgebenden Haut mit einem Alkoholtupfer. Ohne dass etwas in die Wunde läuft.

Wenn möglich, träufele ich vor dem Einstich einen Teil des Meaverins in die Wunde. Die freiliegenden Nervenenden werden betäubt und der dort gesetzte Einstich wird dann meistens toleriert. Und dann muss man warten. Mindestens zwei Minuten, bis die Betäubung wirkt.

### **Ablenkung durch Small Talk**

Ich nutze die Zeit und packe selbst die Wundversorgung aus. Nicht die Helferin. Das vermittelt eher beruhigende Geschäftigkeit, außerdem erspart es mir den Small Talk.

Dafür ist meine Mitarbeiterin zuständig – sie macht das perfekt und weiß bald alles über Urlaubspläne, Lieblingsfarben und Lieblingsoma. Bei der Lagerung des Kindes gehen wir übrigens flexibel vor. Kopfplatzwunden zum Beispiel lassen sich durchaus auf dem Arm der Mutter versorgen.

Eine kritische Anmerkung zur Wunddesinfektion: Wir verzichten auch nach der örtlichen Betäubung auf das ausgiebige Bad der Wunde in Betaisodona. Desinfektionsmittel hemmen die sogenannte Mitose- oder Teilungsrates der Zellen und somit das, was man bei Kindern das gute Heilfleisch nennt. Das ist für die Wundheilung kontraproduktiv. Zur Wundreinigung ist eine physiologische Kochsalzlösung besser. Und: Bevor wir die Wunde verschließen, inspizieren wir den Wundgrund!

### **Kein unnötiger Verbandswechsel**

Das Nähen selbst sollte möglichst zügig gehen, schon damit der Helferin nicht die Themen ausgehen. Wir kneten trotzdem nicht zu fest. Die Pinzette fasst möglichst nur die Nadel, nicht die Haut.

Beim Kleben ohne örtliche Betäubung sollte man die Wundränder nicht mit der Pinzette adaptieren. Kein Kind toleriert das. Mit zwei Fingern der einen Hand lassen sich die Wundränder zusammenschieben, der Kleber wird mit der anderen Hand aufgetragen. Dabei muss das Kind allerdings gut fixiert sein. Wir warnen vorher den kleinen Patienten: Es könnte brennen. Als Alternative zum Pieksen wird das meistens akzeptiert.



## Versorgung durch den Hausarzt

Auch bei der Nachbehandlung von Wunden sind einige Regeln zu beachten. Geklebte Wunden etwa sollte man möglichst bis zum vierten Tag bedeckt lassen – es sei denn, eine klinische Symptomatik erfordert ein früheres Nachsehen. Gerade bei Operationswunden ist ein früherer Verbandswechsel unnötig und belastet nur das Kind.

Für das Ziehen der Fäden gibt es keine feste Regel. Als Orientierung gilt der siebte Tag, im Gesicht eher früher, an den Extremitäten wesentlich später. Generell gilt: Bei Kindern heilt alles besser, aber Kinder kennen keine Teilbelastung.

**Fazit:** Bei grundsätzlicher Beachtung einer schonenden chirurgischen Technik und der Besonderheiten des Kindes lassen sich viele Verletzungen in der Praxis versorgen.

Beachten Sie: Kleben ist nicht unbedingt einfacher als Nähen. Eine Wunde muss nicht nur verschlossen, sondern sie muss fachgerecht behandelt werden. Jede Methode ist nur so gut, wie sie beherrscht wird. Durch unkritische Anwendung gerät auch eine gute Methode in Misskredit.

Wilhelm Farwick-Bürfent

## Typische Wunden und ihre Behandlung

**Kopfplatzwunden.** Dabei taucht immer wieder die Frage auf: Soll die Wundumgebung rasiert werden? Die bei der Rasur entstehenden Haarschnipsel fallen in die Wunde und stören die Wundheilung. Ein Streichen der Haare nach außen mit Betaisodona, ohne dass es in die Wunde läuft, reicht normalerweise aus. Ein Pflasterverband lässt sich am behaarten Kopf nicht anbringen. Wir fertigen daher aus der Handschuhverpackung eine Schablone, schützen damit die umgebenden Haare und tragen einen Sprühverband auf.

**Stirnplatzwunden.** Sie lassen sich meistens gut kleben, vor allem wenn sie quer verlaufen. Aber: Wir versprechen vorher nichts. Lässt sich vor allem bei längs verlaufenden Wunden mit gequetschten Wundrändern keine ausreichende Adaptation erreichen, steigen wir auf eine Wundnaht um.

**Augenbrauenplatzwunden.** Sie werden gerne geklebt. Aber Vorsicht: Der Kontakt mit dem Auge ist zu vermeiden, so steht es in allen Waschetzeln. Der Hinweis auf eine Spülung mit Kochsalz wird dann nicht viel weiterhelfen. Sind die Wimpern zugeklebt, wird die Aktion schnell zum Alptraum. Das Rasieren der Augenbraue ist ein Kunstfehler. Es führt häufig zu unsymmetrischem Brauenwachstum oder zum „Waigel-Syndrom“.

**Kinnplatzwunden.** Diese kleben wir nur in Ausnahmefällen. Die Wundränder sind häufig zerfetzt. Und die Spannung ist meist relativ hoch. Wir sehen nicht selten entzündete klaffende Wunden nach auswärts geklebten Kinnplatzwunden.

**Lippenplatzwunden.** Sie bedürfen einer besonderen Sorgfalt. Kleinste Stufenbildungen im Bereich des Lippenrotandes werden als sehr störend empfunden. Daher sollte sehr feines Nahtmaterial verwendet werden.

**Extremitätenverletzungen.** Sie entstehen meist bei Stürzen. Fremdkörper-einsprengungen, insbesondere Schotter oder Kies, sollten vollständig entfernt werden. Einige Kollegen raten zur Betäubung mit einem oberflächlich wirkenden Betäubungsspray. Aber das brennt sehr heftig, bevor es wirkt, und das Vertrauen der Kindern ist dahin. Bei großflächigen Fremdkörper-einsprengungen kommt man nur in Narkose zum Ziel.

**Fahrradspächenverletzungen.** Dabei entstehen meist tiefe Gewebsquetschungen. Wir warnen die Eltern: Das wahre Ausmaß sieht man erst nach Tagen. Meistens muss man röntgen. Wir legen fast immer eine Gipsschiene an.

**Handverletzungen.** Kleine Schnittwunden an der Endphalanx lassen sich meist kleben oder mit Klammerpflastern versorgen. Wichtig ist danach ein gut sitzender Fingerverband. Tiefere Wunden müssen bei ausreichender Anästhesie sorgfältig auf Sehenverletzungen hin überprüft werden.

# Knochenbrüche:

**Ruhe bewahren, ruhigstellen**



**Kinderknochen heilen schnell, denn bei Kindern und Jugendlichen sind die natürlichen Heilungskräfte besonders aktiv. Wird eine Fraktur richtig behandelt und wird der Bruch ausreichend lange ruhiggestellt, kommt Ihr Kind ganz schnell wieder auf die Beine.**

„Der Sturz sah doch gar nicht so schlimm aus. Wie kommt es, dass sich mein Kind den Knochen gebrochen hat – hat es möglicherweise eine Knochenschwäche oder so eine Art Osteoporose mit erhöhter Knochenbrüchigkeit?“ Solche oder ähnliche Fragen werden dem Kinderchirurgen immer wieder gestellt.

Tatsächlich gibt es solche Erkrankungen, die den Knochen für Brüche anfällig machen. Doch sind diese Erkrankungen sehr selten. In den allermeisten Fällen bricht der völlig gesunde Knochen, auch wenn der Unfall gar nicht dramatisch aussah. Umgekehrt erleiden manche Kinder schwere Unfälle oder fallen aus großer Höhe, ohne sich ernsthaft zu verletzen.

### **Wird der Knochen sicher und schnell heilen?**

Zum Glück sind im Kindes- und Jugendlichenalter die natürlichen Heilungskräfte so aktiv, dass praktisch jeder Knochenbruch heilt. Eine spezielle Diät (viel Milch) oder unterstützende Präparate sind hierzu nicht erforderlich. Lediglich eine ausreichend lange Ruhigstellungszeit der betroffenen Extremität ist hierbei hilfreich. Wie lange Arm oder Bein ruhiggestellt werden muss, hängt unter anderem vom Alter des Kindes ab. Grundsätzlich gilt: Je jünger das Kind ist, desto schneller heilt der Knochenbruch. Was bedeutet, dass beim Jugendlichen eine längere Ruhigstellungszeit erforderlich ist als beim Kleinkind.

### **Ist eine Operation besser als nur ein Gips?**

Um bleibende Schäden oder Bewegungseinschränkungen zu vermeiden, ist eine korrekte Behandlungsmethode wichtig. Ob eine alleinige Ruhigstellung im Gips- oder Castverband ausreicht, also eine so genannte konservative Behandlung, oder ob eine

Einrichtung (Reposition) des Bruches oder gar eine Operation mit Stabilisierung durch Drähte, Schrauben oder Nägel (jeweils natürlich mit einem angemessenen Narkoseverfahren) erforderlich ist, hängt von mehreren Faktoren ab.

Zunächst ist entscheidend, welcher Knochen an welcher Stelle gebrochen ist. So wird die überwiegende Zahl der Schlüsselbeinbrüche allein mit einem so genannten Rucksackverband behandelt, die meisten Brüche der Speiche nahe des Handgelenks mit einer Gipschiene.

Wichtig ist auch die Beschaffenheit des Bruches. Handelt es sich um einen stabilen Bruch, kann meist auf eine Operation verzichtet werden – eine Behandlung durch Ruhigstellung zum Beispiel im Gipsverband reicht aus. Ist der Bruch hingegen instabil oder sind die gebrochenen Knochenteile gegeneinander verschoben (man sagt auch disloziert), wird die Einrichtung des Bruches mit einer Narkose erforderlich sein. Da hierbei der Bruch in eine Stellung gebracht werden soll, die bis zum Abschluss der Bruchbehandlung erhalten bleibt, bietet sich oft eine Stabilisierung mit Drähten, Nägeln oder Schrauben an. Manchmal kann dann auf eine zusätzliche Gipsruhigstellung verzichtet werden.

Auch das Alter des verletzten Kindes spielt eine Rolle. Je jünger ein Kind ist, umso schneller heilt ein Knochenbruch. Und je mehr Zeit ein Kind noch hat, um zu wachsen, desto länger besteht die Möglichkeit, verbliebene Fehlstellungen im Wachstumsverlauf

noch auszugleichen. Wobei diese Korrekturen an verschiedenen Knochen sehr unterschiedlich sein können. Im Bereich des Ellenbogens etwa sind Korrekturen nur eingeschränkt möglich, an der Speiche nahe des Handgelenks hingegen ist die Fähigkeit des Körpers zur Korrektur im Wachstumsalter enorm.



## **Im Urlaub das Bein gebrochen – und dann?**

„Ausgerechnet am letzten Urlaubstag brach sich mein Kind das Schienbein – zum Glück konnte es sofort im örtlichen Krankenhaus operiert werden.“ Nach dem Glück im Unglück stellt sich für Eltern die Frage, wie das Kind nach Rückkehr aus dem Urlaub weiter versorgt wird. Hier können Kinderchirurg oder -chirurgin, die sich mit Knochenbrüchen im Kindesalter auskennen, weiterhelfen. Dazu allerdings sind sämtliche angefertigten Röntgenbilder und ein Arztbrief mit Operationsbericht mitzubringen. Und natürlich der Patient selbst.

Nachdem sich der Arzt/die Ärztin ein Gesamtbild verschafft hat, wird der Behandlungsverlauf besprochen. Zum Beispiel muss eingebrachtes Metall nach ausreichender Stabilisierung des Knochens wieder entfernt werden. Ob dies in der kinderchirurgischen Praxis als ambulanter Eingriff möglich ist oder ob die Hilfe der nächsten geeigneten Kinderklinik nötig ist, wird im Einzelfall entschieden.

## In welchen Fällen sollte geröntgt werden?

Grundsätzlich gilt: Bei jeder Röntgenaufnahme wird mit schädlicher Strahlung gearbeitet. Somit ist Röntgen nur dann wirklich gerechtfertigt, wenn davon die Behandlung oder der Behandlungsverlauf abhängt. Häufig reicht die alleinige Untersuchung durch einen erfahrenen Arzt oder eine Ultraschalluntersuchung aus.

Bis vor wenigen Jahren zum Beispiel wurden nach Stürzen auf den Kopf regelmäßig Röntgenaufnahmen gemacht. Mittlerweile ist dies die Ausnahme. Handelt es sich um eine leichte Schädelverletzung, kann auf ein Röntgenbild verzichtet werden.

Auch muss nicht bei jedem Knochenbruch per Röntgenuntersuchung festgestellt werden, ob ein Bruch verheilt ist. Dies ist häufig durch die Untersuchung und Einschätzung eines entsprechend erfahrenen Arztes möglich. Allein aus dem Grund, Eltern zu beruhigen, sollte also nicht geröntgt werden.

## Können auch Eltern einen Knochenbruch erkennen?

Dies ist vor allem möglich, wenn es sich um einen verschobenen Bruch handelt. Dann erkennt auch der „Nicht-Arzt“ eine Verformung des Armes oder Beines, bei aufgehobener Beweglichkeit der Extremität. Noch eindeutiger zu erkennen ist ein offener Bruch, bei dem ein durch die Haut ragendes Knochenstück sichtbar wird – der Patient hat entsprechend heftige Schmerzen.

Umgekehrt: Wer beim Fußballspiel nach einem harten Zweikampf und zunächst heftigen Schmerzen kurze Zeit

## Was ist was?

**Grünholzbruch.** Damit wird eine Sonderform des Knochenbruchs bezeichnet, die nur im Wachstumsalter vorkommt. Hierbei wird der Knochen mit einem Ast eines Baumes verglichen. Im gebrochenen jungen Ast bleibt eine Außenhaut erhalten. Ähnlich verhält es sich mit dem jungen Knochen. Der erwachsene Knochen entspricht eher dem trockenen oder morschen Ast, der komplett durchbricht.

**Wulstbruch.** Ist nur eine Seite des Knochens auf dem Röntgenbild wulstig aufgeworfen, die gegenüberliegende Seite hingegen weitgehend unauffällig, so spricht man von einem Wulstbruch.



später ohne Beeinträchtigung weiter spielen kann, hat höchstwahrscheinlich keine Fraktur erlitten. Zwischen diesen Extremfällen gibt es natürlich die „weniger schlimmen“ Knochenbrüche, die mitunter sogar auf einem Röntgenbild nicht leicht zu erkennen sind.

### Welche Erstmaßnahmen sollte man ergreifen?

Hat sich Ihr Kind einen Knochen möglicherweise gebrochen, so hat es auch immer Schmerzen. Geben Sie ihm zunächst ein Schmerzmittel, etwa Ibuprofen oder Paracetamol. Zu einer weiteren Schmerzlinderung trägt eine Ruhigstellung der Extremität bei. Diese kann erreicht werden durch das einfache Dreieckstuch (in jedem Verbandskasten), aber auch durch eine Zeitschrift, die um den Arm gewickelt wird. Oder durch eine Stuhlpolsterauflage, ein Lineal oder einen Kochlöffel. Kühlung und leichte Hochlagerung wirken einer zunehmenden Schwellung entgegen und lindern die Schmerzen.

Bis zur genauen Diagnose und der entsprechenden Behandlung sollte Ihr Kind nichts essen. Denn möglicherweise muss der Knochenbruch mit einer Narkose eingerichtet oder operiert werden.

Bernd Weber

## 9 Tipps: Was Sie beim Gipsverband beachten sollten

- ▶ Wenn der Gipsverband frisch angelegt ist, muss er bis zu seiner Endfestigkeit rund 24 Stunden durchtrocknen. Also: Gipsverband nicht abdecken, damit die Restflüssigkeit ungehindert verdunsten kann. Nicht föhnen!
- ▶ Da der Gipsverband eine Ruhigstellung des gebrochenen Armes bzw. Beines gewährleisten soll, muss bei einer zunehmenden Beweglichkeit im Gipsverband geprüft werden, ob der Gips gebrochen ist und erneuert werden muss.
- ▶ Zur Unterstützung des Abschwellens und zur Schmerzlinderung kann der Frakturbereich mit einem Gel-Kühl-Akku vorsichtig gekühlt werden.
- ▶ Verschwinden die zuvor sichtbaren Finger oder Zehen im Gipsverband, so ist dieser verrutscht und muss neu angelegt werden. Es kann sonst zu Druckstellen an der Haut kommen.
- ▶ Da es regelmäßig zu einer Schwellung im Bruchbereich kommt, sollte die Extremität, also der betroffene Arm oder das Bein, hochgelagert werden.
- ▶ Wenn der Gipsverband nass geworden ist, muss ebenfalls beurteilt werden, ob dieser noch intakt ist. Etwas widerstandsfähiger gegen Nässe ist ein Kunststoff-(Cast-)Verband. Mit einem heißen Föhn sollte aber in keinem Fall versucht werden, den Verband zu trocknen, dies kann zu Verbrennungen führen.
- ▶ Bei anhaltendem Schmerz, der durch einen permanenten Druck des Gipses verursacht wird, sollte der/die behandelnde Arzt/Ärztin aufgesucht werden. Auch wenn der Knochenbruch für den Schmerz verantwortlich sein kann, so muss im Zweifel der Gips entfernt und erneuert werden.
- ▶ Bei auftretendem Juckreiz im Gipsverband darf nicht mit spitzen Gegenständen wie Stricknadeln, Stiften oder ähnlichen Gegenständen unter dem Verband gekratzt werden. Dies kann zu zusätzlichen Verletzungen führen.
- ▶ Auch bei auffälliger Verfärbung der Finger oder Zehen sowie bei anhaltenden Gefühlsstörungen sollte der Patient erneut untersucht werden.

**Narkose:**

# Beim Spezialisten in



**Vollnarkosen bergen immer ein Restrisiko.**

**Ob ambulant oder stationär operiert:  
Bei einem erfahrenen, gerade in der Behandlung  
kleiner Patienten geübten Anästhesisten  
ist Ihr Kind in guten Händen.**

# guten Händen

Der Kinderarzt hat Ihr Kind, zum Beispiel mit der Diagnose Leistenbruch, zum Kinderchirurgen überwiesen. Dieser bestätigt die Diagnose und rät Ihnen zur Operation: Diesem „ersten Schreck“ folgen viele Fragen. Zum Beispiel danach, wie gefährlich so eine Narkose gerade für Kinder ist.

Grundsätzlich gilt: Jeder operative Eingriff und jede Narkose bringen ein gewisses Risiko für den Patienten mit sich – unabhängig davon, ob die Operation im Krankenhaus oder in einer Praxis durchgeführt wird. Ein erfahrener Anästhesist kann dieses Risiko jedoch auf ein Minimum reduzieren.

Der Anästhesist und das OP-Team müssen mit der Durchführung von Kindernarkosen vertraut sein. Gerade Erfahrung und tägliche Routine bei der Behandlung kleinerer Kinder spielen bei der Vermeidung möglicher Komplikationen bzw. deren Beherrschung eine entscheidende Rolle.

Die Anwesenheit einer ausgebildeten Anästhesie-Assistenz, also der „Narkose-Schwester“, sollte sowohl in der Narkose- wie in der Aufwach-Phase zum Standard einer chirurgischen Praxis gehören. Außerdem: Der Anästhesie-Arbeitsplatz und die Möglichkeiten zur Überwachung während und nach der Narkose müssen für Kinder geeignet sein und in regelmäßigen Abständen auf ihre korrekte Funktion hin überprüft werden.

Es existieren gute Leitlinien, aber verbindliche Vorschriften zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren gibt es leider noch nicht. Ebenso ist die Berufsbezeichnung „Kinderanästhesist“ derzeit nicht geschützt.

## **Narkose bei Vorerkrankungen**

Grundsätzlich haben ambulante Operationen gegenüber einem stationären Aufenthalt den Vorteil, dass sie dem hohen Bedürfnis der Kinder nach Geborgenheit und einer vertrauten Umgebung nahe kommen. Die Entscheidung, ob und zu welchem Zeitpunkt Ihr Kind ambulant operiert werden kann, trifft der Narkosearzt, nachdem er Ihr Kind untersucht hat und dadurch mögliche Narkoserisiken für Ihr Kind einschätzen kann.

Auch bei Vorerkrankungen wie Asthma, Allergien, Diabetes Mellitus („Zuckerkrankheit“) oder sogar Herzfehlern sind ambulante Operationen möglich, sofern sich der kleine Patient in einer stabilen Phase befindet und gegebenenfalls mit Medikamen-

ten gut eingestellt ist. Auch körperliche oder geistige Behinderungen sind grundsätzlich kein Hindernis für eine ambulante Operation, zumal der Kontakt zu einer festen Bezugsperson vor und unmittelbar nach der OP für das Kind ebenso vorteilhaft ist wie seine baldige Rückkehr in die vertraute Umgebung. Mögliche Begleiterkrankungen machen allerdings eine enge Zusammenarbeit des behandelnden Teams mit den Eltern vor und nach dem OP-Termin erforderlich.

## **Besser einmal zuviel gefragt**

Eltern sollten die Gelegenheit nutzen, durch Vorgespräche mit dem Operateur und dem Narkosearzt umfassende Informationen über den Ablauf der Operation und die Phase nach der Operation zu erhalten. Besser einmal zuviel gefragt als zu wenig! Scheuen Sie sich nicht, Ihren Anästhesisten im Rahmen des Vorgesprächs auch auf Ihre Ängste vor der Narkose anzusprechen, und geben Sie sich dadurch auch die Möglichkeit, eventuell vorhandene Zweifel auszuräumen.

Ein offenes Gespräch ist für beide Seiten hilfreich.

Johannes Kunert

## ? | Kopfverletzung:

# Was ist harmlos,

**Wenn Kleinkindern stürzen, wird der Kopf häufig in Leidenschaft gezogen. Anhand bestimmter Reaktionen und Anzeichen können Sie beurteilen, wie schwer die Kopfverletzung sein könnte.**

Dumpfer Schlag aus dem Kinderzimmer: Nach einer Schrecksekunde springe ich auf – fast zeitgleich beginnt unser Kind heftig zu weinen. Als ich ins Kinderzimmer komme, liegt Jonathan vor seinem Bett und hält sich den Kopf. Ich haste zu ihm, hebe ihn auf, nehme ihn in den Arm und versuche ihn zu trösten und zu beruhigen.

Viele von uns kennen solche Situationen. Kinder fallen immer wieder – und da der Kopf im Verhältnis zum Kinderkörper besonders groß und schwer ist, bekommt er auch häufig einen Stoß ab. Aber welche Folgen hat das? Ist das jetzt eine Gehirnerschütterung? Muss ich Jonathan dem Kinderarzt vorstellen oder gar ein Krankenhaus aufsuchen?

### **Weinen ist ein gutes Zeichen**

Im Beispielfall ist bereits eine beruhigende Tatsache geschildert: Das Kind fängt, nach einem kurzen Moment des Erschreckens, heftig an zu weinen. Dies ist also ein gutes Zeichen, denn damit ist es jedenfalls schon mal nicht bewusstlos. Schließlich ist das Gehirn durch den sehr festen Schädelknochen geschützt und außerdem in einer Flüssigkeit (Liquor) gelagert, so dass die Auswirkungen eines Stoßes gelindert werden.

Sollte das Kind jedoch tatsächlich bewusstlos sein, so muss als erstes kontrolliert werden, ob es atmet. Wenn dies gewährleistet ist, lagern Sie es weich in Seitenlage mit ganz leicht überstrecktem Kopf – also den Kopf etwas in den Nacken schieben! Beobachten Sie Ihr Kind weiter und organisieren Sie Hilfe.

### **Erbrechen weist auf Gehirnerschütterung hin**

Schwere Kopfverletzungen werden Ihnen aber zum Glück nur in höchst seltenen Situationen begegnen. Gehirnerschütterungen dagegen kommen vor. Neben der Bewusstlosigkeit, die ein schwereres Schädel-Hirn-Trauma anzeigt, ist das Erbrechen ein Zeichen für eine Gehirnerschütterung. Aber auch hier gibt es wieder „Fallstricke“, die Sie verunsichern können. Oftmals weinen die Kinder nämlich nach dem Sturz so heftig, dass sie sich verschlucken und vielleicht den Schleim ausspucken oder „erbrechen“. Dies wäre kein Erbrechen im Sinne einer Gehirnerschütterung und würde vermutlich auch nur einmal erfolgen. Das Erbrechen, das eine Gehirnerschütterung anzeigt, erfolgt dagegen meist mehrmals und aus einer ruhigen Situation heraus. Es wird durch eine Schwellung des Gehirns hervorgerufen.

Wenn Sie unsicher sind, ob der Sturz Ihres Kindes schlimmere Folgen hatte, sollten Sie einen Kinderarzt oder Kinderchirurgen aufsuchen. Er wird Ihr Kind untersuchen, um knöcherne oder neurologische Verletzungen ausschließen zu können. Im Zweifelsfall und vor allem nach Bewusstlosigkeit und Erbrechen, also den Zeichen einer Gehirnerschütterung, wird er Sie und Ihr Kind in ein Krankenhaus einweisen.

# was gefährlich

## Im Zweifel weitere Untersuchungen

Im Krankenhaus wird Ihr Kind erneut untersucht und vermutlich auch stationär überwacht. Ein Röntgenbild des Schädels wird heutzutage nur in Ausnahmefällen erforderlich sein. Durch die Überwachung von Kreislauf und Atmung kann man aber feststellen, ob es zu einer Verschlechterung des Zustandes kommt. In diesem Fall würden weitere Untersuchungen nötig werden. Ultraschall oder EEG (Hirnstrommessung, Elektroenzephalografie) sind immer nur Momentaufnahmen und bedeuten nicht, dass sich nicht doch noch eine Verschlechterung ergeben kann. Sie „prophylaktisch“ durchzuführen, ist also nicht sinnvoll.

## Ruhepause und Kühlung hilft bei Schädelprellung

Wie lange der Aufenthalt im Krankenhaus sein wird, ist unterschiedlich. In der Regel reichen ein bis zwei Nächte, wobei es gerade um die Überwachung in der Nacht geht, wenn auch Sie Ruhe brauchen. Zum Glück sind richtige Gehirnerschütterungen eher selten. Viel häufiger handelt es sich um eine so genannte Schädelprellung, die ohne Folgen ausheilen wird. Gönnen Sie Ihrem Kind eine Ruhepause, ggf. auch von Kindergarten oder Schule. Die vielleicht entstandene Beule, die gerade an der Stirn oft erhebliche Ausmaße erreichen kann, sollten Sie in den ersten Stunden immer wieder für einige Minuten kühlen. Die Schwellung und der Bluterguss werden in den nächsten Tagen langsam aber sicher wieder zurückgehen.

## Fraktur erfordert stationäre Überwachung

Aufmerksam sollten Sie werden, wenn die Schwellung unter der Kopfhaut nicht zurückgeht oder eher noch größer wird oder erst nach ein bis zwei Tagen auffällt. Dann sollten Sie Ihr Kind dem Kinderarzt oder Kinderchirurgen vorstellen. Es ist möglich, dass sich ein Bruch des Schädelknochens ereignet hat. Dies wird mit Ultraschall oder (selten!) mittels Röntgen gesichert. Auch dann wird eine stationäre Überwachung des Kindes erforderlich sein, um schlimmere Folgen auszuschließen. Die Schädelbrüche verheilen in der Regel problemlos innerhalb von drei Wochen.

## Auch kleine Wunden bluten enorm

Sollte Ihr Kind bei dem Sturz eine Platzwunde am Kopf erlitten haben, werden Sie sich auf eine Menge Blut einstellen müssen. Kopfwunden bluten enorm, weil die Kopfhaut so gut durchblutet ist. Aber keine Sorge! Decken Sie die Wunde mit einem sauberen, möglichst frisch gewaschenen Handtuch oder Taschentuch ab. Wer hat schon sofort eine sterile Kompresse zur Hand? Mit leichtem Druck auf die Wunde werden Sie die Blutung deutlich vermindern und im weiteren Verlauf auch zum Stillstand bringen!

## Schutzhelm sollte obligatorisch sein

Ganz wichtig ist aber natürlich die Unfallverhütung! Lassen Sie Ihr Kind nie unbeaufsichtigt auf dem Wickeltisch liegen. Immer gehört eine Hand an das Kind. Wenn Sie etwas holen müssen, nehmen Sie Ihr Kind mit!

Hochbetten sind nur etwas für größere Kinder (älter als 6 Jahre)! Und auch dann gilt: Das Bett ist zum Schlafen da, nicht zum Spielen. Sichern Sie das Bett und vor allem die Leiter vor den jüngeren Geschwistern! Und: Bestehen Sie darauf, dass Ihr Kind einen Schutzhelm trägt – ob beim Skaten oder beim Fahrradfahren. Denken Sie immer daran: Ihr Kind hat nur diesen einen Kopf und braucht ihn noch sein Leben lang!

Dr. Rüdiger Werbeck

## Erkennen, beurteilen, behandeln

**Gehirnerschütterung.** Zeichen der Gehirnerschütterung sind Bewusstlosigkeit und mehrfaches Erbrechen. In diesen Fällen müssen Sie Ihr Kind dem Kinderarzt oder Kinderchirurgen vorstellen und sollten sich auf eine stationäre Überwachung für ein bis zwei Nächte einstellen.

**Schädelbruch.** Ein Schädelbruch wird meist durch eine größere, weiche Schwellung der Kopfhaut angezeigt. Auch hier wird zum Schutz Ihres Kindes eine Überwachung im Krankenhaus notwendig sein.

**Schädelprellung.** Die Schädelprellung ohne die oben genannten Zeichen wird folgenlos abheilen. Sie sollten Ihrem Kind aber etwas Ruhe gönnen, es also von Kindergarten oder Schule zu Hause lassen und betreuen.

**Kopfwunde.** Eine meist stark blutende Wunde am Kopf decken Sie mit einer sterilen Kompresse oder einem frisch gewaschenen Handtuch oder Taschentuch ab und drücken leicht auf die Wunde. Dadurch wird die Blutung bald aufhören.

# Erfahrungsbericht:

## Medizinische Versorgung in Namibia

**Mangelnde ärztliche Versorgung, hohe Sterblichkeitsrate bei Kleinkindern: Der Bonner Kinder-Anästhesist Johannes Kunert und seine Frau arbeiteten drei Jahre lang in einem Krankenhaus in Namibia – auch im Kampf gegen die Immunschwächekrankheit AIDS.**



Von 2004 bis 2007 waren meine Frau Sylvia und ich als Ärzte für den Deutschen Entwicklungsdienst DED (heute GIZ) in Ovamboland im Norden von Namibia tätig. Unsere Aufgabe: Neben der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus sollten wir, gemeinsam mit unseren einheimischen Kollegen, Strukturen in der Basisgesundheitsversorgung verbessern. Außerdem sollten wir die Einführung der anti-retroviralen Therapie gegen die Immunschwächekrankheit AIDS fachlich und logistisch unterstützen.

### Medizinische Unterversorgung

Zum Vergleich: Namibia ist mehr als zweieinhalb Mal so groß wie die Bundesrepublik Deutschland und hat nur rund 2,3 Millionen Einwohner, damit etwa 2,4 Einwohner pro Quadratkilometer. Die mütterliche Sterblichkeitsrate liegt bei 210/100.000 (BRD 4/100.000), die Sterblichkeitsrate der Kinder bis zum Erreichen des 5. Lebensjahres bei 61/100.000 (BRD 4/100.000). Die HIV-Prävalenz betrug zur Zeit unserer Arbeit in Namibia 19 Prozent (BRD 0,2 Prozent). Inzwischen kann die HIV-Therapie fast überall im Land angeboten werden.

„Unser“ Distrikt-Krankenhaus hatte 130 Betten für circa 71.000 Einwohner. In der Malaria-Saison wurde die Zahl der „Betten“ auf 180 aufgestockt – durch Matratzen auf dem Boden. Auf Distriktebene gibt es in Namibia normalerweise keine Fachärzte. Alle Patienten, auch die Kinder, werden von Allgemeinmedizinern

konservativ oder, wenn nötig, durch Operationen versorgt. Unter diesen Umständen nicht einmal schlecht, aber nicht immer ausreichend.

### Ärztliche Vollbeschäftigung

Bei rund 2.000 Geburten pro Jahr allein in „unserem“ Krankenhaus, die umliegenden „Health Center“ nicht mitgerechnet, wäre so mancher deutscher Krankenhausträger begeistert. Meine Frau, als einzige Gynäkologin im Distrikt, musste sich über viele Details, nicht jedoch über mangelnde „Fallzahlen“ Gedanken machen. Meine Aufgabe lag neben der Tätigkeit im OP und in der Notaufnahme in den Visiten auf der Kinderstation. Nachmittags betreuten wir abwechselnd die Allgemeinsprechstunde sowie die HIV-Ambulanz.

Insgesamt eine Zeit mit viel Freude. Aber auch mit Trauer, Hilflosigkeit und Enttäuschungen – angesichts der vorgegebenen wie der eigenen Grenzen. Eine Zeit auf jeden Fall, die wir nicht missen möchten. Die uns aber auch lehrte, unser deutsches Gesundheitssystem mit seinen Möglichkeiten zu schätzen – wenn auch manchmal mit einer Prise afrikanischem Humor. Denn auch bei uns gibt es durchaus noch Verbesserungspotenzial.

Johannes Kunert

# Die BAG stellt sich vor



## Mehr Sicherheit für Kinder – eine Gemeinschaftsaufgabe

Kinder sind lebendig. Sie springen, klettern, spielen, erforschen und untersuchen ihre Umwelt. Dabei kann schnell etwas passieren: ein Sturz, ein Schnitt – kurz, ein Unfall. Jedes Jahr verunglücken in Deutschland mehr als 537.000 von ihnen zu Hause und in der Freizeit. Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V. engagiert sich dafür, diese Zahl zu reduzieren. Wir informieren über Unfallrisiken in den eigenen vier Wänden und außerhalb des Hauses, geben Sicherheitshinweise und Tipps. Denn: Die überwiegende Mehrzahl der Unfälle sind vermeidbar!

## Sicher in Heim und Freizeit

Die BAG informiert umfassend über die verschiedenen Unfallquellen in Haus und Garten. Dabei zeigt sie mit Hilfe von Projekten, Kampagnen und Ausstellungen, wie sicherheitsbewusstes Verhalten aussehen kann. In Kursen werden Tagesmütter und Fachkräfte aus Kindertagesstätten qualifiziert, Unfallprävention in junge Familien zu tragen. Darüber hinaus nimmt die BAG Stellung zu Gesetzesvorhaben und beteiligt sich als Stimme der Familien an der Verbesserung von Produktsicherheit.

## Kindersicherheit im Internet ...

Die Website [www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de) bietet sowohl Informationen zu Unfallvermeidung, Sicherheit in Heim und Freizeit als auch Hinweise zur Produktsicherheit und Tipps zur Ersten Hilfe im Ernstfall. Neben aktuellen Daten und Fakten zu Kinderunfällen können Broschüren kostenlos bestellt und heruntergeladen werden.

## ... besonders für Eltern

Für den Erfahrungsaustausch und spezielle Fragen steht das Elternforum zur Verfügung: [www.forum-kindersicherheit.de](http://www.forum-kindersicherheit.de). Hier können sich Eltern austauschen und den Experten der BAG ihre Fragen zum Thema Kindersicherheit stellen. Auf Facebook informieren wir über spezielle Unfallgefahren, Neuigkeiten und sichere Produkte: [www.facebook.com/kindersicher](http://www.facebook.com/kindersicher).

**Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG)  
Mehr Sicherheit für Kinder e.V.**

Heilsbachstraße 13  
53123 Bonn  
[info@kindersicherheit.de](mailto:info@kindersicherheit.de)  
[www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de)

**Sie suchen eine Praxis, die Ihr Kind ambulant operiert –  
oder Sie wollen sich individuell beraten lassen?**

**Auf der Website des BNKD**

**www.kinderchirurgie.com**

**finden Sie alle niedergelassenen Kinderchirurgen des Berufsverbandes.**

Die folgenden Webadressen stellen nur eine kleine Auswahl dar.  
Auf fast allen Seiten finden Sie zahlreiche weitergehende Links.

## **Ambulantes Operieren und Kinderkrankenpflege**

**www.kinderkrankenpflege-netz.de**

Umfassendes Linkverzeichnis zu (fast) allen Themen der Kinderkrankenpflege.

So auch eine konkrete Seite zur ambulanten Pflege:

**<http://kinderkrankenpflege-netz.de/aktuell/beratung-ambulante-kinderkrankenpflege.shtml>**

**www.bzga.de**

Die Website der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** mit umfangreichen Informationen und vielen Publikationen zum Bestellen oder zum Herunterladen.

**www.kinderaerzte-im-netz.de**

Sehr informative Homepage zu Kinderkrankheiten, Ernährungsverhalten u.v.m.

**www.kinderchirurgie.ch**

Eine der ältesten Kinderchirurgie-Internetseiten in Europa –  
nett und informativ gestaltet.

**www.awmf.org**

Über den Gesamtindex findet man unter **Kinderchirurgie** die Leitlinien zu Kinderchirurgie.

## **Medizinische Wörterbücher**

**www.g-netz.de/Gesundheit\_A-Z/Index\_A-D/index\_a-d.shtml**

Das Gesundheitsnetz mit vielen weiteren Links.

## **Für Kids und Eltern**

**www.kidweb.de** – Literatur, Spiele, News & **www.wdrmaus.de**

**www.kindersicherheit.de**

Die Website der **BAG Mehr Sicherheit für Kinder e. V.** mit speziellen Informationen  
zu Sicherheit, Unfällen von Kindern und vielen nützlichen Tipps für Eltern.

**... ganz in Ihrer Nähe**



Sollten Sie Fragen haben – oder möchten Sie sich beraten lassen:  
Wenden Sie sich vertrauensvoll an die angegebene Praxis.