

Ambulante Kinderchirurgie

**Morgens operiert –
abends wieder zu Hause**



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
Willi Farwick-Bürfent
Prinz-Albert-Straße 26
53113 Bonn

Redaktion
Petra Kniebes, Medienbüro Kniebes-Lentze, Köln
petra.kniebes@medienbuero-mail.de

Konzeption, Gestaltung & Herstellung
www.kippconcept.de

Fotos

Titelfoto: JOKER, Bonn; Seite 1 und Seite 15: PRO PATIENT medien GmbH, Berlin;
Seite 14 und Seite 15: Claudia Maaß; Seite 17: privat; Seiten 10–12: kippconcept;
alle anderen Fotos: JOKER, Bonn.

Die Abbildung der Playmobil-Figur auf Seite 10 erfolgt mit freundlicher Genehmigung von
PLAYMOBIL. PLAYMOBIL ist eine geschützte Marke der geobra Brandstätter GmbH & Co. KG.
Die Abbildung der Reiterfigur auf Seite 10 sowie der beiden kleinen Figuren auf Seite 11 unten
erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Schleich GmbH.

Druck
Engelhardt, Neunkirchen

Ambulante

Kinderchirurgie:

Die Mühe hat sich gelohnt

Was noch vor 20 Jahren wissenschaftlich begründeter Standard war, erscheint heute vielen Ärzten, Eltern und Krankenkassen undenkbar: Kinder lagen nach der Operation eines Leistenbruchs vier bis sechs Tage, nach der Korrektur eines Hodenhochstands sogar acht Tage stationär im Krankenhaus.

Damals begannen zunächst einige wenige, dann immer mehr Kinderchirurgen, ihre kleinen Patienten in spezialisierten kinderchirurgischen Praxen zu operieren – die Kinder gingen nach zwei Stunden wieder nach Hause. Der anfänglichen Skepsis von Eltern und vielen Kollegen folgte Erleichterung: Die Kinder wurden in ihrer gewohnten Umgebung schneller gesund; Wundinfektionen traten unter ambulanten Bedingungen seltener auf.

Heute wird die Verweildauer im Krankenhaus immer kürzer, auch bei Erwachsenen – Experten sprechen von Fast-Track-Medizin. Aber wie schon vor 20 Jahren darf auch heute der kritische Blick nicht fehlen: Profitiert wirklich der Patient? Wird der notwendigen engen Zusammenarbeit von Patient, Hausarzt, Chirurg und Angehörigen Rechnung getragen? Oder bedingt hier nicht manchmal eine Veränderung der ökonomischen Situation eine Veränderung der Therapie?

1993 haben sich die niedergelassenen Kinderchirurgen als Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen und 2000 in Bonn den BNKD gegründet. Ziel war vor allem, die vielen neuen Erfahrungen aufzuarbeiten und für alle zugänglich zu machen. Wir blicken inzwischen auf über eine Million ambulante Operationen zurück und dürfen sagen: Die Mühe hat sich gelohnt. Wir haben in den vergangenen Jahren viel gelernt. Vor allem, dass wissenschaftliches Arbeiten immer auch Veränderung bedeutet – und dass manchmal aus den Weisheiten von gestern die Irrtümer von heute werden.

Heute steht für uns fest: Ambulante Chirurgie ist gut – aber sie ist nur dann sinnvoll, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Wenn die medizinischen Standards hoch sind, wenn die Organisation von Vor- und Nachbehandlung perfekt abgestimmt ist. Und, ganz entscheidend, wenn nicht ökonomische Zwänge die Therapie bestimmen. Damit der Patient wirklich optimal betreut werden kann, gilt es, die Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen Tätigen ständig zu verbessern – deshalb suchen wir gerade auch den Dialog mit den Krankenkassen.

Wie nie zuvor haben Patienten heute die Möglichkeit, sich, beispielsweise im Internet, über Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Leider verunsichert das häufig mehr, als es nutzt. Die vorliegende Broschüre möchte zur fundierten Aufklärung beitragen und Eltern nach dem aktuellen Wissensstand über Themen wie Hodenhochstand und Phimose informieren. Mit dieser Information verbunden ist das Angebot, Eltern und ihre Kinder jederzeit individuell zu beraten: Suchen Sie das persönliche Gespräch mit „Ihrem“ Arzt, sprechen Sie kritische Fragen an. Das vertrauensvolle Gespräch ist durch nichts zu ersetzen – wir vom BNKD bieten Ihnen diese Beratung gern an.



„Ambulante Chirurgie ist gut – aber sie ist nur sinnvoll, wenn die Rahmenbedingungen stimmen“

? | Was ist eigentlich
eine Phimose



Muss eine Vorhautverengung immer sofort operiert werden? Oder macht es manchmal mehr Sinn zu warten? Wie läuft ein solcher Eingriff genau ab? Und muss das Kind hinterher lange leiden? Antworten auf die häufigsten Fragen besorgter Eltern.

Das Wort „Phimose“ kommt aus dem griechischen und bedeutet Knebel oder Maulkorb. Man spricht von einer Phimose, wenn die Vorhaut nicht über die Eichel gezogen werden kann, weil sie zu eng ist – landläufig nennt man das Vorhautverengung.

Bei 96 Prozent aller Säuglinge lässt sich die Vorhaut nicht über die Eichel ziehen. Das liegt daran, dass die Vorhaut noch zu eng oder aber noch mit der Eichel verklebt ist. Beides ist völlig normal und wächst sich meistens im Laufe der nächsten Jahre aus. Üblicherweise sollte man daher in den ersten zwei bis drei Lebensjahren auf Dehnungsversuche oder Vorhautlösungen verzichten. Die Gefahr ist groß, dass es dadurch erst recht zu einer behandlungsbedürftigen narbigen Verengung oder zu einer „Narbe auf der Seele“ kommt.

Verklebung oder Verengung?

Wenn bei einem Jungen im Alter von drei bis sechs Jahren die Vorhaut noch nicht zurückgezogen werden kann, stellt sich zunächst die Frage, ob es sich lediglich um eine Verklebung oder um eine Verengung der Vorhaut handelt.

Die Ablösung einer verklebten Vorhaut ist ein relativ kleiner Eingriff und kann bis in das späte Grundschulalter geschoben werden (falls er sich bis dahin nicht erübrigt hat).

Eine verengte Vorhaut kann oft im Vorschulalter mit Hilfe von Salben gedehnt werden. Das ist auch der geeignete Zeitpunkt, um die Jungs mit der Genitalhygiene vertraut zu machen. Bereits mit sieben oder acht Jahren entziehen sich die Knaben allmählich der elterlichen Kontrolle – und das ist auch richtig so. Bis dahin sollten sie aber gelernt haben, das täglich neu entstehende Sekret aus Zellresten (Smegma) regelmäßig zu entfernen.

Smegma ist ein idealer Nährboden für Bakterien und kann zu Entzündungen der Vorhaut führen. Bei einer engen Vorhaut ist die Gefahr dafür größer.





Alles oder nichts?

Seit über 4.000 Jahren wird an der männlichen Vorhaut operiert. Meistens wird die Vorhaut vollständig entfernt (klassische Beschneidung oder Zircumcision). Das bedeutet: Die Eichel liegt frei. Sie ist in den ersten zwei bis drei Monaten empfindlicher, anschließend dann unempfindlicher. Von den meisten Männern wird das nicht als Nachteil empfunden. In seltenen Fällen kann es zu Problemen mit der Harnröhrenmündung kommen, die einen weiteren kleinen Eingriff nach sich ziehen können.

Man kann auch nur den engen Bereich der Vorhaut entfernen (Teilbeschneidung). Ob das Sinn macht, hängt auch von der Länge der Verengung ab. Allerdings kann durch die zwangsläufig entstehende Narbe die Vorhaut erneut eng werden – dann spricht man von einem Rückfall oder Rezidiv, und es muss ein weiteres Mal operiert werden. Um das zu verhindern, sollten die Jungen frühzeitig nach einer Teilbeschneidung salben und dehnen.

Letztlich ist die Entscheidung für eine Teil- oder vollständige Beschneidung eine Frage der Kosmetik.

Auch eine plastische Erweiterung der Vorhaut ist in einigen weniger ausgeprägten Fällen der Phimose möglich. Dies erfordert aber die intensive Mitarbeit und Aufklärung des Jungen und ist in der Regel erst bei älteren Patienten sinnvoll.

Auf der anderen Seite kann eine ausgeprägte Entzündung durch Narbenbildung erst zu einer Phimose führen. Man spricht dann von einer erworbenen Phimose.

Ein andere Ursache für die narbige Verengung einer zuvor ausreichend weiten Vorhaut ist eine Hauterkrankung (Lichen sclerosus), die bei Jungen bevorzugt diese Stelle befällt.

Wann ist die OP nötig?

Die Vorhautverengung erfordert unabhängig vom Alter des Kindes eine Operation, falls sie neu aufgetreten ist, falls sie Komplikationen bzw. Beschwerden verursacht oder aber, wenn eine vorhergehende Salbenbehandlung nicht erfolgreich war.

Falls die Phimose angeboren, aber nicht ausgewachsen ist und keinerlei Beschwerden vorliegen, hat man die Möglichkeit, mit dem Eingriff noch zu warten. Wir empfehlen aber in der Regel dann zu operieren, wenn klar ist, dass es ohne Operation nicht geht.

Diese Entscheidung fällt oft in das Vorschulalter – ein Zeitpunkt, der nicht zuletzt aus organisatorischen Gründen günstig ist. Außerdem können die Jungen jetzt ihrem Alter entsprechend gut auf die Operation vorbereitet werden.

In jedem Fall sollte eine Operation vor der Pubertät erfolgen. Etwa ab zwölf Jahren tun sich Jungen ausgesprochen schwer, die Notwendigkeit einer Operation zu akzeptieren. Die an einigen Stellen geäußerte Forderung, mit der Operation bis zur Pubertät abzuwarten, halten wir daher für falsch.

Kann der Eingriff ein Trauma auslösen?

Es gibt eine auf den Psychoanalytiker Sigmund Freud zurückgehende Auffassung, nach der eine Beschneidung von männlichen Kindern vor allem im Alter von drei bis fünf Jahren zu Kastrationsängsten führen könne. Diese Meinung ist seit langem von Psychoanaly-



tikern widerlegt und wird von keiner wissenschaftlichen Untersuchung gestützt.

Wir glauben allerdings, dass die Umstände der Operation eine große Rolle spielen bei der Frage, ob und wie die Jungen sich später noch an diesen Eingriff erinnern. Und das ist ganz unabhängig vom Alter!

Daher plädieren wir für eine kindgerechte und medizinisch angemessene Behandlung der Phimose.

Wie wird operiert?

Die Operation einer Vorhautverengung besteht in einer plastischen Er-

weiterung der Vorhaut oder in der chirurgischen Entfernung des engen Abschnittes bzw. der kompletten Vorhaut. Für alle Methoden gibt es Vor- und Nachteile, über die man sich beraten lassen sollte. (siehe Kasten: „Alles oder nichts?“ auf der linken Seite)

Kinderchirurgen operieren eine Phimose in Vollnarkose. Wenn die Kinder schlafen, wird zusätzlich an der Peniswurzel eine örtliche Betäubung gespritzt. Damit werden die Schmerzleitungen bereits vor der Operation blockiert und das „Schmerzgedächtnis“ überlistet. Die Kinder wachen ohne Schmerzen auf, der erste Verbandswechsel und das erste Wasserlassen fallen deutlich leichter. Später auftretende Schmerzen werden besser akzeptiert und können mit einschlägigen Schmerzmitteln behandelt werden.

Wie lange tut das weh?

Schmerzempfinden ist etwas sehr Subjektives und nicht nur von der Wunde abhängig. Es gibt Kinder, die müssen bereits am zweiten Tag nach dem Eingriff am Fußballspielen gehindert werden – und es gibt solche, die acht bis zehn Tage kaum das Sofa verlassen. Die Mehrzahl aller Jungen läuft nach drei bis fünf Tagen wieder herum und hat etwa eine Woche lang lediglich Beschwerden bei den Verbandswechseln.

Dr. Karl Becker

Beschneidung aus hygienischen Gründen

Es gibt eine sehr intensive Diskussion darüber, ob der beschnittene Penis hygienischer ist. Sicherlich weist der Ursprung des Eingriffes und seine Verbreitung in den wasserarmen Regionen des nahen Ostens auf einen hygienischen Vorteil hin. In einem Land mit jederzeit verfügbarem fließendem Wasser ist dieses Kriterium eine Frage der persönlichen Einstellung zur Körperhygiene.

Wir alle, Eltern und Ärzte, handeln im Auftrag unserer Söhne und Patienten und müssen jederzeit ihr mutmaßliches Wohl und Wollen auch in späteren Lebensjahren im Auge behalten. Eine Beschneidung aus anderen als medizinischen Gründen können wir daher nicht empfehlen.

Die Amerikaner haben genau mit dieser Problematik seit 20 Jahren sehr zu kämpfen. Als Neugeborene routinemäßig beschnittene Männer klagen nun gegen ihre Eltern und die behandelnden Ärzte.



Diagnose:

? | **Ist eine Behandlung**

Hodenhochstand



heute problemlos und sicher

Wenn die Hoden „nicht richtig da“ sind, beunruhigt dies die Eltern sehr. Ein Hodenhochstand ist tatsächlich nicht ganz unproblematisch – aber er kann heute gut behandelt werden.

Mindestens einmal pro Woche sehen wir in unserer Praxis einen Fall wie diesen: Sehr besorgte Eltern stellen ihren Sohn vor, weil der Arzt einen Hodenhochstand diagnostiziert hat – der Junge müsse unbedingt sofort operiert werden, so sein Rat. Was er den bestürzten Eltern aber gleichzeitig mit auf den Weg gegeben hat: Im Grunde sei es für die Operation jetzt schon zu spät, das Kind werde vielleicht sogar später Hodenkrebs bekommen.

Die Eltern haben daraufhin im Internet recherchiert – und sitzen jetzt mit einem ganzen Stapel widersprüchlicher Aufsätze und Studien vor uns. So verständlich die große Sorge und Verunsicherung der Eltern ist – so sehr zeigt die viel zu pauschale Prognose des Arztes, wie schwierig und komplex das Thema „Hodenhochstand“ ist.

Risikogruppe Hodenhochstand

Bei der Geburt liegen die Hoden, die männlichen Keimdrüsen, in dem für sie vorgesehen Platz, im Hodensack. Ist das nicht so, spricht man von einem Hodenhochstand. Etwa drei bis fünf Prozent aller Jungen sind betroffen. Bei einem Teil der Kinder normalisiert sich die Hodenlage noch in den ersten sechs Lebensmonaten, aber bei zwei Prozent ist ohne Therapie nicht mit einer Besserung zu rechnen. Spätestens jetzt sollten sich die Eltern in fachkundige Behandlung begeben.

Denn die Folgen eines Hodenhochstandes können schwerwiegend sein: Er kann die Fruchtbarkeit und die Hodenentwicklung stark beeinträchtigen und tatsächlich das Risiko erhöhen, in späteren Jahren einen Hodenkrebs zu

bekommen. Deshalb spricht man auch von der sogenannten „Risikogruppe Hodenhochstand“.

Sorgfältige Untersuchung

Am Beginn einer jeden Behandlung steht eine sorgfältige Untersuchung: In ruhiger und entspannter Atmosphäre wird der Arzt mit beiden Händen (bimanuelle Untersuchung) versuchen, die Hoden zu tasten. Dabei kann er drei verschiedene Formen eines Hodenhochstandes diagnostizieren:

- Ein **Bauchhoden** liegt im Bauchraum verborgen und ist deshalb nicht tastbar.
- Ein **Leistenhoden** lässt sich in der Leiste ertasten, aber nicht in den Hodensack verschieben.
- Ein **Gleithoden** liegt ebenfalls in der Leiste, er lässt sich in den Hodensack austreiben, gleitet aber sogleich wieder nach oben, er bleibt nie „freiwillig“ unten.

Ein Pendelhoden ist kein Hodenhochstand

Ein Pendelhoden kann sich bei der Untersuchung durchaus in der Leiste befinden – genau wie der Gleithoden. Er lässt sich aber in den Hodensack verlagern und verharrt dort – und genau darin unterscheidet er sich vom Gleithoden. Manchmal ist die Unterscheidung zwischen Gleit- und Pendelhoden selbst für den Experten nicht leicht, beispielsweise unter ungünstigen Untersuchungsbedingungen.



Recherche im Internet: Fluch und Segen

- ▶ Viele Eltern versuchen, sich über die Erkrankung ihres Kindes im Internet zu informieren. So verständlich und sinnvoll das sein mag – es führt leider nicht immer dazu, dass sie nach ihrer Recherche wirklich mehr wissen als vorher. So muss es den Laien beinahe zwangsläufig verwirren, dass die wissenschaftliche Diskussion über die Hormonbehandlung des Hodenhochstandes kontrovers geführt wird – und welche Fraktion in diesem Streit nun „Recht“ hat, das steht heute ebenschlacht noch nicht fest.
- ▶ Eine andere Widersprüchlichkeit, auf die manche Eltern bei ihrer Internet-Recherche stoßen und die sie irritiert: Während die Hormontherapie hierzulande befürwortet wird, lehnen Experten in Skandinavien sie neuerdings ab. Wissenschaftliches Arbeiten und Forschen bedeutet eben immer auch Veränderung – und manchmal werden dabei die Weisheiten von gestern zu den Irrtümern von heute.
- ▶ Unser Rat an alle Eltern lautet deshalb: Lassen Sie sich vom Kinderarzt und Kinderchirurgen Ihres Vertrauens kritisch beraten.

Der Pendelhoden basiert auf dem so genannten Cremasterreflex, für den zarte Muskelfasern entlang des Samenstranges – die Cremasterfasern – verantwortlich sind. Bei Kälte oder auch bei Gefahr bringt der Körper auf diese Weise die wichtigen Keimdrüsen in eine geschützte und warme Position in die Leiste.

Man kann den Cremasterreflex durch eine Berührung an der Innenseite der Oberschenkel auslösen: die Hoden gleiten nach oben, kommen aber meistens rasch wieder in ihre Ausgangsposition zurück. Ist die Erstuntersuchung nicht

eindeutig, hilft oft eine erneute Untersuchung einige Wochen später: Das Kind ist entspannter, weil es die Situation schon kennt – und die Diagnose lässt sich eindeutig stellen.

Wichtig zu wissen: Ein Pendelhoden ist kein Hodenhochstand! Er gilt heute als sogenannte Normvariante, hat also keinen Krankheitswert. Aber nicht selten wird im Laufe der Kindheit aus einem Pendelhoden doch noch ein Gleit Hoden. Man spricht dann von einem „sekundären Hodenhochstand“. Deshalb sind nach der Diagnose „Pendelhoden“ regelmäßige Kontrollen bis zur





Pubertät notwendig. Beruhigend für die Eltern: Die Kinder zählen dann trotzdem nicht zur „Risikogruppe Hodenhochstand“.

Hormone und Operation

Wenn die Diagnose feststeht, ist das Ziel jeder Behandlung, den Schaden, der bereits seit der Geburt des Kindes besteht (Primärschaden), günstig zu beeinflussen – und den Schaden, der möglicherweise durch die ungünstige Lage der Hoden noch entstehen könnte (Sekundärschaden), zu verhindern. In Deutschland wird heute eine Kombina-

tion aus Hormontherapie und Operation empfohlen. Die Hormontherapie soll die spätere Funktion des Hodens positiv beeinflussen und eventuell sogar eine Operation überflüssig machen. Die Operation schließlich soll den Hoden in die gewünschte Position bringen. Oberstes Ziel: Heilen ohne zu schaden.

Bei der Operation wird der Hoden über einen kleinen Schnitt in der Leiste freigelegt und schonend von den Strukturen gelöst, die ihn festhalten. Dabei dürfen die Blutgefäße, die den Hoden ernähren, und der zarte Samenleiter nicht geschädigt werden. Kinderchirurgen und Kinderanästhesisten kennen die Besonderheiten des kleinen und verletzlichen Organismus. Sie führen diese sehr anspruchsvolle Operation seit vielen Jahren ambulant durch.

Frühzeitig handeln ist wichtig!

Kinderärzte und Kinderchirurgen fordern heute eine frühzeitige Behandlung des Hodenhochstandes. Der Appell an die Eltern: Stellen Sie Ihr Kind im Zweifelsfall spätestens im zweiten Lebenshalbjahr einem mit der Problematik des Hodenhochstandes vertrauten Kinderspezialisten vor. Lassen Sie sich über die Notwendigkeit, die Form und den Zeitplan der Behandlung genau und kritisch informieren.

Willi Farwick-Bürfent

Zurück in den Mutterleib – wie sich die Hoden ausbilden

- ▶ Um die Anatomie des Urogenitaltraktes – also der Harn- und Geschlechtsorgane – zu verstehen, geht man am besten in den Mutterleib zurück: Der Hoden stammt vom selben Keimgewebe ab wie die Nieren, er entsteht unterhalb der Nieren.
- ▶ Dem Harnleiter entspricht der Samenleiter, die Blutgefäße kommen aus den Nierengefäßen. Noch im Mutterleib wandert der Hoden nach unten durch die Bauchhöhle, den Leistenkanal und bis in den Hodensack. Bei dieser Wanderung nimmt er dreierlei mit: den Samenleiter, der dann durch den Leistenkanal Richtung Blase zieht; außerdem die Blutgefäße, die später an der Hinterseite des Bauchraumes bis in die Höhe der Nierengefäße verlaufen – und schließlich noch ein Zipfelchen des Bauchfells.
- ▶ Wie diese „Wanderung“ genau verläuft und wodurch sie gesteuert wird, ist noch nicht in allen Einzelheiten geklärt. Verschiedene Gründe und Faktoren kennen wir, andere aber noch nicht.
- ▶ Dementsprechend sind die Ursachen für einen Hodenhochstand wissenschaftlich bisher nur teilweise bekannt. Man spricht von einer „multifaktoriellen Ursache“.

Krebsrisiko: Ein offenes Wort

- ▶ Ob und wie stark das Risiko eines späteren Hodenkrebses bei Kindern mit Hodenhochstand erhöht ist, wird unterschiedlich beurteilt und hängt von vielen Faktoren ab. Betroffen sind Männer im typischen Alter von 20 bis 40 Jahren.
- ▶ Bei unterschiedlichen Meinungen bleibt die Konsequenz dieselbe: Alle Jungen – und ganz besonders solche, die wegen eines Hodenhochstandes behandelt wurden – sollten ab dem 15. Lebensjahr zur Selbstuntersuchung ihrer Hoden angehalten werden. Und sie sollten sich bei jeder, insbesondere bei jeder schmerzlosen Vergrößerung oder Verhärtung der Hoden einem Arzt anvertrauen.

Auch Indianerherz kennt

Schmerz



Die Indianer Nordamerikas kannten zahlreiche Wege, Krankheiten, Schmerzen und Verletzungen zu behandeln.

Ein kleiner Einblick in eine genauso vielfältige wie faszinierende Kultur.

Jede Beschäftigung mit indianischer Realität ist immer auch eine Beschäftigung mit durch Fiktion, Film und Fernsehen vermittelten Missverständnissen. In Deutschland fällt das Wort „Indianer“ selten ohne den Namen Karl May. Aber auch anderswo in der Welt hat das Bild über die Wirklichkeit, hat der einseitige Mythos über die Vielfalt gesiegt. Die Idee, dass es eine einzige, gemeinsame indianische Sprache, Kultur oder Heilweise geben könnte, ist ähnlich absurd, als würde man fragen: „Können Sie mal was auf Europäisch sagen?“

Die Vorstellung von Krankheiten und deren Heilung bei den Ureinwohnern Amerikas ist untrennbar vom Bild des rasselnden Medizinmannes bestimmt, der singend um den stoisch leidenden Patienten herumtanzt. Wurde getanzt? Ja. Gab es „Medizinmänner und -frauen“? Ja. Wurde stoisch gelitten? Bisweilen. Der „Medizinmann“ im Sinne des in die Mysterien vertieften Schamanen ist eine fiktive Verschmelzung



vieler verschiedener Heilkundiger der indianischen Gesellschaften. Männer waren in diesem Beruf ebenso häufig zu finden wie Frauen. Es gab Kräuterkundige, Knochenrenker, Trance-spezialisten, spirituelle Fachleute – manchmal in einer Person vereint, meistens aber auf viele Menschen verteilt.

Universalheiler und Spezialisten

Die indianischen Gesellschaften sind grob zu unterscheiden in nomadische Völker und sesshafte Gesellschaften. Die Indianer selbst sprechen von „Nationen“. Die Größe der einzelnen Siedlungen bzw. Gruppen konnte von dreißig bis zu dreihundert variieren. Entsprechend kann man sich vorstellen, dass eine große Nation viele verschiedene Spezialisten der Heilkunst ausbilden kann, während in den kleineren Gruppen oft eine Person für alles verantwortlich war. Nomaden folgten meist dem Jahreszyklus ihrer Hauptbeutetiere, konnten also unterwegs viele verschiedene Naturdenkmale, Steine und Kräuter kennenlernen, die für den ganzen Jahresweg haltbar gemacht werden mussten. Sesshafte Gesellschaften waren in ihrem Bewegungskreis eingeschränkter, entwickelten aber hochspezielles Wissen innerhalb ihres Lebensbereiches.

Man kann auch nicht von einer indianischen Religion sprechen. Religion als Abspaltung der Spiritualität vom materiellen Leben ist den Indianern fremd. Und „Manitu“ bedeutet übrigens nicht „Gott“. Es ist ein Algonquin-Wort für Geistwesen, stammt also aus einem Dialekt des Nordostens und ist ziemlich sicher nie von einem

Apachen verwendet worden. Gelbe Karte schon wieder für Karl aus Radebeul.

Die indianische Vorstellung der Welt ist im Allgemeinen (mit einiger Vorsicht angesichts der präkolumbianisch existierenden 500 Nationen) eine animistische zu nennen. D.h. in der Auffassung der Menschen war jedes existierende Ding belebt, hatte einen Geist, eine Aufgabe, eine Lebensspanne – und Gefühle. Das galt für Tiere, Pflanzen, Steine und ebenso für Naturerscheinungen. Der Mensch stand in ununterbrochener Verbindung zu dieser unsichtbaren belebten Welt, die auch als Geistwelt bezeichnet wurde. Die Kommunikation zwischen Mensch und Geistwelt war nicht nur den heiligen Zeremonien oder Ritualen vorbehalten, sondern drückte sich in allen Handlungen des Alltagslebens aus.

Krankheit als Ausdruck von Ungleichgewicht

Dennoch waren die Geister nicht so leicht zu verstehen und es konnte – auch durch Versehen oder Verstöße gegen das allgegenwärtige Gleichgewicht – zu Verstimmungen kommen.

Krankheiten wurden als eine Folge eines solchen Ungleichgewichtes angesehen. Und deswegen wurden sie nie als Einzelercheinung, sondern immer als Ausdruck eines empfindlichen, gestörten Systems behandelt. Genauso konnte der Kranke nicht isoliert betrachtet werden, sondern immer nur als ein Anteil seines Familien- oder Clansystems.

Die Heilung eines Kranken musste, um erfolgreich zu sein, immer auf mehreren Ebenen stattfinden: Handelte es sich zum Beispiel um einen Bruch, musste dieser natürlich manuell versorgt werden. Meist benutzte man nasses Leder, das sich beim Trocknen wie eine Schiene zusammenzog. Kräuter wurden verabreicht, um die innere Heilung zu fördern – aber auch und gerade die geistige Ursache für die Verletzung musste behandelt werden.

Um diese herauszufinden, reiste ein Trancespezialist in die Geistwelt. Er oder sie begab sich in Gegenwart des Kranken und von dessen Familie in einen Trancezustand (dazu wurde entweder getrommelt, gerasselt oder gesungen), um dann zu erfragen, welches Vergehen mit der Krankheit oder dem Unfall in Verbindung stehen würde. Oftmals befand der Geistreisende, die Ursache liege in dem Bruch einer Tabuvorschrift, wie etwa eine Unvorsichtigkeit gegenüber dem Beutetier bei der Jagd oder ein vergessenes Dankgebet bei der Essensvorbereitung.

Manchmal lag aber als Diagnose auch Fremdverschulden vor, wie zum Beispiel der so genannte „böse Blick“, eine Art missgünstiger Verwünschung. In Mexiko wickeln noch heute viele Indi-





genas ihre Kinder in bunte Tücher, um ihrer Vorstellung nach den „bösen Blick“, der Krankheiten bringen kann, abzuwenden.

Mahlzeiten für Verstorbene

In seinem Trancezustand erfuhr der Geistreisende nicht nur die Ursache, sondern auch die notwendige Wiedergutmachung, die er dann der Familie mitteilte. Die Familie hatte die Verantwortung, das Gleichgewicht wieder herzustellen. Gelang ihr das, genas der Kranke vollständig. Starb der Patient – etwa an den Folgen seiner Verletzung – ging man davon aus, dass er nun selbst in der Geistwelt Abbitte leisten könnte.

Dabei wurde der Tod des Kranken nicht gefühllos hingenommen. Obwohl es als Tugend galt, seinen Schmerz und seine Gefühle in der Öffentlichkeit zu beherrschen, kennen viele indianische Gesellschaften Lieder und Gebete, um Schmerz zu äußern. Ekstatische Trauergesänge sind zum einen Ausdruck des spirituellen Abschieds von der Seele des Toten, zum anderen eine Möglichkeit für den Hinterbliebenen, zutiefst empfundenen Schmerz bis zu einem Punkt der erschöpften Erleichterung auszudrücken. Viele indianische Völker kannten rituelle Schnittverletzungen, oder auch das Absengen ihrer Haare als Ausdruck ihrer Trauer. In manchen Gesellschaften wurde für Verstorbene für einen langen Zeitraum noch eine Mahlzeit ans Feuer gestellt, mit der Zeit immer weniger, bis er sich auf die Nahrung seiner neuen Welt eingestellt hatte.

Bis zum siebten Jahr wie ein Engel

Kinder nehmen dabei eine ganz besondere Stellung in der indianischen Kultur ein. Die Yaqui etwa glaubten, dass ein Kind bis zu seinem siebten Lebensjahr ein geistig reines Wesen bleibt. Binnen dieser ersten sieben Jahre kann ein Kind für keinen Regelverstoß zur Rechenschaft gezogen werden. Doch es ist Aufgabe der Gemeinschaft, ihm bereits in diesen Jahren den Weg zu weisen. In den nächsten sieben Jahren hat das Kind dann die Möglichkeit, sich für einen Weg zu entscheiden: Entweder die Gemeinschaft in ihren Regeln und Vorschriften zu respektieren und ein Teil von ihr zu werden oder sich gegen sie zu stellen.

Wenn das Kind sich entscheidet, sich nicht an die Regeln der Gesellschaft zu halten, kann es mit vierzehn Jahren bereits aus der Gemeinschaft ausgesondert werden. Mit etwa vierzehn Jahren wird das Kind in den Kreis der Erwachsenen initiiert. Sein ganzes Leben war eine Vorbereitung auf die vielen verantwortungsvollen Aufgaben, die ihm nun zufallen.

Die Krankheit eines Kindes wird oft als Hinweis auf das Versagen der Erwachsenen in dem das Kind umgebenden System verstanden, oder sie wird in der Missgunst anderer begründet gesehen. Besonders begabte, schöne oder kluge Kinder werden deswegen mit besonderen Schutzvorkehrungen durch ihre Familien versehen. Ähnlich wie bei Dornröschen...

Und wo wir gerade von hundertjährigem Schlaf reden – all das ist inzwischen größtenteils Geschichte. Die indianische Wirklichkeit des 21. Jahrhunderts ist für romantische Vorstellungen und Projektionen nicht angelegt. Viele Heilrituale und ebenso das animistische Weltverständnis werden in kleinen Kreisen verschiedener Traditionen weiterhin am Leben erhalten, aber der Großteil der Ureinwohner hat sich von diesen Lebensformen sehr weit entfernt. Was bleibt, sind bewundernswerte Weltbilder einer ehemals unglaublich vielfältigen Kultur, in der der Mensch, ebenso wie seine Umgebung, Ausdruck einer anderen, geistigen Wirklichkeit ist.

Viola und Peter Alvarez

Über die Autoren

Peter und Viola Alvarez arbeiten als freie Autoren und Seminarleiter zu Persönlichkeitsentwicklung, Kommunikation, Konflikt- und Krisenbewältigung. Gemeinsam haben sie ein Sachbuch veröffentlicht, „Geheimnisse Indianischer Heilens“.

Viola Alvarez ist ebenfalls Autorin von drei Romanen, „Das Herz des Königs“, „Wer gab Dir, Liebe, die Gewalt“ und „Die Nebel des Morgens“. Im Herbst 2008 erscheint der erste Band ihrer neuen Trilogie „Der Himmel aus Bronze“.

? | Wie gesund muss mein Kind

für die Narkose sein

Wenn der Kinderchirurg zu einer Operation rät, wird der Eingriff in den meisten Fällen unter Vollnarkose durchgeführt. Muss das Kind dafür völlig gesund sein? Oder wie ist beispielsweise ein normaler Schnupfen zu bewerten?

Mein Kind braucht eine Vollnarkose! Diese Vorstellung löst bei vielen Eltern – verständlicherweise – Unsicherheiten und Ängste aus. Das Risiko, eine schwere Anästhesiekomplikation zu erleiden, ist heutzutage jedoch sehr gering. Dies verdanken wir einerseits verbesserten Narkosetechniken und Überwachungsstandards. Andererseits hat die Erfahrung des Anästhesisten, die er speziell mit der Narkose bei Kindern hat, einen sehr hohen Stellenwert. Darüber hinaus spielen der aktuelle Gesundheitszustand bzw. chronische Erkrankungen des Kindes eine wesentliche Rolle. Hier einige häufige Erkrankungen und ihre möglichen Auswirkungen auf die Narkosefähigkeit eines Kindes.

Infekte der oberen Atemwege

Derartige Infekte reichen vom einfachen Schnupfen bis hin zum grippalen Infekt mit Husten, Fieber und Beeinträchtigung des allgemeinen Befin-

dens. Abhängig vom Schweregrad des Infekts kann es häufiger während und nach der Narkose zu Problemen wie Krupp-Husten oder einem Asthma-Anfall kommen. Je kleiner das Kind, umso ausgeprägter kann dies sein. Auch noch ein bis zwei Wochen nach einem Atemwegsinfekt können derartige Zwischenfälle auftreten. Der Anästhesist wird deshalb bei solchen Infekten meist dazu raten, mit der Operation noch zu warten, bis die Erkrankung vollständig abgeklungen ist.

Wenn jedoch die Operation nach Meinung des Kinderchirurgen dringend, das heißt also: in den nächsten Tagen, durchgeführt werden muss, dann wird der Anästhesist je nach Schweregrad des Infektes entscheiden, ob auch eine ambulante Narkose möglich ist.

Kinder, die an vergrößerten Rachenmandeln (Polypen) operiert werden, sind meist nur selten über einen längeren Zeitraum infektfrei: Die Operation soll ja gerade dazu führen, dass die Infekthäufigkeit abnimmt. In solchen Fällen ist die Narkosefähigkeit vom Verlauf des Infektes abhängig und muss im Einzelfall entschieden werden.

Akuter Magen-Darm-Infekt

Erbrechen und Durchfall können eine erhebliche Belastung für den Organismus darstellen. Nach einem akuten Magen-Darm-Infekt sollte sich das Kind einige Tage erholt haben und wieder wie üblich essen und trinken können. Auch der Stuhlgang sollte sich normalisiert haben. Der Anästhesist wird bei der Voruntersuchung besonders darauf achten, dass keine Zeichen eines Flüssigkeitsmangels mehr bestehen.

Nach Kinderkrankheiten wie z.B. Windpocken, Drei-Tage-Fieber oder Scharlach muss individuell – ggf. nach Rücksprache mit dem Kinderarzt – entschieden werden, wann das Kind eine Narkose ohne zusätzliches Risiko verträgt.

Chronische Erkrankungen

Bei chronischen Erkrankungen wie der Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus), bei Anfallsleiden (Epilepsie), Herzfehlern oder Asthma bronchiale gilt allgemein, dass sich das Kind in einer stabilen Krankheitsphase befinden muss. Dies gilt auch dann, wenn das Kind bereits am Herzen operiert wurde. Der Anästhesist wird im Vorgespräch ausführlich auf den Verlauf der Erkrankung eingehen. Insbesondere wird auch zur Sprache kommen, welche Medikamente regelmäßig eingenommen werden müssen oder wie z.B. bei der Diabeteserkrankung das Blutzuckertagesprofil ist.

Die Medikamenteneinnahme am Vortag der Operation sowie am Operationstag selbst wird ausführlich besprochen. In der Regel wird der betreuende Kinderspezialist mit einbezogen; eventuell müssen noch aktuelle Untersuchungen wie z.B. ein EKG durchgeführt oder aus Blut und Urin bestimmte Laborwerte erhoben werden.

Bei allen diesen Erkrankungen ist eine gute Absprache und Kooperation mit den Eltern, dem Kinderanästhesisten, dem Kinderchirurgen und dem behandelnden Kinderarzt von großer Bedeutung.

Ohne Koffer zur OP:

**Kinder erholen
sich am liebsten zu Hause**



**Operation, fremde Umgebung,
Trennungsschmerz –
für ein krankes Kind,
das operiert werden muss,
bedeutet ein Krankenhausaufenthalt eine große
seelische Belastung.**

Der Begriff „Krankenhaus“ ist für viele Kinder oft mit Angst besetzt: Sie wissen nicht, wer oder was sie dort erwartet, was mit ihnen passiert, oder sie haben schon Furcht einflößende Geschichten von anderen Kindergartenkindern oder Mitschülern gehört. Für die Eltern ist die Situation ebenfalls belastend: Entweder müssen sie ihr Kind über Nacht allein in einer fremden Umgebung zurücklassen oder selbst mit in der Klinik bleiben und so möglicherweise ihre anderen Kinder oder den Job vernachlässigen.

Was Eltern häufig nicht wissen: Viele Eingriffe können heute ambulant vorgenommen werden – beispielsweise die OP eines Leistenbruchs, die Entfernung der Rachenmandeln oder die OP eines Hodenhochstands. Auch eine Vorhautverengung kann in der Regel ambulant operiert werden. Möglich macht dies die moderne Medizin mit neuen schonenden Operationstechniken und schonenderen Narkosen. Ge-



rade kleine Patienten werden durch einen ambulanten Eingriff psychisch weniger belastet und können zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung schneller gesund werden.

Eltern können mitentscheiden

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat daher mit ihrem Kooperationspartner, der Nordpark Klinik GmbH, ein besonderes Angebot geschaffen. Es unterstützt Eltern, die ihr Kind nach der Operation wieder mit nach Hause nehmen möchten. Über 40 kinderchirurgische Eingriffe können von besonders qualifizierten Kinderchirurgen ambulant vorgenommen werden. Die Ärzte gehören dem Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands e.V. an. Auch Fachärzte für HNO, Chirurgie/Traumatologie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Chef- und Oberärzte von Krankenhäusern mit einem kindermedizinischen Schwerpunkt sind mit eingebunden. Bundesweit sind rund 130 Praxen beteiligt (Stand März 2008).

Die Vorzüge für die betroffenen Familien: Die Eltern können mitentscheiden, wann, wo und von wem ihr Kind operiert wird und ob der Eingriff ambulant vorgenommen werden soll. Bei der Suche nach einem entsprechenden Operateur unterstützt die TK oder die Nordpark Klinik die Eltern. Der operierende Arzt, den die Eltern ausgesucht haben, übernimmt die gesamte weitere Organisation. Er stimmt sich mit dem be-

handelnden Kinderarzt ab und sorgt dafür, dass alle Spezialisten koordiniert Hand in Hand arbeiten. Die medizinische Versorgung erfolgt auf höchstem Niveau – ohne Verzicht auf Sicherheit.

Nach der OP direkt nach Hause

Das Kind wird am Tag der Operation schon wieder nach Hause entlassen und schläft im eigenen Bett. In der vertrauten Umgebung kann der kleine Patient ohne Trennungsschmerz am besten und schneller gesund werden. Unter bestimmten Voraussetzungen kümmert sich die Krankenkasse auch um einen Pflegedienst, der für die Krankenpflege der kleinen Patienten nach Hause kommt.

Sollte eine Übernachtung im Krankenhaus medizinisch doch einmal ratsam sein, ist dies problemlos möglich. Die Krankenkasse übernimmt dann auch die Übernachtungskosten für eine erwachsene Begleitperson. Die TK-Versicherten profitieren neben der hochwertigen Behandlung von einem erweiterten Service.

Fast alle Eltern sind dafür

Die medizinische Betreuung aus einem Guss bezeichnen Gesundheitsexperten auch als integrierte Versorgung. Unnötige Doppeluntersuchungen und für die kleinen Patienten oft lästige Wartezeiten werden vermieden. Und die Kinder freuen es: Sie können sich in aller Ruhe zu Hause im eigenen Bett mit ihren Lieblingsspielsachen erholen und so schneller wieder gesund werden.

Die Resonanz bei Müttern und Vätern ist überaus positiv: Bei einer Befragung bescheinigten mehr als 91 Prozent der Eltern, deren Kind im Rahmen des besonderen TK-Angebotes operiert worden war, der Behandlung eine sehr gute beziehungsweise ausgezeichnete Qualität. Die Eltern konnten in der Regel mit den Anforderungen gut umgehen, die eine ambulante OP an sie stellt. 99,6 Prozent der Eltern konnten gewährleisten, dass ihr Kind nüchtern zur OP kam. Mehr als 92 Prozent konnten ihr Kind nach der OP ruhig halten.

TK-Versicherte können an dem integrierten Versorgungsangebot unkompliziert teilnehmen, sie unterzeichnen lediglich eine Teilnahme-Erklärung beim Arzt. Alle Ihre Fragen zum TK-Angebot beantworten TK-Mitarbeiter unter der Rufnummer 0 180 1/85 44 85 (ab 4 Cent pro Minute, abhängig vom Anbieter). Weitere Informationen zu ambulanten Operationen für Kinder und Jugendliche und Auskunft über die teilnehmenden Operateure und Klinikärzte in den jeweiligen Regionen gibt auch die Nordpark Klinik unter der Rufnummer 03 61/60 26 08-3.

Gabriele Baron

Techniker Krankenkasse

Ausführliche Informationen

Weitere Infos zum Thema „Ambulantes Operieren“ und zu dem Angebot „Ambulante Kinderchirurgie“ finden Sie auch im Internet unter **www.ambulant-operieren.info**

! | „Wir wollen Kinder richtig gut behandeln“



Was Fachleute „integrierte Versorgung“ nennen, bietet Kindern und ihren Eltern, aber auch Kassen und Ärzten viele Vorteile.

Dr. Ralf Tanz ist 2. Vorsitzender des Berufsverbandes der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (BNKD) und Geschäftsführer der Nordpark Klinik in Erfurt. Diese Praxisklinik für integrierte medizinische Versorgung hat bereits mit einem guten Dutzend Krankenkassen Verträge

geschlossen, um kleinen Patienten bei besonders qualifizierten Kinderchirurgen eine Behandlung „aus einem Guss“ anzubieten.

Im folgenden Gespräch beantwortet Ralf Tanz die wichtigsten Fragen in Bezug auf die „integrierte Versorgung.“



Dr. Ralf Tanz,

2. Vorsitzender des BNKD
und Geschäftsführer
der Nordpark Klinik.

? | *Was hat Sie bewogen, sich in der integrierten Versorgung zu engagieren und die Nordpark Klinik zu gründen?*

Kinder brauchen eine auf ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnittene Medizin, denn sie sind eben keine kleinen Erwachsenen. Kinder haben ein Recht auf die allerbeste Versorgung – und zwar überall in unserem Land. Eine flächendeckende, hochwertige und kindgerechte Versorgung kleiner Patienten durch qualifizierte und erfahrene Kinderchirurgen sicherzustellen, das war unser Motiv bei der Gründung der Nordpark Klinik. In diesem Prozess sind die Krankenkassen unsere Partner.

? | *Wenn mein Kind eine Operation braucht – wie hilft mir dann die Nordpark Klinik?*

Über unsere Homepage oder unsere Hotline können Sie schnell herausfinden, ob die Kasse, bei der Sie versichert sind, bereits mit uns kooperiert, also für einen ambulanten Eingriff in einer unserer Vertragskliniken die Kosten tragen wird. Im Internet ist ein OP-Katalog einsehbar, d.h. es wird ersicht-

lich, ob der anstehende Eingriff tatsächlich ambulant abgerechnet werden kann. Außerdem können die Eltern sich informieren, wo in ihrer Nähe ein Kinderchirurg die Operation ausführt. In der Nordpark Klinik selbst wird also nicht operiert – sie ist eine Management-Gesellschaft mit rein organisatorischen Aufgaben. Der Leitsatz der Gesellschaft lautet: Kompetenz durch Qualitätsmanagement und Subspezialisierung.

? | *Das klingt gut, aber: Was haben kranke Kinder und ihre Eltern genau davon?*

Zuerst einmal arbeiten wir nur mit Kinderchirurgen zusammen, die im BNKD Mitglied sind sowie mit HNO-Ärzten und pädiatrisch erfahrenen Narkoseärzten. Der Verband fordert, fördert und überprüft die Qualität der Arbeit seiner Mitglieder. Die Nordpark Klinik selbst sorgt für ein striktes, überwachtes Kosten- und Qualitätsmanagement: Da kann nicht jeder behandeln, wie er will, es gibt verbindliche Leitlinien. All das wirkt sich natürlich auf die Effizienz der erbrachten ärztlichen Leistung aus.

Einige Zahlen veranschaulichen das: Normalerweise ist bei operativen Eingriffen, ganz gleich ob ambulant oder stationär, ob bei Kindern oder Erwachsenen, eine Komplikationsrate von insgesamt 2–3 Prozent üblich. Bei den Operateuren der Nordpark Klinik weist die Statistik 0,25 Prozent Frühkomplikationen und 0,13 Prozent Spätkomplikationen aus. Das ist vergleichsweise sehr, sehr wenig! Die Ärzte der Nordpark Klinik arbeiten auf höchstem medizinischen Niveau – und das gilt nicht nur für sie selbst, sondern auch für ihr

Pflegepersonal – und bieten dank guter Ausstattung größtmöglichen Komfort für die kleinen Patienten und ihre Eltern. So werden Kinder einfach schneller wieder gesund.

? | *Welche Vorteile bietet es den Krankenkassen, mit der Nordpark Klinik zusammen zu arbeiten?*

Ein wesentliches Argument dürfte sein, dass sie schlicht Geld sparen. Und da diese Ersparnis nicht durch Qualitätsverlust erkaufte wird, sondern sich – ganz im Gegenteil! – auf mehr Effizienz gründet und mit mehr Qualität einhergeht, ist das natürlich auch ein gutes Marketing-Argument, mit dem sich um neue Mitglieder werben lässt.

? | *Haben die niedergelassenen Kinderchirurgen auch etwas von einer Kooperation?*

Auf diesem Wege werden mehr Patienten zu ihnen gelenkt – und sie haben einen deutlichen Vertrauensvorschuss, weil sie den Eltern ja gleich von zwei Seiten empfohlen wurden, von der Nordpark Klinik und von der Kasse. Der niedergelassene Kinderchirurg oder HNO-Arzt kann Patienten auf diese Weise auch besser an seine Praxis binden und seine Kompetenz nach außen darstellen. Außerdem kann der Arzt innovative Behandlungsmethoden anbieten, die sonst meist nur die privaten Versicherer bezahlen. Und nicht zuletzt: in vielen Fällen bedeutet die Kooperation auch ein besseres Honorar, denn das wird in diesem Fall direkt mit den Kassen ausgehandelt.

Interview: Petra Kniebes

Die Nordpark Klinik

Weitere ausführliche Informationen über die Nordpark Klinik in Erfurt finden Sie im Internet unter **www.nordparkklinik.de**

Oder Sie rufen uns an über die Hotline:
03 61/60 26 08-3

**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** – Halt die Maus ...

www.kindersicherheit.de

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