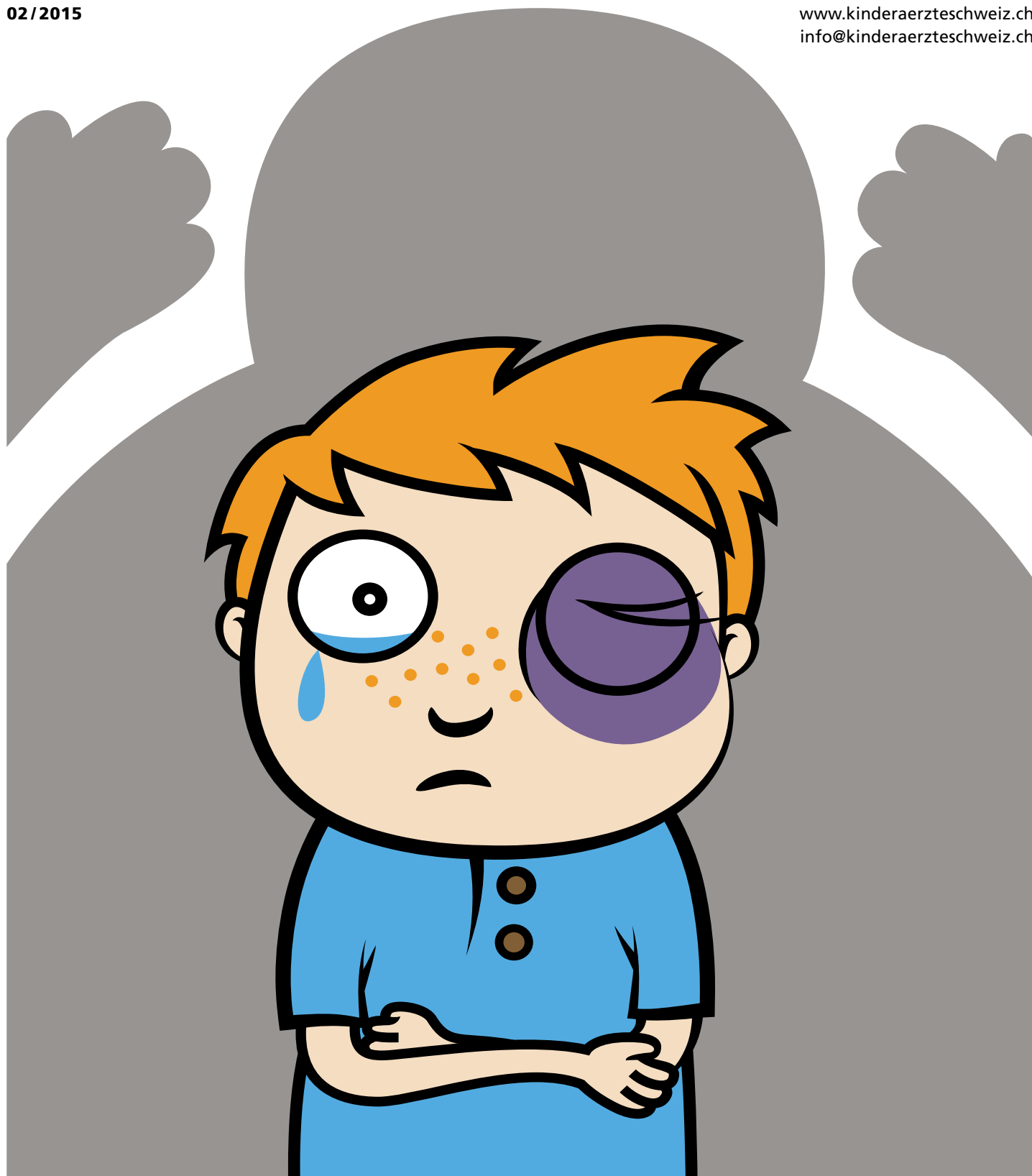




02/2015

www.kinderaerzteschweiz.ch

info@kinderaerzteschweiz.ch



Synergistisch wirksam gegen Akne^{1,2,3}

IHRE PATIENTEN WOLLEN SCHNELL
SICHTBARE ERGEBNISSE, SORGEN SIE FÜR
NACHHALTIGE.

antibiotikafrei



Epiduo hilft Ihnen, die Akne Ihrer Patienten synergistisch durch die Fixkombination von 2 Basistherapeutika in Angriff zu nehmen und liefert dadurch nachhaltige Ergebnisse.

Ihre Patienten werden es Ihnen danken.^{1,4}

Epiduo® 0.1% / 2.5% Gel
adapalene / benzoyl peroxide

Epiduo® Gel Z: 1 g Gel enthält 1 mg Adapalenum (0.1% G/G) und 25 mg Benzoyl peroxidum (2.5 % G/G). **I:** Behandlung der Haut bei Acne vulgaris, bei Vorliegen von Komedonen, Papeln und Pusteln **D:** 1 x täglich, abends auf die gesamten von Akne befallenen Flächen auftragen **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe des Präparates **VM:** nicht auf beschädigte und ekzematöse Haut auftragen, bei irritativen Reaktionen die Medikationshäufigkeit reduzieren. Mögliche Kontaktsensibilisierung allergologisch abklären. Kontakt mit Augen-, Mund-,

Nasen- und sonstigen Schleimhäuten vermeiden. Keine Anwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit. **IA:** andere Retinoide, Benzoylperoxid oder sonstige Arzneimittel mit ähnlicher Wirkung nicht gleichzeitig einsetzen **UW:** trockene

Haut, irritative Kontaktdermatitis, Hautabschuppung, Desquamation, Erythema, Hautbrennen, Hautirritation, Sonnenbrand; Anzeichen lokaler Unverträglichkeit bilden sich anschliessend zurück **P:** Tube à 30 g (Liste B), Tube à 60 g (Liste B), Dispenser à 45 g (Liste B). Kassenzulässig. Weiterführende Informationen finden Sie unter www.swissmedinfo.ch. Stand der Information: April 2011.

Referenzen:

1. Gollnick HPM et al. Br J Dermatol. 2009 Nov;161(5):1180-9.
2. Thiboutot DM et al., J AM Acad Dermatol. 2007; 57(5):791-799,
3. Pariser DM et al., J Drugs Dermatol. 2007; 6(8):898-904
4. Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch
GALDERMA SA, Postfach 492, 6330 Cham, www.galderma-spirig.ch

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology
spirig



IMPRESSUM

REDAKTIONSTEAM:

Dr. Stefanie Gissler Wyss, Neuendorf; Dr. Raffael Guggenheim, Zürich; Dr. Cyril Lüdin, Muttenz; Dr. Carsten Peters, Frauenfeld (Leitung); Dr. Nadia Sauter Oes, Winterthur; Dr. Kerstin Walter, Bern; Sylvia Locher, Geschäftsführerin

HERAUSGEBERIN:

Verlag Praxispädiatrie GmbH,
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

ABO:

4 Ausgaben/Jahr: Fr. 48.– inkl. Porto (für Mitglieder inklusive)

TITELFOTO:

shutterstock.com

KORRESPONDENZ:

Kinderärzte Schweiz
Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
Telefon 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
info@kinderarztteschweiz.ch, www.kinderarztteschweiz.ch

INSERTATE:

Dr. med. Cyril Lüdin, cyril@luedin.eu

GRAFIK, SATZ UND DRUCK:

Vogt-Schild Druck AG, CH-4552 Derendingen
Auflage: 1450 Expl.
Nächste Ausgabe: 03/2015
Redaktionsschluss: 29. Juni 2015

EDITORIAL

- 5 Kinderschutz macht man nie allein!

BERUFSPOLITIK

- 6 Impfstoffe – ein Dauerbrenner
7 Mehr leisten und sparen
9 Schule und Pädiatrie – oder Fahrt auf hoher See

FORTBILDUNG

- 10 Austausch statt Schlagabtausch
Interview mit Georg Staubli, Leiter Kinderschutzgruppe
Kinderspital Zürich
14 Möglichkeiten und Grenzen in der Zusammenarbeit
mit der KESB

MEINUNGEN

- 16 KESB – An ihren Taten sollt ihr sie erkennen!

FORTBILDUNG

- 18 Kinderarzt und Kinderheim

REPORTAGE

- 20 Sabine Heiniger mit dem Schweizerischen Korps
für Humanitäre Hilfe in Nepal

FÜR SIE GELESEN

- 23 «mutig, mutig»

KURSBERICHTE

- 24 Autismusspektrum-Störungen in der Praxispädiatrie

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

- 25 Kurse KIS

SVUPP

- 26 SVUPP-Kinderärzte für SMOPP in der Mongolei
27 Ultraschallkurse

MEINUNGEN/HINWEISE

- 28 Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche
im Schul- und Adoleszentenalter
29 Die neue Ausgabe von «Baby&Kleinkind» ist da
30 Kinder-Spitex Schweiz
31 Buchstart – Weltwissen für Kinder



HABEN SIE ANREGUNGEN, KRITIK ODER LOB?

Dann schicken Sie uns eine E-Mail an:

info@kinderarztteschweiz.ch

Wir freuen uns.



Auf Basis aktueller Erkenntnisse unserer ENP¹-Forschung zur Prägung durch frühkindliche Ernährung und mehr als 30 Jahren Wissen über Muttermilch setzen wir **einen neuen Standard für Milchnahrungen**.

Eine einzigartige Nährstoffkombination und der höchste LCPs²-Gehalt aller Säuglingsmilchnahrungen³ bringen nachhaltige Vorteile auf die Entwicklung von Stoffwechsel⁴⁻⁶, Immunsystem⁷ und Gehirn⁸.

Aptamil Profutura – Heute für morgen

NUR ERHÄLTlich IN APOTHEKEN UND DROGERIEN



Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für das Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während der ersten 6 Monate.

¹ENP (Early-life Nutritional Programming): Programmierung durch frühkindliche Ernährung.
²Langkettige, mehrfach ungesättigte Fettsäuren. ³Marktbeobachtung Juli 2014. ⁴Forsyth JS et al. (2003). BMJ 326:953-7, 1-5.; ⁵Liu L et al. (2014). J Lipid Res 55(3):531-9 ⁶Wijendran V et al. (2002). Pediatr Res.; 51(3):265-272 ⁷Arslanoglu S et al.(2008). J Nutr. 138:1091-5 ⁸Willatts P et al. (2013). Am J Clin Nutr 98 (suppl):536S-42S



Kinderschutz macht man nie allein!



SYLVIA LOCHER, GESCHÄFTSFÜHRERIN

Wer sind die Akteure, welche in extrem schwierigen Situationen möglichst zielführende und verhältnismässige Lösungen herbeiführen können oder sollen, wenn Kinder und Jugendliche in Not sind? Ein wichtiger Baustein des Systems rund um den Kinderschutz sind sicher die Kinderschutzgruppen der Kantone – sofern sie nicht aufgelöst wurden wie im Kanton Schwyz. Das Interview mit Georg Staubli, dem Leiter der Kinderschutzgruppe und der Opferberatungsstelle des Kinderspitals Zürich, lässt aufhorchen: Das Kispi behandelt pro Jahr 450 Fälle, 100 Kinder und Jugendliche werden stationär betreut. Wie hoch mag die Dunkelziffer sein?

Die Praxispädiater und -pädiaterinnen in den Gemeinden nehmen ebenfalls einen wichtigen Platz im ganzen Gefüge ein. Sie sind oft die erste Instanz, wenn es um das Wohl des Kindes geht und pflegen eine intensive Beziehung zu ihren kleinen Patienten. Sie wissen in der Regel auch, wo der Familie der Schuh drückt. Aber nicht jede wunde Stelle lässt sich mit einem Pflaster oder einer Spritze behandeln. Wenn der Kontakt zum Kind über ein Kinderheim läuft, müssen noch zusätzliche Massnahmen getroffen und eventuell noch mehr Erwartungen erfüllt werden, wie der Bericht von Stefanie Gissler sehr eindrücklich zeigt.

Anfangs 2013 übernahm die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde KESB, eine interdisziplinäre Fachbehörde, die Aufgaben der bisherigen kommunalen Vormundschaftsbehörden. Seither sind knapp eineinhalb Jahre vergangen und die Reaktionen sind sehr vielfältig. Sie reichen von grosser Zustimmung bis zur vehementen Ablehnung der neuen Behörde. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Stimmen aus dem Volk, den Medien oder von Seiten der Kinderärzte selbst kommen. Die persönlichen Erfahrungen sowie die regionalen Gegebenheiten spielen bei der Beurteilung der neuen Behörde eine grosse Rolle. Lesen Sie dazu die Erläuterungen von Corsin Hofmann von der KESB Dübendorf sowie die ganz persönlichen Erfahrungen von unserem langjährigen Mitglied Hannes Geiges. Das Redaktionsteam lässt beide Seiten zu Wort kommen, ganz im Sinne eines Verbandes mit individuellen Mitgliedern, die unterschiedliche Meinungen vertreten. Das Thema KESB ist somit nicht per se abgehandelt, im Gegenteil. Vielleicht können diese komplexen Zusammenhänge der verschiedenen Akteure auf einer breiteren Ebene, das heisst mit Leserbriefen aus den Reihen unserer Mitglieder weiterverfolgt werden.

Es ist eine wahre Freude zu lesen, mit welchem Engagement unsere Kinderärztinnen und -ärzte in der ganzen Welt im Dienste der Ärmsten und Bedürftigsten unterwegs sind. Sabine Heiniger und der SMOPP-Delegierte Raoul Schmid berichten von ihren spannenden Einsätzen.

Zum Schluss möchte ich noch auf eine höchst erfreuliche KIS-Angelegenheit zu sprechen kommen. Die Spatzen pfeifen es schon längst von den Dächern: Wir feiern am 10. und 11. September 2015 unser 20-jähriges Jubiläum im Hotel Seedamm Plaza in Pfäffikon SZ. Das OK hat keine Mühe gescheut, für unsere Mitglieder ein differenziertes, anspruchsvolles und abwechslungsreiches Programm zusammenstellen. Mit zwei Referaten, 24 Workshops à je zwei Sessions, sieben Update- oder Formseminaren sowie zwei Ausstellersymposien darf sich unser Programm sehen lassen. Neu und einmalig ist das Vorprogramm am Donnerstagmorgen mit drei Intensivworkshops. Das komplette Tagungsprogramm liegt dieser Ausgabe bei. Sie können es aber auch online unter www.jahrestagung.ch abrufen. Haben Sie sich bereits angemeldet? Wir zählen auf Sie!

6

Impfstoffe – ein Dauerbrenner



DR. MED. JAN CAHLIK,
AFFOLTERN A. A.
VORSTAND KINDERÄRZTE
SCHWEIZ

Im Rahmen der Probleme mit Lieferungen der Impfstoffe in den letzten Monaten bemüht sich der Vorstand in aktiver Zusammenarbeit mit der Firma GSK um Klärung der Situation sowie Verbesserung der Lage für die Zukunft (siehe auch Bericht im letzten Heft). So hat am 2. April in Zürich ein Treffen mit Daniel Breitenstein (Geschäftsführer GSK Schweiz), Andre Schmutz (Leiter der Abteilung für Impfungen GSK Schweiz), Andrea Hohl und mir stattgefunden.

Die Pharmaindustrie zeigt grosses Interesse an der Zusammenarbeit mit uns in der Praxis tätigen Pädiatern. Es erfolgte ein offener und intensiver Austausch über die Ursachen der aktuellen Situation, die Schwierigkeiten einer raschen Lösung sowie die Verteilungsprioritäten der Impfstoffe für die jeweiligen Länder. Es zeigte sich erwartungsgemäss, dass es sich nicht nur um ein komplexes, sondern auch ein weltweites Problem handelt (GSK hat in der Schweiz zum Teil ein Impfstoffmonopol, weltweit bedienen sie ca. 40% des Impfstoffmarktes).

Hier eine kurze Zusammenfassung der einzelnen Themenbereiche:

Ursachen für die derzeitigen Schwierigkeiten:

1. weltweit gestiegene Nachfrage nach Impfstoffen (u. a. weil sich mehr und v. a. grosse Länder [bessere] Impfungen leisten können, im Augenblick betrifft dies insbesondere alle Impfstoffe mit einer Pertussis-komponente – gross angelegte Impfprogramme in vielen Ländern)
 2. gestiegene Qualitätsanforderungen (die Qualitätskontrollen nehmen ca. 70% der Herstellungszeit in Anspruch – mit steigender Tendenz)
 3. Probleme betreffen alle Hersteller (keine Ausweichmöglichkeiten auf Impfstoffe anderer Firmen)
 4. Produktionsspannen
- Inwieweit diese Entwicklungen vorhersehbar und somit mit entsprechendem Management zu kompensieren gewesen wären, bleibt dahingestellt.

Weltweite Verteilungsprioritäten («Allokation»):

1. medizinischer Bedarf im jeweiligen Land (anhand der Infektionssituation und der lokalen Impfpläne)
2. Alternativmöglichkeiten (z. B. statt Infanrix-IPV: Boostrix Polio, statt Priorix Tetra: Priorix und Varilrix, ...)
3. Möglichkeit auf Konkurrenzprodukte auszuweichen
4. Wirtschaftlichkeit

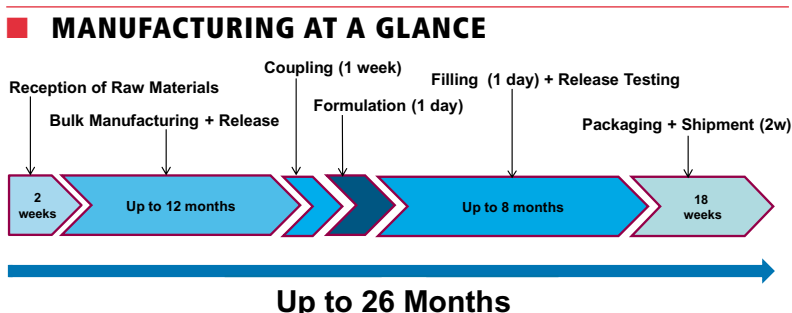
Schwierigkeiten einer (schnellen) Korrektur:

- a) Beschleunigung der Herstellung nicht möglich (s. Abb. 1)
- b) Aufbau neuer Produktionsstätten zur Kapazitätssteigerung dauert ca. 5 Jahre
- c) Flexibilität bei Herstellung nicht möglich (in einer Produktionsstelle statt eines ausreichend vorhandenen einen fehlenden Impfstoff zu produzieren)
- d) Logistikzeiten (Verteilung und Lieferung) zu verkürzen kaum mehr möglich

Bisherige Massnahmen von GSK zur Verbesserung der Situation:

- Verfügbarkeitsinformationen auf der Homepage der Firma
- Vorsorgliche Zulassung aller Produktions-, Weiterverarbeitungsstätten und Transportmöglichkeiten für den Schweizer Markt (Swissmedic muss nicht nur jeden Impfstoff und jede Produktionsstelle, sondern auch alle Lager, Transportwege, usw. zertifizieren. Früher war dies nur für die geplanten Logistikwege für den Schweizer Markt erfolgt, nun holte man dies auch für mögliche Ausweichwege nach)
- Mitarbeit an der Vorbereitung der Pflichtlager
- Im Gespräch wurden weitere, nicht genau definierte (für die Schweizer Mitarbeiter nicht bekannte?, nicht zur Veröffentlichung freigegebene?) Anstrengungen der Konzernspitze (Kapazitätserweiterung durch mehr Mitarbeiter? / neue Produktionsstätten?) angekündigt
- Übernahme der Impfsparte von Novartis – dies sei zum grossen Teil wegen neuer Kapazitätsmöglichkeiten geschehen(?) – Gefahr weiterer Monopolisierung?

Abbildung 1



Es ist also ersichtlich, dass das Thema Impfstoffverfügbarkeit nicht kurzfristig zu erledigen sein wird, sondern uns auch in nächster Zukunft beschäftigen wird. Wir bemühen uns aber weiterhin, im Dialog mögliche Verbesserungswege zu suchen. Der erste Schritt ist bereits die verbesserte Kommunikation – sichtbar in den stattgefundenen Gesprächen sowie in der auf der Homepage von GSK Schweiz aufgeschalteten

Verfügbarkeitsliste mit zu erwartendem Beginn und Ende von Lieferunterbrüchen der betroffenen Impfstoffe. Die Schaffung von Pflichtlagern für Impfstoffe ist aufgegleist, was in der Zukunft Verbesserungen in der Schweiz bewirken könnte. Dies löst aber nicht grundsätzlich das bestehende Problem – die bei uns auf Vorrat gehaltenen Impfstoffe würden in anderen

Ländern fehlen (es ändert sich also lediglich die Allokation).

Wir möchten weiter aktiv bleiben. Für weitere Zusammenarbeit mit den Firmen sind wir aber auf die Mitarbeit interessierter Kollegen angewiesen – seien es Inputs und Ideen oder gar ein aktives Mitmachen! ■

Mehr leisten und sparen



DR. MED.
ROLF TEMPERLI,
VORSTAND HAUS- UND
KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Beides, mehr leisten und gleichzeitig mehr sparen, ist zwar nicht unmöglich, nur müssen die Wege dazu gesucht und gefunden werden. So bleibt es nach wie vor das grosse Geheimnis des Bundesamtes für Gesundheit, wie bei einer wachsenden Bevölkerung mit überproportionaler Zunahme der Alten und teilweise Gebrechlichen und dem steigenden Angebot an teuren Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Kosten gespart werden können. In einer nationalökonomischen Gesamtbilanz vielleicht, innerhalb des engen Budgets der Gesundheitsausgaben sicher nicht. Der Ärzteschaft bleibt nichts anderes übrig, als den Wunschträumen der Politiker und Beamten mit stetigem Rütteln ein Ende zu setzen und stetig neu aufkeimenden Illusionen frühzeitig einen Riegel zu schieben.

Den Ärzteverbänden müssen für diese Aufgaben genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, Leute und Geld. Dass die FMH Millionen sparen muss, ist ein schlechtes Zeichen. Wie viele andere Verbände nimmt sie Aufgaben wahr, welche von vielen Mitgliedern nicht wahrgenommen werden.

Die Beurteilung parlamentarischer Initiativen, die Stellungnahme zu neuen Gesetzesvorlagen und der Austausch mit Parlamentariern gehören dazu, eine aufwändige Arbeit, die manchmal, aber nicht immer von Erfolg gekrönt ist. Gleiche Aufgaben erfüllt MFE für die Anliegen der Haus- und Kinderärzte.

In der Frühlingssession der Eidgenössischen Räte wurde das Medizinalberufegesetz verabschiedet (mit der Verpflichtung zum Beherrschen einer Landessprache und zum Eintrag in ein Gesundheitsberuferegister; Anpassung des Pharmaziestudiums, welches Apothekern vermehrte Beratungskompetenz geben soll). Noch nicht abgeschlossen sind die Diskussionen um die Verpflichtung, ein elektronisches Patientendossier zu führen. Abgelehnt wurde eine verschärfte Überwachung der Ritalinverschreibung. Unterdessen musste der Bundesrat aufgrund der negativen Rückmeldungen auch sein Projekt für ein Nationales Qualitätszentrum im Gesundheitswesen begraben. Und das neue Heilmittelgesetz erlaubt es weiterhin, Rabatte zu gewähren. Um-

stritten ist noch, ob bei jeder Medikamentenabgabe in der Praxis zwangsweise ein Rezept ausgestellt werden muss. MFE und FMH haben sich an diesen und vielen weiteren Debatten beteiligt und die Meinung der Ärzteschaft aktiv vertreten.

In der parlamentarischen Sondersession vom Mai 2015 wurden neun (9) neue Vorstösse im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen eingereicht, zweihundertvierzehn (214) sind zurzeit noch hängig! Vernehmlassungen zu neuen Gesetzen erreichen uns alle zwei Wochen.

Infolge der parlamentarischen Initiative Joder ist aktuell ein Vorschlag zur Revision des KVG in Vernehmlassung, welche es Pflegefachpersonen in Zukunft erlauben soll, Pflegeleistungen (Abklärung, Beratung, Koordination, Grundpflege) unabhängig von einer ärztlichen Verordnung zu erbringen und selbstständig abrechnen. Eine Motion verlangt, dass auch Podologinnen auf Kosten der Krankenkasse abrechnen können. Eine neue Motion will die ausgewogene Versorgung dank differenzierten Taxpunktswerten ermöglichen.

Und zu guter Letzt: Der Bundesrat hat eine lang unter Verschluss gehaltene – vom BAG veranlasste – Studie zur Kenntnis genommen, welche aufzeigt, was wir schon lange wussten: «dass Patientinnen und Patienten, die die Medikamente direkt vom Arzt oder der Ärztin erhalten, geringere Arzneimittelkosten zulasten der Krankenversicherung verursachen. Sie erhalten namentlich mehr verschiedene Medikamente und häufiger preiswerte Generika.»

Sparsam ist möglich. Leistung kostet. Auch Verbandsarbeit, die im Hintergrund erledigt wird. Nicht immer ist das Resultat so offensichtlich wie beim Zuschlag für hausärztliche Leistung, von dem wir alle profitieren.

NB: Das Manöver der Helsana, Rechnungen mit dem Hausarztzuschlag nach eigenem Ermessen nicht zu bezahlen, hat einmal mehr gezeigt, dass wir im tiers payant der Kasse gänzlich ausgeliefert sind, währenddem im tiers garant der Patient mitreden kann. Der Protest der Patienten dürfte die Helsana zum Einlenken gezwungen haben. Tiers garant! ■

DEM GEHEIMNIS DER MUTTERMILCH AUF DER SPUR

**SPEZIALISTEN
WELTWEIT
BESTÄTIGEN:**

Protein wird als eine der
wichtigsten Komponenten
der Muttermilch
angesehen.¹

**Die einzigartige Zusammensetzung des
Milchproteins spielt eine Schlüsselrolle
für die Entwicklung und Gesundheit Ihres
Babys – jetzt und in Zukunft.** So kommt die
Muttermilch mit einer geringen Proteinmenge
aus, die aber von sehr hoher Qualität ist.

Daher ist Stillen ideal für Ihr Kind. Die WHO
empfiehlt ausschliessliches Stillen während
der ersten 6 Monate.



**Nestlé Muttermilchforschung – unser
Engagement für Mütter und Babys seit
über 50 Jahren.**



Für einen guten Start ins Leben.

¹ Research on breast milk components, March 2014, Russia, Mexico, Brazil, France, China.

Schule und Pädiatrie – oder Fahrt auf hoher See



Quelle: Internet

DR. MED.
ANDREAS WÜRMLI,
PRÄSIDENT VEREIN OST-
SCHWEIZER KINDERÄRZTE
www.v-o-k.ch

So ganz im Osten der Schweiz, kurz in der Ostschweiz, da gibt es zwar keinen direkten Meeresanschluss, aber 4 Matrosen, die in die hohe See stachen. Sie wurden von der Regierung angefragt, das Gewässer um «Die ersten Schuljahre im Kanton St. Gallen» zu erkunden. Dieses Gewässer nannten die Regierenden «Konzept». Da dieses Gewässer «Konzept» sehr wässrig war und doch nicht wasserklar, erlaubten sich die 4 Wagemutigen, im Voraus Erkundigungen einzuziehen. Sie durchkämmten die Weiten des Internets und wurden etwas überflutet. Die verschiedenen Wellen und Meinungen waren sehr anregend, manchmal aber auch zu heftig, sodass sie davon seekrank wurden. Glücklicherweise erholten sie sich immer wieder von der Malaise – und dies auf hoher See! Das Schiff musste sich durch viele Stürme kämpfen, bis es eine klare Antwort gab: Das neue Konzept der Regierung wirft viele Fragen auf, die keine eindeutigen Antworten finden lassen, auch nicht auf dem Grunde der Ozeane. Die 4 Matrosen entschlossen sich deshalb nach ihrer Niederschrift der Antwort an die Regierung, selber Licht ins Dunkle zu bringen. – Sie organisieren seither Vorträge von namhaften Kapitänen der Pädagogik, der Erziehungswissenschaften, der Psychologie, der Entwicklungspädiatrie etc., etc. um möglichst vorbereitet, möglichst vorausschauend, möglichst zielgenau, – kurz gesagt, um mit bes-

tem Kompass und exakter Karte unterwegs zu sein in den Gewässern rund um die Schule. Aber diese Vorbereitungsarbeit konnten sie nicht in aller Ruhe durchführen. Teile der Regierung wollten, dass die Matrosen unvorbereitet in See stechen sollten. Sie fühlten sich bedroht. Sie hatten Angst, dass man ihre Befehle zu sehr hinterfragt. Sie sahen in den Matrosen Unruhestifter und setzten diese verbal ins Schiff der Gegenpartei. Viele Mittel waren ihnen recht. Nichtsdestotrotz setzten die Vier ihre Arbeit fort und erhielten auch viel Anerkennung für ihren Mut und Durchhaltewillen.

Ja, liebe Kollegen und Kolleginnen, vielleicht habt ihr die Geschichte schon erkannt. Es ist die Geschichte der Ostschweizer Pädiater, die im Namen ihres Vereines (VOK: Verein Ostschweizer Kinderärzte) zusammen mit dem Ostschweizer Kinderspital eine Vortragsreihe organisiert haben mit dem oben genannten Titel.

Wir, als «Anwälte» der Kinder, müssen immer wieder ein wachsames Auge auf die Veränderungen haben, welche Erwachsene für die Kinder planen. So hochtrabend und klar belegt es auch daherkommen mag, wir müssen es prüfen. Natürlich tun die Verant-

Wir, als «Anwälte» der Kinder, müssen immer wieder ein wachsames Auge auf die Veränderungen haben, welche Erwachsene für die Kinder planen.

wortlichen dies alles nach ihrem besten Wissen und Gewissen; aber sie dürfen nie und nimmer diejenigen mit dem meisten Wissen überhören. Die viel gehörten Schlagwörter in der sogenannten Neuzeit der Schule, wie Kompetenz, Lehrplan 21, Harmos, Inklusion, Individualisierung des Unterrichtes etc., sind kein gesicherter Fortschritt. – Wir vier Pädiater (Arnold Bächler, Jürg Barben, Oswald Hasselmann und ich) muten uns nicht zu, die Lösung zu haben, aber wir wollen, dass die beste gefunden wird und wollen unseren Beitrag dazu leisten. – Die Hände im Sack haben noch kein Schiff gerettet!

Wir laden euch herzlich ein, euch an der Diskussion zu beteiligen, in der ganzen Schweiz und für die Kinder; mehr wollen wir nicht! ■

Austausch statt Schlagabtausch

Interview mit Georg Staubli, Leiter Kinderschutzgruppe Kinderspital Zürich

DR. MED.
RAFFAEL GUGGENHEIM,
ZÜRICH

Kinderärzte Schweiz: Georg Staubli, du bist der Leiter der Kinderschutzgruppe (KSG) und Opferberatungsstelle am Kinderspital Zürich, worin besteht deren Funktion?

Georg Staubli: Jede Kinderklinik hat die Verpflichtung, eine Kinderschutzgruppe zu führen, welche Verdachtsfälle auf Kindesmisshandlung an der Klinik abklärt und betreut. Zusätzlich sind wir auch Anlaufstelle im Falle von Verbrechen oder strafrechtlichen Kinderschutzfällen, insbesondere auch sexuellen Übergriffen. Wir führen einen 24/7 Kindergynäkologischen Notfalldienst und betreuen und beraten die Opfer solcher und anderer Übergriffe – dies ist die sogenannte Opferberatungsstelle.

KIS: Worin liegt nun deine Funktion als Leiter der KSG?

GS: Wir besprechen einmal wöchentlich alle aktuellen Fälle, diese Gespräche werden von mir oder meiner Vertretung geleitet. Ebenso führe ich Erstgespräche im Falle eines stationären Kinderschutzfalls an der Klinik.

KIS: Und wie viele Fälle betreut ihr am Kinderspital Zürich?

GS: Insgesamt betreuen wir rund 450 Fälle pro Jahr, davon 200 telefonische Anfragen von Lehrern, Institutionen und Kinderärzten. Stationär werden rund 100 Kinder im Jahr betreut.

KIS: Melden sich denn die Kinderärzte bei euch?

GS: Ja – wir haben einen guten Kontakt zu den Kinderärzten in der Region. Sie weisen uns Kinder mit Verdacht auf Missbrauch zur Abklärung zu und benutzen auch unsere kindergynäkologische Sprechstunde, um Fragen nach sexuellem Missbrauch weiter abzuklären.

KIS: Was passiert denn mit diesen 450 Kindern?

GS: In vielen Fällen können wir die Situation direkt mit betroffenen Eltern, Familien und Amtsstellen regeln. In rund 60 Fällen kommt es aber bei Vorliegen einer Kindesgefährdung zu Gefährdungsmeldungen. Zu Strafanzeigen kommt es aber nur in ca. 4 Fällen im Jahr (2014: 11 Fälle).

Zusammenarbeit mit KESB und Polizei

KIS: Wie läuft denn eine solche Strafanzeige ab?

GS: In diesen – seltenen – Fällen kontaktieren wir die Kinderschutzgruppe der Polizei und sprechen auch direkt mit dem Staatsanwalt. Straftäter müssen dann aber



gelegentlich in der Klinik selbst oder auch zu Hause von der Polizei festgenommen werden. Die klinischen Untersuchungen und Dokumentation führen wir weiter durch, natürlich in enger Zusammenarbeit mit dem IRM (Institut für Rechtsmedizin).

KIS: Das tönt sehr harmonisch – könnt ihr denn dann noch mitbestimmen?

GS: Nein – natürlich nicht mehr. Sobald eine Behörde involviert ist, ist diese auch für Abklärung und Prozedere verantwortlich. Sie entscheidet, wie der Fall weiter betreut wird und welche Massnahmen durchzuführen sind, die medizinische Verantwortung bleibt weiterhin im Kisp.

KIS: Und wie verläuft denn diese Zusammenarbeit konkret? Funktioniert sie denn mit der KESB?

GS: Wenn wir zum Schluss kommen, dass eine Gefährdung vorliegt, werden wir stets bereits involvierte Stellen wie Kinderarzt oder Hausarzt informieren. Ebenso geben wir der KESB auch Vorschläge ab, was aus unserer Sicht zu tun ist. Diese Vorarbeit wird meist geschätzt

und das weitere Vorgehen darauf aufgebaut. Die KESB erhält aber den Auftrag – und damit auch die Verantwortung – die Situation abzuklären und weitere Massnahmen einzuleiten.

KIS: Ja und wisst ihr denn auch, was zum Schluss passiert?

GS: Wir erfahren dies gelegentlich, aber ein eigentlicher Informationsfluss ist aufgrund des Datenschutzes nur eingeschränkt möglich. Wenn wir die Fälle übergeben, dann bleiben diese stets bei den Behörden.

Gemeinsame Helfersitzung als Auftrag an die KESB

KIS: Genau das wird ja oft auch von kinderärztlicher Seite bemängelt: kaum Feedback seitens der Behörden und eigenmächtiges Handeln ... Was können wir da tun?

GS: Es hängt vom Fall ab. Wenn die Eltern kooperativ sind, dann braucht es meist keine direkten Feedbacks. In schwierigen Fällen fragen wir aber nach – und erhalten auch eine Rückmeldung, was genau gemacht wird. Oft wird ein Beistand eingesetzt, was meist eine gute Massnahme ist. Wenn die Situation sich aber nicht bessert – z.B. wenn ein Kind erneut hospitalisiert wird – dann involvieren wir uns erneut. Auch bei Kindern, welche an einer chronischen Krankheit leiden und häufiger im Zentrumsspital gesehen werden, beobachten wir den Langzeitverlauf. Wir führen dann sogenannte Helfersitzungen durch, an welchen Betreuende und auch Fachleute der Ämter zusammen teilnehmen – dies ergibt meist eine gute und fruchtbare Zusammenarbeit.

KIS: Wäre es aus Kinderschutzgründen nicht notwendig, dass die Zusammenarbeit mit der KESB besser strukturiert wäre ... so zum Beispiel ein Abschlussgespräch mit allen Beteiligten?

GS: Unter allen Beteiligten verstehe ich diejenigen, welche weiterhin involviert bleiben. Dies mag der zuständige Kinderarzt, vielleicht auch Lehrer sein – aber wir als KSG müssen und können nur diejenigen Kinder weiter verfolgen, die an unser Spital angeschlossen bleiben. Für die Beteiligten ist eine Helfersitzung sehr sinnvoll – aber ein grosser zeitlicher und organisatorischer Aufwand.

KIS: Zwar ein grosser Aufwand, aber auch sehr produktiv ...

GS: Ja – da stimme ich dir zu – ein solches Gespräch bringt meistens viel mehr Informationen auf den Tisch und somit auch eine deutlich bessere Basis für weitere Entscheidungen. Es ist meistens auch eine Zeitersparnis, da alle Beteiligten (und manchmal auch die Familie) miteinander zusammensitzen und gemeinsam eine Entscheidung fällen können.



KIS: Sollte eine solche Helfersitzung also nicht fix in den Ablauf eines KS-Falls eingeschlossen sein?

GS: Es gibt wie gesagt zwei Situationen: Wenn die Eltern einsichtig sind, denke ich braucht man keine zusätzliche Sitzungen, aber wenn die Eltern den Vorschlägen der KSG kritisch gegenüberstehen, dann wäre das sinnvoll. Es ist dann wichtig, dass die meldende Stelle eine solche Helfersitzung als Massnahme vorschlägt. Dies wird von den Behörden meist sehr positiv gesehen und die Zusammenarbeit ist immer fruchtbar.

Respekt vor der Zusammenarbeit

KIS: Wieso ist dann die Zusammenarbeit mit der KESB für manche Kinderärzte so schwierig?

GS: Die Kinderärzte schrecken häufig davor zurück, die Eltern selbst der KESB zu melden. Dies, weil sie befürchten, das Vertrauen der Eltern zu verlieren. Oder sie haben mit der KESB schlechte Erfahrung gemacht und meiden daher die konstruktive Zusammenarbeit. Schliesslich schützen sie manchmal Familien, welche sich vom «Amt» unfair behandelt fühlen.

In jedem Fall gibt man als Kinderarzt die Fallführung an die KSG oder KESB ab, weil man ja keine gangbare Lösung gefunden hat. Die Gefährdungsmeldung ist dann der Weg, um eine solche Lösung zu finden. Eine solche Lösung ist aber selten für alle Beteiligten gut. Es gibt nur die bestmögliche Lösung, welche rechtlich machbar und praktisch umsetzbar ist. Für den Kinderarzt ist die Situation häufig unbefriedigend und so sind viele Kollegen sehr zurückhaltend.

Kinderschutz braucht Zivilcourage

KIS: Wie kommt es zu den ambulanten Fällen des KSG?

GS: Wir werden von Lehrern und Bezugspersonen, auch von Kinderärzten angefragt. Häufig haben sie schon viel gemacht und übergeben uns den Fall. Für diese Personen stellt die direkte Gefährdungsmeldung an die KESB eine Form von Vertrauensbruch mit ihren Patienten dar, welchen sie nicht selbst durchführen wollen. Daher werden wir involviert und bei klarer Gefährdung machen wir dann die Gefährdungsmeldung.

12

KIS: Das heisst also für den Kinderarzt: Ende gut, alles gut?

GS: Grundsätzlich ist die Überweisung an ein Spital ein gutes Vorgehen. Es zeigt, dass der Kinderarzt besorgt ist. Aber zu denken, dass die Eltern nicht realisieren, dass er an eine Gefährdung gedacht hat, ist eine Illusion. Unsere Erfahrung ist aber, dass die meisten Eltern die Sorge des Kinderarztes verstehen und auch nach Einleitung von Massnahmen wieder in seine Betreuung zurückgehen.

KS. Wie soll nun eine solche «Übergabe» erfolgen?

GS: Eine Einweisung in die Kindernotfallstation sollte telefonisch erfolgen. Dabei müssen die wichtigen Informationen mitgeteilt werden. Ebenso Gründe, welche für eine akute oder chronische Gefährdung sprechen. Es gibt aber auch Situationen, in welchen der Kinderarzt das Thema auch mit den Eltern direkt ansprechen muss, da es nicht möglich ist, auf dem Notfall verdeckte Ermittlungen durchzuführen (z. B. Zuweisung bei Alkoholkrankheit der Mutter). Der Kinderarzt muss also die Eltern manchmal mit unangenehmen Informationen konfrontieren und in Kauf nehmen, dass auch er selber von den Eltern unter Druck gebracht oder sogar bedroht wird. Aber es darf nicht sein, dass er deswegen die Gefährdung eines Kindes ignoriert: Kinderschutz braucht eben doch Zivilcourage!

Kinderschutz in der multikulturellen Gesellschaft

KIS: Wir betreuen auch häufig Familien mit ganz anderem kulturellem Hintergrund – häufig leben diese in insich geschlossenen Gruppen und vertreten uns fremde Werte. Wie sind da deine Erfahrungen?



Quelle: Internet



Quelle: Internet

GS: Wir haben viele Fälle z. B. mit Fahrenden, religiösen Gruppen und auch Situationen von Secondos. Sie leben oft in ihrer eigenen Umgebung, berichten uns wenig und vermeiden sicher den Kontakt zu Behörden. In einem Fall ging es um Arbeitsbedingungen für Kinder. Diese mussten Arbeiten verrichten, welche wir als Kinderarbeit bezeichnen würden. Natürlich steht für mich das Kindeswohl im Zentrum – aber wie gewichte ich diese Arbeit innerhalb dieser Gruppe? Ist es Teil dieser Kultur oder Gefährdung für das Kindeswohl? Und inwiefern gefährden wir durch unsere Intervention nicht auch das Kind selbst? In solchen Situationen haben wir viel Unterstützung durch den Einsatz von Kulturvermittlern erhalten.

KIS: Kulturvermittler?

GS: Ja – dies sind Personen, welche unsere und ihre eigene Kultur verstehen – häufig auch Respektpersonen innerhalb der anderen Kultur, wie z. B. ein Rabbi für jüdische Menschen oder der Älteste bei den Fahrenden. Sie vermitteln uns ihre Vorstellung von dem, was sie unter dem Begriff «Gutes Leben» für ein Kind verstehen. Wir erfahren dabei, ob eine spezifische Situation in einer anderen Kultur normal ist. Danach müssen wir entscheiden, ob wir dieses Verhalten auch in unserem Gesellschaftssystem tolerieren. Wir sind aber verpflichtet einzugreifen, wenn ein Kind unter Druck kommt und leidet. Gelegentlich akzeptieren wir Situationen, welche wir für uns selber nicht wünschen würden. Oder aber wir greifen ein und nehmen das Kind aus dem Setting heraus, z. B. in ein «Schlupfhuus» – dies ist noch keine behördliche Massnahme, wenn sie einvernehmlich erfolgen kann – und ergibt häufig die Möglichkeit für einen Neuanfang. In jedem Fall kann eine Kinderschutzgruppe flexibler agieren als Behörden, welche sich an rigide Vorgaben und Gesetze halten müssen.

Kinderschutz macht man nie allein

KIS: Gibt es aus deiner Sicht noch Verbesserungen in der Zusammenarbeit?

GS: Grundsätzlich geht es gut. Ich sehe aber immer wieder, dass ein Kinderarzt lange versucht, eine schwierige Situation allein zu managen. Er wird dann Teil des Systems und sieht nicht, dass er ins «Offside» gelaufen ist... Es wäre viel besser, wenn man sich frühzeitig Hilfe holt und jemanden ansprechen kann: Hast du noch eine Idee... Grundsätzlich gilt in der Praxis und im Spital: Kinderschutz macht man nie allein! Wenn man unsicher ist, kann man einen Fall auch ohne Angabe von Patientendaten mit der KSG besprechen, ohne dass man Angst haben muss, dass gerade eingegriffen oder die Behörden involviert werden. Für mich ist wichtig, dass die Kinderärzte wissen: Ihr seid nicht allein! Wir – die Kinderschutzgruppen – sind zu eurer Hilfe stets da.

Hilfe finden unter www.kinderschutz.ch

KIS: Was sind nun die Kinderschutzregeln für den Kinderarzt?

GS: Der Kinderarzt muss entscheiden: Besteht eine akute Gefährdung, dann gibt es nur den Weg über die Notfallstation, wie oben erwähnt. In unklaren Situationen besteht die Möglichkeit zur Besprechung oder Zuweisung an einen Spezialisten der Kinderschutzgruppe. Je nach Situation kann man sich auch spezifisch an Psychologen, Gynäkologen oder Mediziner wenden. Wenn man nicht weiss, wo es eine Kinderschutzgruppe gibt, wendet man sich am besten an das regionale Kinderspital oder ihr findet eine Liste der Kinderschutzgruppen unter www.kinderschutz.ch

KIS: Gibt es noch weitere Regeln?

GS: Neben dem Grundsatz «Kinderschutz – nie allein!» gilt für mich auch «Langsamer führt oft schneller ins Ziel». Bei einer diffusen Vermutung z. B. von sexuellem Missbrauch ist es oft hilfreicher, der verdachtsschöpfen-

den Person Hilfe anzubieten, um den Verdacht zu erhärten, als eine grosse Notfallübung zu starten, die dann – mangels Beweisen – oft ins Leere führt.

Ebenso muss man sich vor Augen halten, dass es im Kinderschutz oft die einfache und gute Lösung nicht gibt. Manchmal kann man zu viel oder auch zu wenig machen oder es kann etwas schiefgehen. Situationen können falsch eingeschätzt werden. Dies gilt sowohl für KSG als auch für die KESB. Grundsätzlich gilt aber, dass für alle Beteiligten gilt, dass sie das Beste für Kind und Familie wollen. Wenn etwas schiefgeht, soll eine Kritik erfolgen dürfen – diese aber direkt, am besten per Telefon, nicht per E-Mail, und der Weg über Zeitungen oder die Medien ist sicher nicht konstruktiv. Auch hier gilt die alte Regel der Kommunikation: Austausch anstelle von Schlagabtausch!

KIS: ... und wie kann man sich weiterbilden?

GS: Strukturierte Weiterbildung bieten Kinderärzte Zürich und die KESB für dieses Jahr an. Auch Kinderärzte Schweiz könnte solche Weiterbildungen geben. Individuell kann man eigene Fälle z. B. in einer Balintgruppe besprechen. Vielleicht sollte auch jeder Kinderarzt wenigstens einen Fall im Jahr mit Kollegen oder Spezialisten besprechen – im Sinne einer Supervision. Wichtig ist dabei, stets genügend sensibel für Themen des Kinderschutzes zu bleiben. Die Situation eines Praktikers, welcher meinem Vorgänger Ueli Lips einmal sagte, dass er in 25 Jahren Praxiserfahrung keinen einzigen Kinderschutzfall erlebt habe, sollte es auf jeden Fall nicht mehr geben.

KIS: Herzlichen Dank, lieber George, für dieses spannende Interview! ■

DR. MED. GEORG STAUBLI

Leitender Arzt Notfallstation,
Leiter Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle,
Universitäts-Kinderspital Zürich

Quelle: Internet



Möglichkeiten und Grenzen in der Zusammenarbeit mit der KESB

LIC. IUR.
CORSIN HOFMANN
PRÄSIDENT
KESB DÜBENDORF,
BETTLISTRASSE 22,
POSTFACH 234,
8600 DÜBENDORF

Ich wurde gebeten, die Möglichkeiten und Grenzen in der Zusammenarbeit mit der KESB aufzuzeigen. Die bisherigen Erfahrungen von Pädiatern mit der KESB sind nämlich offenbar stark variierend und nicht immer nur positiv. Dies verwundert mich nicht, sind doch die KESB praktisch aus dem Nichts entstanden und befinden sie sich nach wie vor im Organisationsaufbau. Es läuft folglich noch nicht alles so rund. Erschwerend kommt hinzu, dass die KESB je nach Kanton sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. So finden sich Gerichtsmodelle oder Verwaltungsbehörden. Es gibt kantonale oder kommunale Trägerschaften, starre oder flexible Vorgaben bezüglich des benötigten Fachpersonals, Modelle mit oder ohne Pikettdienst, KESB mit eigenem Abklärungsdienst oder mit ausgelagerten Fachdiensten usw. Vom anzuwendenden Verfahrensrecht ganz zu schweigen. Allen gemein sind lediglich der gesetzliche Auftrag und der bundesrechtliche Rahmen.

Welche Bedeutung hat diese Ausgangslage nun für eine gute Zusammenarbeit im Kinderschutz? Was darf, kann und muss die KESB und wo sind ihre Handlungsgrenzen? Welche Schlüsselfaktoren führen zu einem funktionierenden Kinderschutz? Was sind Hindernisse und Erschwernisse?

Die Erwartungen an die KESB sind zuweilen sehr hoch angesetzt und es wird oft vergessen, dass die KESB lediglich für den zivilrechtlichen Kinderschutz verantwortlich ist. Für alles, was nicht in diesen Bereich gehört, kann und darf die KESB keinen Beitrag leisten.

Die KESB hat innerhalb dieses zivilrechtlichen Kinderschutzes die Aufgabe, das Wohl und den Schutz von hilfsbedürftigen Kindern und Jugendlichen sicherzustellen und Missstände zu beheben, zu mindern oder zumindest auszugleichen. Sie tut dies mittels zivilrechtlicher Massnahmen und greift folglich «hoheitlich korrigierend» in die Rechtsstellung der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien ein. Gleichzeitig muss sie aber auch das Selbstbestimmungsrecht von betroffenen Kindern, Jugendlichen und Familien erhalten und fördern und einen Ausgleich zwischen nötigem behördlichem Eingriff und Freiheit schaffen. Dabei ist der Grundsatz, dass die Freiheit der Betroffenen wenn immer möglich vorgehen soll. D. h. unter anderem, dass der freiwillige Kinderschutz durch die Eltern, möglicherweise unter Zuhilfenahme von Beratungsstellen und Dritten, auch dann Vorrang hat, wenn die KESB bereits involviert ist, der Missstand sich aber ohne behördliche Massnahmen beheben lässt (Subsidiaritätsprinzip). Was sich hier in der Theorie auf wenige Zeilen zusammenfassen lässt, ist in der Praxis gar nicht so einfach.

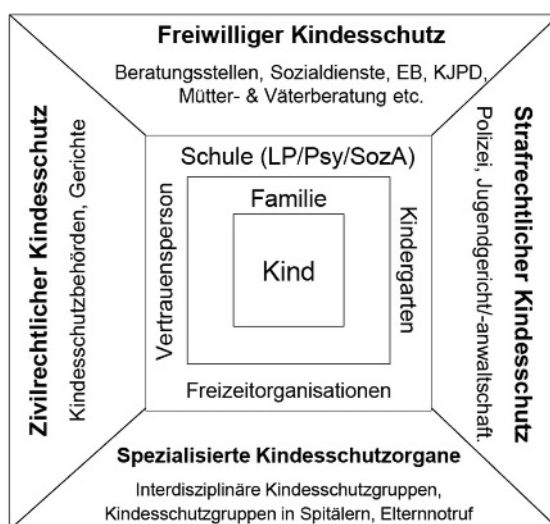
Wie geht nun eine KESB im Konkreten vor?

Wird eine Gefährdungsmeldung bei der KESB deponiert, so wird damit ein formelles, rechtliches Verfahren eröffnet. Auch wenn die KESB interdisziplinär mit Sozialarbeitern, Psychologen, Pädagogen, Medizinerinnen usw. besetzt ist, so ist der Rahmen der Tätigkeit somit stets ein rechtlicher. Während der ganzen Dauer der Tätigkeit der KESB gelten hiernach die Verfahrensvorschriften des Zivilgesetzbuches und jene des jeweiligen Kantons, beziehungsweise, sofern der Kanton nichts vorgehen hat, jene der Zivilprozessordnung. Gerade im Bereich des Datenschutzes und Datenaustausches bestehen kantonal massive Unterschiede.

Als Erstes prüft die KESB ihre Zuständigkeit und nimmt für eventuelle Rückfragen mit der meldenden Person Kontakt auf.

Unmittelbar in der Folge werden die Betroffenen angehört, wobei, je nach Meldung, die gesamte Familie, die Eltern oder das Kind separat angehört werden. Zum einen werden die Betroffenen dabei mit der Meldung und deren Inhalt konfrontiert und erhalten die Möglichkeit, Stellung dazu zu nehmen. Zum anderen werden die Betroffenen über das Verfahren und ihre Rechte und Pflichten aufgeklärt.

In einem weiteren Schritt wird der Sachverhalt umfassend abgeklärt. Die KESB untersteht dabei der Official-





maxime und erforscht den Sachverhalt von Amtes wegen. Sie ist dabei weder an Anträge noch an Wünsche oder Drittinteressen gebunden. Sie holt Berichte ein, gibt Abklärungen oder Gutachten in Auftrag, befragt Drittpersonen, führt Augenscheine oder Hausbesuche durch usw. Am Verfahren Beteiligte oder Dritte sind dabei zur Mitwirkung und Herausgabe der nötigen Informationen verpflichtet, vorbehaltlich gewisser Berufsgruppen mit Berufsgeheimnis (vgl. Art. 448 ZGB). Ist die festgestellte Gefährdung relevant, ist die Möglichkeit einer Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Wohls des Kindes vorauszusehen und können oder wollen die Eltern nicht mit freiwilligen Massnahmen für Abhilfe schaffen, so ist die KESB unabhängig eines Verschuldens der Betroffenen verpflichtet, die nötigen Massnahmen zur Behebung oder Ausgleichung der Missstände zu ergreifen. Relevant ist eine Meldung dann, wenn es beispielsweise um Fälle von Vernachlässigung, von psychischer oder physischer Misshandlung, von sexuellem Missbrauch, von Autonomiekonflikten oder von Erwachsenenkonflikten, die sich auf das Kind auswirken, geht. Dabei stehen der KESB lediglich die im Gesetz vorgesehenen Massnahmen zur Verfügung (Legalitätsprinzip).

Aus diesen wenigen Möglichkeiten wählt die KESB jene Massnahme aus, die sie als zielführend und verhältnismässig erachtet. Verhältnismässig heisst, dass die Massnahme so stark wie nötig, aber so schwach wie möglich sein muss. Abschliessend wird den Betroffenen das rechtliche Gehör in Form eines Gesprächs oder auch schriftlich gewährt und es werden die nötigen Verfügungen erlassen. Diese unterliegen einer Rechtsmittelfrist von in der Regel 30 Tagen.

Soweit zum theoretischen Teil. Anhand eines Beispiels soll nun aber veranschaulicht werden, wo es zu Problemen kommen kann und ein Ansatz herausgearbeitet werden, wie man diesen Problemen begegnen kann.

Herr Dr. Sorgsam stellt anlässlich einer Kontrolle fest, dass sein 6-jähriger Patient unerklärliche Verletzungen aufweist, neue wie auch alte. Das Kind und auch die Mutter weichen seinen Fragen nach der Entstehung dieser Verletzungen aus. Herr Dr. Sorgsam kennt die Familie schon seit Geburt des Kindes sehr gut und vermutet häusliche Gewalt durch den alkoholabhängigen Vater. Er gelangt nach Rücksprache mit der regionalen Kinderschutzgruppe mit einer Gefährdungsmeldung an die KESB. Die Eltern informiert er nicht über diesen Schritt. Dann hört er nichts mehr. Dr. Sorgsam fragt zwar jede Woche nach, hat aber jedes Mal mit einem anderen Mitarbeiter der KESB zu tun und erhält ansonsten keinerlei Informationen. Nach einigen Monaten erhält er dann doch eine Antwort der KESB und zwar, dass die nötigen Massnahmen ergriffen und der Fall abgeschlossen worden sei. Auf ihn als Kinderarzt habe man nicht mehr zurückgegriffen, da die nötigen Informationen im Verfahren auch anderweitig hätten beschafft werden können. Das Kind hat seit der Meldung einen neuen Kinderarzt.

Für den Arzt ist diese Ausgangslage unbefriedigend, möchte er doch wissen, ob er mit seiner Vermutung

Art. 311/312 ZGB			
Art. 310 ZGB		Art. 308 ZGB	
Art. 307 ZGB		Art. 306 ZGB	
Freiwilliger Kindesschutz	Geeignete Massnahmen (z. B. den Eltern Weisungen oder Auflagen erteilen)	Beistandschaften (zur Erziehungsbegleitung, zur Vertretung des Kindes, mit besonderen Befugnissen des Beistandes, mit oder ohne punktuelle Einschränkung der elterlichen Sorge)	Vollständige Entziehung der elterlichen Sorge und Errichtung einer Vormundschaft

Massnahmen des Kindesschutzes nach Schwere des Eingriffs gegliedert.

Recht hatte und falls ja, ob und wie dem Kind konkret geholfen wurde. Das Problem liegt vorliegend darin, dass der Informationsfluss aufgrund der Verschwiegenheitspflicht der KESB (Art. 451 ZGB) einer Einbahnstrasse gleicht. So darf und muss die KESB zwar viele Informationen zusammentragen, darf dieses Wissen aber nicht uneingeschränkt nutzen und schon gar nicht mit «unbeteiligten» Dritten teilen, überwiegende Interessen vorbehalten.

Auf Seiten der KESB hätte man jedoch, mit entsprechender Schweigepflichtsentbindung, durchaus auch den Kinderarzt als Informationsquelle nutzen können, kennt der Kinderarzt das Kind doch seit Geburt und kann entsprechend nicht nur medizinische, sondern auch wertvolle soziale Hinweise und Informationen beisteuern. Je nach Fallkonstellation hätte man den Kinderarzt sogar ins Massnahmesetting einbinden können.

Als KESB hat man einen grossen Ermessensspielraum und man sollte vor lauter Verfahrensvorschriften nicht vergessen, für wen die Arbeit zu leisten ist, nämlich für das schutzbedürftige Kind. Die Frage der KESB sollte deshalb im obengenannten Beispiel nicht lauten, was der Kinderarzt für das Verfahren beisteuern kann, sondern was er konkret für das Kind und für die Behebung des Missstands tun kann. Die KESB darf zudem durchaus einen «rechtlich zulässigen Pragmatismus» bei der Ausarbeitung von Massnahmen und Lösungen walten lassen. Es schadet auch nicht, wenn man das

gesamte Umfeld des Kindes, die beteiligten Akteure, deren Rollen und Möglichkeiten rund um das betroffene Kind kennt und diese lösungsorientiert mit einbezieht. Hier ist viel Fingerspitzengefühl gefragt. Sodann ist in jedem Fall Transparenz und eine offene Kommunikation gegenüber den Betroffenen, und falls möglich auch gegenüber dem erweiterten betreuenden Umfeld des Kindes, wichtig und richtig. Das schafft Vertrauen und einen fruchtbaren Boden für eine langfristige Kooperation zur Behebung der Gefährdungssituation. Ein regelmässiger fachlicher und nicht fallbezogener Austausch mit Zusammenarbeitspartnern und anderen Akteuren des Kindesschutzes fördert das gegenseitige Verständnis und ermöglicht im Bedarfsfall kürzere Informationswege. Man muss nicht zwingend vom Gleichen sprechen, wohl aber sich verstehen, einander kennen und gemeinsam das gleiche Ziel verfolgen. Last but not least: Nichts spricht dagegen, dass man als meldende Person im Vorfeld einer Gefährdungsmeldung auch einmal zwecks anonymisierter Fallberatung an die KESB gelangt.

Wie eingangs erwähnt, befindet sich die KESB noch im Aufbau und es gibt durchaus noch Verbesserungspotenzial. Welcher Weg bei der Zusammenarbeit und Kommunikation künftig eingeschlagen wird, wird wohl letztlich von der Geduld, dem Verständnis und der Lern- und Anpassungsfähigkeit des Systems und der verschiedenen Fachpersonen abhängen. ■

KESB – An ihren Taten sollt ihr sie erkennen!

DR. MED.
HANNES GEIGES,
RÜTI

Im folgenden Text beschränke ich mich auf die KESB im Zusammenhang mit Minderjährigen.

Ich blicke auf 37 Jahre Praxistätigkeit mit Schwerpunkt schwierige Jugendliche zurück.

Mit der früheren Vormundschaftsbehörde (VB) hatte ich oft Gespräche und konnte in Diskussionen meine Ansichten begründen und verteidigen. Im Januar 2013 wurde diese 100-jährige Laienbehörde durch die zeitgemässe, professionalisierte KESB ersetzt. Dies mit dem damals erklärten Ziel, dass künftig nicht mehr die Bevormundung, sondern der Schutz der hilfsbedürftigen Person im Vordergrund stehen sollte.

Damals herrschte beim Stimmvolk die grosse Einigkeit: Professionalisierung ist besser. Auch ich vertraute den Behörden und entschied mich zu einem Ja.

Doch: «An ihren Taten sollt ihr sie erkennen»!

(1. Johannes 2,1-6)

Ich hatte seit 2013 wegen meinen ADHS-lern viele «Begegnungen» mit der KESB. Oft nur noch indirekt über sie. Meine Meinung wurde bestenfalls über eine schriftli-

che Stellungnahme zur Kenntnis genommen. Einmal gelang es mir, dank hartnäckigem Insistieren, mit dem ständigen KESB-Mitglied (Disziplin Psychologie) telefonisch Kontakt aufzunehmen. Meine langen Erfahrungen mit der Familie interessierten ihn aber nicht. Er sei Psychologe mit Uni-Abschluss und hätte mehrere Jahre als Schulpsychologe gearbeitet. Er könne daher die Familiensituationen selbst beurteilen. Ich dachte bei mir nur: Ziel der KESB «Professionalisierung der Behörde» ist umgesetzt. Ein Gespräch oder gar eine Diskussion am Runden Tisch ist dank der «Professionalisierung» nicht mehr nötig und darum im Gesetz nicht mehr vorgesehen. Die «Person des Mandatsträgers» (ein Kritikpunkt an der VB) ist jetzt durch den Titel «lic. phil» gewährleistet.

Noch schlimmer steht es um die «Person des Mandatsträgers» in der «Disziplin Recht». Diese Fachpersonen mit dem Titel «lic. iur.» wissen sogar, wie wir Ritalin zu dosieren haben und aufgrund meiner Angaben, ob ich die Diagnose ADHS richtig oder falsch gestellt habe. Bei 3 verschiedenen KESB wollten sie meine Dosierung des Ritalins wissen und bei einem meiner Pati-



Quelle: Internet

enten verlangten sie alle Unterlagen, auf welche sich meine Diagnose ADS abstützte. (Nebenbei bei einem von der IV anerkannten POS-Kind). Diese neuen «Fachpersonen im Kreise der ADHS-Fachleute» wissen, dass wir als Kinderärzte gut in die Ohren schauen können. Das Feld der ADHS-ler haben wir aber gefälligst den Psychiatern zu überlassen. Bei einem meiner Patienten wurde sogar von der Beiständin der Wechsel zu einem bestimmten Psychiater verlangt. Mit Zustimmung der KESB wurde auch der Abbruch der von mir verordneten Psychotherapie verlangt und der Knabe zu einer ihr genehmen Psychologin geschickt. Dies obwohl das Kind und die Eltern bei mir bleiben wollten und auch mit dem Psychologen zufrieden waren. Nebenbei: Ich habe mich geweigert, die Dosis des Ritalins bekanntzugeben oder Unterlagen über meine Abklärungen abzugeben, was wahrscheinlich laut Art. 307 ZGB nicht rechtens ist.

Ich war bereit, in der KESB in Winterthur, in Affoltern am Albis oder im Haus nebenan bei einem Gespräch alle offenen Fragen zu diskutieren. Dieses Angebot wurde nie in Anspruch genommen. Jetzt bin ich bereit, eine Klage wegen Verletzung des Art. 307 ZGB in Kauf zu nehmen. Falls es jemals soweit kommen sollte, wird in der Tagespresse darüber zu lesen sein.

Nun noch zur viel gelobten Revision der Terminologie: Viele der genannten bisherigen Wörter wurden längst auch von der VB nicht mehr gebraucht z.B. Mündel. Schlimm finde ich, dass der alte Begriff «Beistand» (beistehen) jetzt, ohne dass dies uns und der breiten Bevölkerung klar gemacht wurde, auch für den alten Begriff «Vormund» (vor den Mund setzen) gebraucht wird. Die neue Terminologie lautet heute auf dem KESB-Papier: «Art. 308 Abs. 1–3 ZGB», was auf normal verständliches Deutsch «Erziehungsbeistandschaft bis hin zum vollen Entzug der elterlichen Sorge bedeuten kann».

Der Kritikpunkt an der VB: «Fehlende Regelung bei Zwangsmassnahmen» wurde bei der KESB sehr ernst genommen.

Die KESB ist ein Gericht. Die «Professionellen» der KESB haben Macht.

Die KESB ist heute von den Jugendlichen und deren Eltern entsprechend meiner Erfahrungen mehr gefürchtet als geliebt. Einer meiner Jugendlichen (ein Schweizer) sagt nur seiner Mutter, wo er sich aufhält. Er ist auf

der Flucht in der Schweiz aus Angst vor der KESB, weil er 3 Monate vor Abschluss seiner offiziellen 9-jährigen Schulzeit nicht mehr in die Schule gehen, sondern arbeiten wollte. Eine Lehrstelle stand ihm in Aussicht.

Ich habe in den letzten Monaten viel mit Kollegen, insbesondere mit Kinderpsychiatern und mit an ADHS interessierten Pädiatern über die KESB gesprochen. Praktisch jeder von ihnen hatte seine eigenen unverständlichen Geschichten mit der KESB.

Woher kommt diese grosse, über die Kantonsgrenze hinweggehende Unzufriedenheit mit der KESB? Es war die Rede von Schreibtischtätern, von sachlich und menschlich unqualifizierten und überforderten Behördemitgliedern und Beiständen. Viele hatten den Eindruck, das Hauptproblem liege beim eigenen Ego und den Machtansprüchen dieser Behördemitglieder. Für mich ist klar, es stimmt etwas im System nicht. Bei der VB waren wir uns gewohnt, gefragt und bei Bedarf an einen runden Tisch eingeladen zu werden. Nach dem Vorbild des Gerichts werden von der KESB nur noch schriftliche Unterlagen eingefordert, die betroffenen Personen einvernommen und dann entschieden. Es wird entschieden nach Paragraphen und nach Rechtsnormen, wie sie eben im ZGB festgehalten sind. Die Eltern werden mit Entscheidung in juristischer Sprache benachrichtigt.

Der Beistand ist nicht mehr, was er vor 3 Jahren war. Die Personen mit der gleichen Berufsbezeichnung haben heute Macht. Gewisse Beistände dürfen sich nach der Ritalin-Dosis erkundigen und andere Ärzte verordnen (neu: Art. 314 Abs. 3 ZGB). Die Beistände sind nicht mehr Vertrauenspersonen. Sie werden heute von vielen meiner Patienten gefürchtet und gehasst und dies trotz schönen Worten in Art. 406 ZGB.

Ja, ich staunte nicht schlecht, als mir eine Beiständin ein Papier hinstreckte, unterschrieben von der «lic. iur. Leitung» ihrer KESB, in welchem sie beauftragt wurde, die Verantwortung für die Gesundheit meines Patienten zu übernehmen.

Die hehren Grundsätze der KESB: Wahrung der Klienten-Interessen, faire Verfahren, fundierte Abklärungen, mildeste Massnahmen, tönen alle wunderschön, sind aber sehr relativ.

Was bei den 68er-Generation zu grosszügig bei der Begleitung der Kinder und Jugendlichen war, das hat heute ins Gegenteil umgeschlagen. Die Schule stellt immer höhere Anforderungen. Es wird mit Belohnungssystemen, besonders aber mit Strafen und mit der Angst vor Strafen gearbeitet. In der Schule wird immer häufiger mit Meldung bei der KESB gedroht. Die Schulsozialarbeiter und Schulpsychologen stehen diesbezüglich auf der Seite der Schulleiter. Es wird die Verantwortung an das Gericht KESB weitergegeben. Bei der Flucht meines Patienten im eigenen Land wegen Schulmüdigkeit haben alle getan, was sie tun konnten, ausser der Mutter. Dieser wurde die Obhut entzogen. ■

Kinderarzt und Kinderheim –

Was sind die gegenseitigen Erwartungen bezüglich Zusammenarbeit zum Wohl der Kinder?

DR. MED.
STEFANIE GISSLER WYSS,
NEUENDORF

Die kinderärztliche Versorgung von Kindern in Institutionen wie Pflegefamilien, pädagogischen Grossfamilien und Kinderheimen ist eine Herausforderung.

Was erwartet ein Heim, eine Institution von uns? Wie können wir mithelfen, um diesen Kindern – und sei es nur ein wenig – den weiteren Weg durch ihr meist nicht einfaches Leben zu erleichtern?

Ich betreue die Institution «amitola» bei uns im Dorf. Ein Kleinheim, geleitet von Christa Misteli, welches 12 Kindern und Jugendlichen einen geschützten Platz gibt, welchen sie aus verschiedenen Gründen bei ihren eigenen Familien nicht mehr vorgefunden haben.

Einzelne Kinder kenne ich seit ihrem Austritt aus der Neonatologie, wo sie den Entzug gemacht haben bei mütterlichem Drogenabusus, andere kommen erst im Jugendalter aufgrund zerrütteter Verhältnisse im Elternhaus oder nachdem sie bereits selbst auf die schiefe Bahn gekommen sind.

Einzelne wachsen ganz dort auf, andere sind über gewisse Zeitspannen untergebracht, bis die Familie oder zumindest ein Elternteil wieder ein kindsgerechtes, stabiles Umfeld einrichten kann. Ziel ist eigentlich immer eine Rückplatzierung. Die Elternarbeit gehört mit zu den Aufgaben der sozialpädagogischen Institution.

Fast alle bringen einen grossen Rucksack mit Problemen, psychosomatischen Beschwerden und psychischen Auffälligkeiten mit. Emotionale Deprivation und mangelnde Förderung führen meistens zu Entwicklungsverzögerungen in verschiedenen Bereichen. Über die Jahre hat sich eine gute Zusammenarbeit mit der Institutionsleitung entwickelt.

Wir haben vereinbart, dass neu eingetretene Kinder in den ersten Wochen zu einer Eintrittsuntersuchung angemeldet werden. War diese bis vor einiger Zeit sogar vom Kanton vorgeschrieben, so wurde dieser Passus aus der jetzigen Gesetzgebung gestrichen. Dennoch macht diese Erstuntersuchung Sinn. Nicht selten waren die Kinder längere Zeit nicht mehr (kinder)ärztlich untersucht worden und wenn, dann nur notfallmässig.

Die Untersuchung dient primär der Erfassung des körperlichen Zustandes. Das Erkennen von Wachstumsverzögerungen und Mangelerscheinungen aufgrund von Fehlernährung ist eines der Ziele. Daneben versuche ich mir einen ersten Eindruck bezüglich der psychomotorischen Entwicklung zu verschaffen, wobei vor allem auch die Beobachtungen der Bezugsperson aus dem Kinderheim hilfreich sind.

Dies gelingt nicht immer, da einzelne Kinder sehr lange brauchen, bis sie «aus dem Schneckenhaus» kriechen. Erlebte Gewalt und Misshandlungen lassen sie verstummen oder nicht spielen. Es ist schön zu erleben, wie sich das Verhalten doch häufig bereits beim nächsten Termin verändert hat, wenn das Kind gemerkt hat, dass es sicher ist. Deshalb werden wenn immer möglich schmerzhaftes Blutentnahmen oder Impfungen nicht bei der ersten Konsultation gemacht.

Meistens fehlen die Angaben der bisherigen Anamnese oder der Impfstatus. Die Institutionsleitung ist bemüht, mir möglichst Impfausweis und Gesundheitsheft mitzubringen, aber immer wieder sind die Dokumente nicht auffindbar oder nicht komplett. Gerade wenn die Familie schon mehrfach umgezogen ist oder auch finanzielle Probleme hat, sind schon mehrere Kinderärzte konsultiert worden. Das Zusammensuchen der bisherigen Akten und Einholen von Informationen von Kolleginnen und Kollegen ist zuweilen zeitraubend.

Gewisse Eltern wollen aber auch ihren bisherigen Kinderarzt des Vertrauens behalten. Diese Kinder werden mir nur bei akuten Krankheiten oder Verletzungen vorgestellt, da der Weg zum anderen Kinderarzt meist zu weit ist. Hier ist es dennoch wichtig für mich, die Aufgabenteilung beziehungsweise die Verantwortungsbereiche mit dem Kollegen zu besprechen, damit nicht beide denken, der andere schaue schon (v.a. in Entwicklungsfragen).

Der rechtliche Aspekt wie Arztgeheimnis ist in Kinderschutzfragen aufgehoben. Dennoch habe ich mich sicher auch immer wieder im Graubereich bewegt, wenn ich mich mit Kollegen in Verbindung setzte. Dies ist mir bei den Überlegungen zu diesem Artikel klar geworden.

Um dies in Zukunft besser zu organisieren, habe ich mit der Institutionsleiterin Christa Misteli einen medizinischen Fragebogen erarbeitet, den die Eltern, der Beistand oder der Vormund beim Eintritt ihres Kindes erhalten werden. Mittels Unterschrift soll nun das Einholen der bisherigen Krankengeschichte offiziell erlaubt werden. Auch möchte ich so von den Eltern mehr über bisherige Therapien und unterstützende Massnahmen erfahren, welche das Kind eventuell schon erhalten hat und welche Player aus dem medizinischen und pädagogischen Bereich schon involviert sind.

Nicht zu vergessen ist auch die Erlaubnis, die medizinischen Aspekte mit den Betreuungspersonen zu be-



Der Name der Institution: «amitola» – auf Indianisch Regenbogen.

Quelle: fotolia.com

sprechen. Diese Unterschrift wird immer von der Institution eingeholt. Die Eltern werden eingeladen, auch wenn ein Obhutsentzug besteht, bei den Untersuchungen dabei zu sein. Teilweise ist dies auch der Fall, meistens besteht aber leider kein direkter Austausch, zum Beispiel weil die Eltern selbst in einer Klinik oder im Gefängnis sind.

In Notfallsituationen, zum Beispiel bei einem Spitalaufenthalt/Zutritt zur IPS hat es dennoch in der Vergangenheit schon Probleme gegeben, bis die Bezugsperson der Institution beim Kind bleiben konnte.

Nebst der akuten gesundheitlichen Probleme und Entwicklungsfragen im Einzelfall steht unsere Praxis dem Heim auch beratend zur Seite. Oxyuren und Läuse bei einzelnen erfordern eine Strategie. Wir haben vor Jahren ein 26-seitiges Gesundheitskonzept zusammen erarbeitet, in welchem wir versucht haben zu definieren, wie und bis an welche Grenze eine Selbstbehandlung durch die Institution stattfinden kann und wann eine Konsultation angebracht ist. Christa Misteli berichtet, dass es bei den Pflegekindern eher zu einer ärztlichen Vorstellung kommt als vielleicht bei eigenen Kindern, da hier nicht selten auch die (abwesenden) Eltern

eine Versicherung brauchen, dass zum Beispiel der Husten wirklich nicht so schlimm ist, wie er am Telefon tönt.

Im Verlaufe der letzten 10 Jahre habe ich so etliche Kinderschicksale miterlebt und mich neben tiefbewegenden Erlebnissen auch immer wieder freuen können, wie doch wieder die Sonne auf dem Lebensweg zu scheinen beginnt.

Der Name der Institution «amitola» – auf indianisch Regenbogen – symbolisiert die regnerischen und stürmischen Zeiten zwischendurch. Aber eben, kein Regenbogen ohne Sonne ... ■



Sabine Heiniger mit dem Schweizerischen Korps für Humanitäre Hilfe in Nepal

SYLVIA LOCHER,
GESCHÄFTSFÜHRERIN

FOTOS:
DR. MED.
SABINE HEINIGER,
BOLLIGEN

Das Schweizerische Korps für humanitäre Hilfe (SKH) ist ein Milizkorps und umfasst einen Pool von rund 700 einsatzbereiten Personen, die entsprechend ihren Kenntnissen und Fähigkeiten in Fachgruppen eingeteilt sind. Koordiniert und eingesetzt wird das SKH von der Humanitären Hilfe des Bundes. Unser Mitglied, die Kinderärztin Sabine Heiniger aus Bolligen, ist Teil dieses Korps und war während 10 Tagen im Katastrophengebiet in Nepal im Einsatz. Sylvia Locher hat sie nach ihrer Rückkehr befragt.

KIS: Sabine, du bist eben aus einer vom Erdbeben zerstörten Region zurückgekommen, wo kein Stein mehr auf dem anderen geblieben ist. Wir kennen die Bilder aus Nepal nur aus den Medien und sind trotzdem erschüttert. Welchen Eindruck haben sie bei dir hinterlassen?

Sabine: Es bleiben sehr viele Bilder zurück. Da prallen zwei Welten aufeinander – aus der einen komme ich gerade, die andere kann die Bilder nicht nachvollziehen, die ich mitbringe. Die Rückkehr ist fast schwieriger als die Hinreise. Vor dem Einsatz war ich aufgeregt, wusste nicht, was mich erwartet.

KIS: Du bist nicht das erste Mal für das SKH unterwegs. Du warst vor gut fünf Jahren bereits im Erdbebengebiet von Haiti an vorderster Front dabei. Was sind deine Beweggründe, dich in solch gefährlichen Zonen zu begeben?

Sabine: Zum einen kann ich so meinen Horizont erweitern. Ausserdem ist es eine sehr dankbare Arbeit, weil uns die Leute, die wir unterstützen, sehr viel Wohlwollen entgegenbringen.





KIS: Du hast Familie, konntest dich also nicht einfach von der Leber weg spontan entscheiden, einen Katastropheneinsatz zu leisten...

Sabine: Ja, das stimmt. Aber seit ich in Haiti war, ist für die Familie klar, dass ich jederzeit wieder gehen kann, wenn es soweit ist. Es ist beruhigend, dass mein Mann und mein 8-jähriger Sohn mich unterstützen. Sie wissen aber auch, dass sie für mich an oberster Stelle stehen.

KIS: Haben sie oder du keine Angst, dass etwas passieren könnte?

Sabine: Natürlich steht diese Angst unausgesprochen im Raum. Es braucht eine grosse Portion Vertrauen. Aber wissen wir denn jeden Morgen, ob wir am Abend wieder nach Hause kommen?

KIS: Welche Aufgaben hattest du als Kinderärztin im Erdbebengebiet während deines Einsatzes zu erfüllen?

Sabine: Im sogenannten SET (SofortEinsatzTeam) bin ich als Kinderärztin im Modul «Mother & Child». Dieses Modul wurde nach den Erfahrungen in Haiti entwickelt, weil Mütter und Kinder nach Katastrophen besonders zu den Bevölkerungsgruppen gehören, die wenig Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Wichtig dabei ist, dass wir immer die lokale Gesundheitsversorgung unterstützen und nicht neue Strukturen schaffen.

KIS: Und wie seid ihr mit den Kindern und Müttern in Kontakt gekommen?

Sabine: Wir waren einem Spital zugeordnet, denn unsere Mitarbeit ist an die funktionierenden Strukturen eines Spitals gekoppelt. Am Anfang war vor allem die Traumatologie gefragt. Zu unserem Team gehörten unter anderem ein Kinderorthopäde, ein Anästhesist, eine Anästhesieschwester und eine technische Operationsassistentin. Ebenso waren eine Hebamme und eine Frauenärztin sowie ein Pädiater und eine Triagenurse mit im Team. Ein Logistiker war für die Betreuung des Teams verantwortlich. Nach zwei Wochen wurde das erste Team abgelöst. Ich war Teil des zweiten Teams.

KIS: Dann sind die lokalen Ärzte dank eurer Anwesenheit auch zu einer Art Weiterbildung gekommen?



Sabine: Ja, wir sassen nach der täglichen Arbeit oft mit den Medizinerinnen zusammen und haben ihnen Inputs in der Neonatologie und der Notfallversorgung von Kindern gegeben. Das Modul Mother and Child ist für 4–6 Wochen vorgesehen. Es geht darum, den regulären Betrieb des Spitals so schnell wie möglich wieder aufzunehmen.

Unsere Präsenz hat in Nepal Aufsehen erregt. Das ist für das Spital sehr wichtig. Der Gesundheitsminister kam auf Besuch und hat der Spitaldirektion Zusicherungen für zusätzliches Personal und Material gemacht.

KIS: Du hast dein Wissen und deine Energie unter prekären Umständen in den Dienst verzweifelter Menschen gestellt. Was hast du persönlich für dich mit nach Hause genommen?

Sabine: Eine wichtige Lebenserfahrung für mich persönlich. Die Nepali sind sehr herzlich und dankbar. Es sind bescheidene Leute, die ich sofort ins Herz geschlossen habe.

In dieser aussergewöhnlichen Situation wird es einem immer wieder bewusst, auf welcher Insel wir hier in der Schweiz leben.

KIS: Du hast eben gesagt, dass du ein gutes Gefühl mit nach Hause nehmen durftest. Ich hoffe, dass unsere Mitglieder beim Lesen dieses Interviews dieses Gefühl ebenfalls ein Stück weit miterlebt haben. Mir ist es jedenfalls so ergangen. Danke!



Ich melde mich an als

- ☐ ordentliches Mitglied (Pädiatrie FMH mit Praxistätigkeit), CHF 300.-/Jahr
- ☐ ausserordentliches Mitglied (Fachärzte anderer Gebiete, Assistent/-innen, Kliniker), CHF 150.-/Jahr

Vorname, Name _____

Titel _____

Facharzt _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon Praxis _____ Telefon Privat _____

Fax _____ E-Mail _____

Datum/Unterschrift: _____

BEITRITTSERKLÄRUNG

Schwerpunkte in meiner Praxistätigkeit:

Vorschläge für Projekte im Rahmen von Kinderärzte Schweiz:

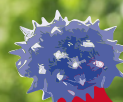
Ich bin bereit, an einem Projekt mitzumachen: ☐ Ja ☐ Nein

Bitte Talon retournieren an:

Kinderärzte Schweiz, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

Telefon 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64

info@kinderarzeschweiz.ch, www.kinderarzeschweiz.ch



ALLERGOVIT®
Die Pollen-AIT

ALLERGOPHARMA AG, Erlenstrasse 29, 4106 Therwil, Telefon 061 721 88 66, Fax 061 721 88 68, www.allergopharma.ch

Die Fachinformation ist auf der Homepage von Swissmedic unter www.swissmedicinfo.ch publiziert.

Ein Unternehmen von **MERCK**



«mutig, mutig»

von Lorenz Pauli und Kathrin Schärer,
atlantis Verlag, ISBN 3-7152-0518-0

DR. MED.
NADIA SAUTER OES,
WINTERTHUR

«mutig, mutig» ist laut Umschlagbeschreibung eine «wunderbar übermütige Geschichte über wahren Mut». Besser könnte man dieses Bilderbuch wohl kaum zusammenfassen.



Die vier Freunde Maus, Frosch, Schnecke und Spatz machen einen Wettkampf, wer von ihnen am mutigsten ist. Dass Mut für jeden der vier etwas anderes bedeutet, wird ziemlich schnell klar. Die Maus traut sich zu tauchen, der Frosch isst ein ganzes grosses Seerosenblatt und die Schnecke kriecht einmal um ihr eigenes Haus. Alles mutige Taten, die von den anderen Freunden beklatscht und bejubelt werden. Ganz unvermutet mutig aber ist schliesslich der Spatz. Es braucht schon einigen Mut, für seine Meinung und Haltung einzustehen und sich durchzusetzen, auch gegen die Erwartungen seiner Freunde. Beeindruckend, wie einfach und überraschend das in diesem Bilderbuch gezeigt wird.

«mutig, mutig» überzeugt aber nicht nur wegen der Geschichte von Lorenz Pauli. Die Bilder von Kathrin Schärer sind sehr liebevoll gestaltet und coloriert. Witzige Perspektivenwechsel überraschen den Leser beim Umblättern und ziehen ihn plötzlich und ganz unerwartet mitten in den Kreis der vier Freunde.

Mein absolutes Lieblingsbilderbuch! ■

Autismusspektrum-Störungen in der Praxispädiatrie

DR. MED.
MONICA GLAUSER,
ZOFINGEN

Autismusspektrum-Störungen (ASS) sind für mich auch nach 10 Jahren in der Praxis etwas, bei dem ich mich unerfahren und inkompetent fühle. Als ich die Ausschreibung des obengenannten Kurses sah, musste ich deshalb nicht lange überlegen und meldete mich sofort an. Ich durfte dann am 26. März 2015 nach Schwarzenberg ins Bildungszentrum Matt reisen, um mich am 2-tägigen Kurs für meine ASS-Patienten (die bereits diagnostizierten und die noch nicht diagnostizierten) fitter zu machen. Der Kurs wurde von den Pädiatern Alain Wimmersberger, Arnold Bächler und Kurt von Siebenthal sowie der Psychologin Regina Renggli Bruder organisiert und geleitet.

Das erste Referat wurde von Ronnie Gundelfinger, Leitender Arzt der Schwerpunktambulanz für Autismus des KJPD Zürich, gehalten mit dem Thema «Frühkindlicher Autismus aus ärztlicher Sicht». Darin ging es um Definition und Epidemiologie, Früherfassung, Diagnostik und Differentialdiagnose sowie Therapie. Ich möchte hier einige Punkte herausgreifen, die mir sehr wichtig erscheinen. Ronnie Gundelfinger erklärt uns, dass Autismus ein Verhaltensmuster ist, keine eigentliche Krankheit. Für mich sehr erschreckend ist die Prävalenz, welche offenbar ca 1% beträgt. Das bedeutet für meinen Praxisalltag, dass ich jede Woche einen Patienten mit ASS sehen müsste (da muss ich offenbar besser hinschauen).

Der nächste Punkt, den ich sehr interessant fand, war, dass ASS bei Migrationsfamilien sehr viel häufiger vorkommt. Zur Diagnosestellung sind Verhaltensbeobachtung, live oder per Video, und diverse Fragebögen hilfreich. Therapeutisch wird vor allem die Heilpädagogik, oder auch Ergotherapie und Logopädie eingesetzt. Pharmakotherapie nur bei besonderen Zusatzproblemen (z.B. begleitendes ADHS, erethisches Verhalten, Schlafstörungen). Obwohl viele Eltern bemerken, dass sich ihr Kind «anders» entwickelt, kann es schwierig sein, sie mit dem

Verdacht auf eine ASS zu konfrontieren. In den meisten Fällen ist es sinnvoll, das Kind für eine genaue Untersuchung an ein Autismus-Zentrum zu überweisen. Falls die Eltern aber zu diesem Schritt noch nicht bereit sind, sollte trotzdem mit Fördermassnahmen begonnen werden, um keine wertvolle Zeit zu verlieren.

Nach der Mittagspause erhielten wir einen sehr schönen Einblick in die Arbeit von Monika Casura, eine auf ASS spezialisierte Heilpädagogin. Mithilfe von Videos zeigte sie uns, wie man ein Kind mit ASS dazu bringt, mit sozialer Interaktion zum Ziel zu kommen. In Workshops hatten wir dann die Möglichkeit, den Referenten weitere Fragen zu stellen oder anhand eines Fallbeispiels den Ablauf bis zur Diagnosestellung und die weiteren Konsequenzen daraus durchzuspielen.

Der Morgen des zweiten Kurstages war dem Asperger-Syndrom gewidmet. Dieses Referat hielt der auf POS, ADHS und Asperger-Syndrom spezialisierte Kinder- und Jugendpsychiater Thomas Girsberger. Auch hier wurden wir an Diagnose und Differentialdiagnose herangeführt. Es scheint nicht so selten zu sein, dass Kinder mit Asperger zunächst eine ADHS-Diagnose erhalten. Wenn man hört, dass 50% der ASS-Betroffenen auch ein ADHS haben und 20% der ADHS-Kinder ein ASS, erstaunt das nicht. Auch hier wurden uns Therapiemöglichkeiten vorgestellt, wobei mir vor allem die 2 Stichworte «Stress vermeiden» und «Nachteilsausgleich» wichtig erscheinen. Im Weiteren wurde auch der Weg eines Kindes mit Asperger-Syndrom durch die Schule besprochen, was braucht es für Unterstützungsmassnahmen bei dem Eintritt ins Berufsleben (z.B. Brückenangebote, berufliche Massnahmen durch IV, Job-Coach). Hier wurde Thomas Girsberger durch Regina Renggli Bruder unterstützt, welche als Schulsozialpsychologin aber auch selbstständig arbeitet, und ASS-Familien durch die schwere Schulzeit unterstützt.

Ronnie Gundelfinger (links) und Monika Casura, Hauptreferenten am 26. März 2015.



Am Nachmittag konnte man in den Workshops erneut noch weitere Unklarheiten im Gespräch mit dem Referenten beseitigen oder die Kenntnisse über Wege bis zur Diagnose mithilfe von verschiedenen Tools vertiefen. Eindrücklich war auch der Bericht einer betroffenen Mutter, die uns den Leidensweg ihrer Familie schilderte. Es dauerte lange bis zur Diagnosestellung und richtigen Unterstützung.

Ich kann diesen Kurs nur allen empfehlen, welche sich im Umgang mit ASS noch nicht so kompetent fühlen, wie sie es möchten. Ich habe viel gelernt, vor allem auch durch die eindrücklichen Fallbeispiele. Das Fazit für meine Arbeit in der Praxis: mehr daran denken, wichtiger als Tests und Fragebögen sind Verhaltensbeobachtungen, frühzeitige Therapie ist sinnvoll, Eltern und Betroffene sollten gut im Umgang mit der Schule unterstützt werden, Stress bei ASS-Kindern mindern (auch grosszügige Dispensationen können da helfen).



Thomas Girsberger, Hauptreferent am 27. März 2015.

KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Reanimationskurs 2014 – für das Praxisteam (Ärzte und MPAs)

Leitung: Dr. med. G. Staubli, Leiter Notfallstation Kinderspital Zürich
Ort: Zürich
Datum: Donnerstag, 24. September 2015
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

Wundversorgungskurs und Frakturbehandlung in der pädiatrischen Praxis

Referent: Dr. med. Guido Baumgartner
Ort: Winterthur
Datum: Donnerstag, 29. Oktober 2015
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)
 Ausgebucht

Endokrinologie

Referenten: Prof. Dr. P. Mullis, Dr. med. P. Tonella
Ort: Luzern
Datum: Donnerstag, 12. November 2015
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)
 Ausgebucht

Details zu den Kursen und Anmeldung:

<http://www.kinderaerzteschweiz.ch/Kursagenda/kinderaerzte>

Kinder- und Jugendgynäkologie in der pädiatrischen Praxis – ein Update

Referentinnen: Dr. med. Ruth Draths, Dr. med. Irene Dingeldein
Ort: Luzern
Datum: Donnerstag, 19. November 2015
Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder)

Workshop Neonatologie für Praxispädiater und Praxispädiaterinnen

Leitung: Dr. med. Jean-Claude Fauchère
Ort: Zürich
Datum: Donnerstag, 26. November 2015
Kosten: CHF 300.– (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

FORTBILDUNGSNACHWEIS

Die Teilnehmenden der Kurse erhalten eine Bestätigung. Die absolvierte Fortbildungszeit gilt als spezifische pädiatrische Kernfortbildung. 1 Stunde entspricht 1 credit.

KURSANGEBOT

Die meisten der oben erwähnten Kurse sind bereits ausgebucht. Das freut uns zwar einerseits, andererseits ist es uns ein Anliegen, unseren Mitgliedern ein noch umfangreicheres Angebot offerieren zu können. Nach den Sommerferien werden wir mit vereinten Kräften dafür besorgt sein, das Angebot auszuweiten. Bitte kontaktieren Sie von Zeit zu Zeit unsere Homepage:
<http://www.kinderaerzteschweiz.ch/Kursagenda/kinderaerzte>

SVUPP-Kinderärzte für SMOPP in der Mongolei

26



Unsere Orthopäden «in action», sie bilden die lokalen Chirurgen aus.



Instruktion der richtigen Position für ein Beckenröntgen.

Fotos: Dr. med. Corinne Wyder, Burgdorf

DR. MED.
RAOUL SCHMID,
BAAR

Das älteste der Kinder geht zur Schule, das jüngste wurde heute geboren. Dazwischen liegen 7 Jahre, 120 000 Sonografien, 1500 Mal die Diagnose einer Hüftdysplasie und in 99% erfolgreiche Therapien mit der Tübingen-Schiene. Es sind Zahlen, die sich auch in internationalem Kontext sehen lassen können und statistisch imponieren. Dahinter stehen hoch motivierte Ärzte und Ärztinnen in der Mongolei, die in ihrer Heimat der Hüftdysplasie den Kampf angesagt haben. Endlich wird ihnen auch die Anerkennung für ihre grossartige Leistung zuteil.

Es bleibt noch 1% an nicht mit Abspreiz-Schiene behandelbaren Luxationen. Auch für diese haben wir jetzt eine Lösung. Zwei Orthopäden begleiten uns und beurteilen, behandeln und operieren von früh bis spät die

ärmsten unserer kleinen Patienten. Wobei dieser letzte Satz eigentlich nicht korrekt ist. Sie leiten die lokalen Kinderchirurgen an – ganz unserem Konzept der Nachhaltigkeit entsprechend.

Heute fand eine rührende «Celebration» statt, 5 Jahre nach der erfolgreich durchgeführten Studie*. Im Auditorium sitzen Mediziner, Medienleute und vor allem Eltern mit ihren Kindern. Diese sind gesund, fröhlich, festlich gekleidet. Sie singen für uns und führen mit gesunden Hüften traditionelle Tänze vor. Herzen und Tränendrüsen gehen auf. Wir sind stolz und dankbar! Dankbar allen, die von Schweizer und mongolischer Seite her unser Projekt unterstützen. Stolz sind wir aber ganz besonders auf das Team in Ulaanbaatar. Sie haben eine unglaubliche, nicht honorierte Zusatzarbeit geleis-



Impressionen
von der
Jubiläumsfeier.





Das fast komplette schweizerisch-mongolische SMOPP-Team traditionell eingekleidet.

tet und sind hauptsächlich dafür verantwortlich, dass das Projekt so erfolgreich unterwegs ist.

Dank gebührt aber auch allen Mitgliedern der SVUPP. Sie haben uns mit grosszügigen Unterstützungsbeiträgen das Engagement zu Anbeginn und im Verlauf erst ermöglicht. Zurück kommt das Wissen, sehr viel Leid vermieden zu haben und die Erkenntnis, wie viel Gutes wir Hüftschaller auch in der Schweiz seit Jahren schon leisten – und dass Pädiater Hüftdysplasie durchaus auch selber behandeln können, mit der geeigneten Massnahme und zum richtigen Zeitpunkt! ■

* *Incidence and Treatment of Developmental Hip Dysplasia in Mongolia: A Prospective Cohort Study*
PLOS ONE, October 2013 | Volume 8 | Issue 10 | e79427

SMOPP: SwissMongolian Pediatric Project
Homepage: www.smopp.ch



■ ULTRASCHALLKURSE

10. Workshop in pädiatrischer Sonografie

Leitung: Dr. med. Johannes Greisser, Aarberg

Ort: Aarberg

Datum: 18. Juni 2015

Kosten: CHF 250.– für Fachärzte, CHF 150.– für Assistenzärzte

Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Markus Renggli, Dr. med. Nils Hammerich

Ort: Spital Wil

Datum: 29.–31. Oktober 2015

Kosten: CHF 1400.– (CHF 1500.– für Nichtmitglieder)

Abschlusskurs pädiatrische Sonografie

Leitung: Dr. med. Raoul Schmid

Ort: Aarberg

Datum: 6./7. November 2015

Kosten: CHF 900.– (CHF 1000.– für Nichtmitglieder)

Abschlusskurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn

Ort: Solothurn

Datum: 13./14. November 2015

Kosten: CHF 800.– (CHF 900.– für Nichtmitglieder)

Refresherkurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn

Ort: Solothurn

Datum: 14. November 2015

Kosten: CHF 300.– (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

■ **WEITERE INFORMATIONEN ZU DEN KURSEN
SOWIE ANMELDUNG:**
<http://www.svupp.ch/Kursagenda>

Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche im Schul- und Adoleszentenalter

Haben wir alle die richtigen Rahmenbedingungen?

DR. MED.
URS SCHUMACHER,
PRAXIS FÜR KINDER UND
JUGENDLICHE,
HÜNENBERGSTRASSE 1,
6006 LUZERN

Seit vielen Jahren bemüht sich die Schweizer Pädiatrie durch zahlreiche private Initiativen und mit Unterstützung unserer Berufsverbände den praktizierenden Kinderärztinnen und Kinderärzten spezifisches Fachwissen und Kompetenzen im Umgang und in der Betreuung von Jugendlichen in Pubertät und Adoleszenz zu vermitteln. Zahlreiche Fortbildungen und Kurse widmeten und widmen sich thematisch dieser Patientengruppe, die zwischen Kindheit und Erwachsenenalter oftmals nicht angemessen vertreten und betreut wird.

Warum Jugendliche selten Kinderarztpraxen aufsuchen

Wir wissen, dass diese Altersgruppe eher selten unsere Angebote in Anspruch nimmt, obwohl es gerade in diesem Alter sehr wichtig wäre, die Weichen für eine gesunde Lebensführung richtig zu stellen. Die Beratungsthemen sind vielfältig und uns Fachärzten für Jugendmedizin bestens bekannt.

Dennoch beklagen bekanntlich viele Kolleginnen und Kollegen, dass die Jugendlichen trotz der fundierten Angebote ihre Praxen zu selten aufsuchen; und wir wissen auch wieso:

Jugendliche fühlen sich gesund oder haben Hemmungen, ihre Sorgen und Probleme offenzulegen. Sie suchen meistens nur dann den Arzt auf, wenn es um akute Erkrankungen oder handfeste Prävention wie das Impfen geht. Die Vorsorgeuntersuchungen werden daher mit Bedacht zusammen mit altersentsprechend sinnvollen Impfpräventionen kombiniert. Damit kann der Impftermin zum Promotor für eine sonst nicht wahrgenommene Vorsorge- und Beratungsuntersuchung werden. Im Jugendalter wären bekanntlich dazu die Di/Ta-Auffrischimpfung, die Hepatitis- B- und die HPV-Impfung geeignet.

In vielen Kantonen bestehen für die besagten Altersgruppen obligatorische schulärztliche Reihenuntersuchungen und vielerorts auch Schulimpfprogramme. Seit Jahren liegt auch die Hoheit der HPV-Impfung zum Ärgernis vieler praktizierender Kolleginnen und Kollegen ausschliesslich in den kantonalen Schulimpfprogrammen. (Die HPV-Impfung wird neu auch vom BAG für die Knaben bzw. Jungen empfohlen. Es ist zu befürchten, dass wir praktizierende Kinderärzte weiterhin keine freie Verfügbarkeit dieses Impfstoffes haben werden.)

Konkurrenz, die wir uns selber schaffen

Offensichtlich konkurrieren die obligatorischen Schuluntersuchungs- und Schulimpfprogramme regional in unterschiedlichem Ausmass mit unseren Vorsorgeangeboten und werden den Eltern teilweise auch als kostenlose Angebote gegenüber den unsrigen angepriesen.

Dabei sind wir Mitglieder von Kinderärzte CH nicht selten neben unserer Praxistätigkeit auch selber Akteure dieser schulärztlichen Angebote und stehen für diese Tätigkeit in der Regel in einem Vertragsverhältnis mit den zuständigen Schulgemeinden.

Zweifellos ist unser gemeinsames Ziel als Schularzt und als frei praktizierender Facharzt eine nachhaltige Gesundheitsprävention und eine möglichst vollständige Durchimpfung unserer Kinder und Jugendlichen.

Die schulärztlichen Reihenuntersuchungen und Reihenimpfprogramme entsprechen aber aufgrund des zeitlichen Rahmens und des Settings oftmals nicht der von uns vorausgesetzten und geschulten Qualität für eine nachhaltige Gesundheitsvorsorge. Das schulische Umfeld und der die Kinder und Jugendliche zum Untersuchung begleitende Klassenverband sind nicht geeignet, um persönliche Probleme aufdecken und ansprechen zu können. Im vertrauten Rahmen unserer Praxen und im persönlichen Gespräch gelingt es zweifellos auch besser, kritische Eltern vom Sinn einer Impfung zu überzeugen und somit die Durchimpfungsrate zu verbessern.

Uns Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin sollte es daher ein Anliegen sein, dass die Vorsorgeuntersuchungen und die Impfungen im Schulalter in allen Regionen der Schweiz auf Wunsch der Eltern und deren Kinder in unseren Praxen angeboten und für die Eltern gleichermassen finanziell vergütet werden können.

Sechs Leitsätze für eine faire Kooperation

Ich schlage somit dem Vorstand von Kinderärzte CH vor, die folgenden standespolitischen Leitsätze zu empfehlen und zu vertreten:

1. Schulärztliche Reihenuntersuchungen und die Schulimpfprogramme dürfen die qualitativ hochstehenden Vorsorgeangebote in den Praxen der Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin sowie der sich dafür qualifizierten Hausärzte nicht konkurrieren. Beide Vorsorgeangebote müssen für die Erziehungsberechtigten frei wählbare Alternativen ohne finanzielle Vorteile oder Benachteiligungen sein.

2. Erziehungsberechtigte, die sich dazu entscheiden, Vorsorgeuntersuchung und Impfung ihrer Kinder und Jugendlichen beim Kinderarzt oder Hausarzt in der Praxis durchführen zu lassen, sollen durch die für die Schuluntersuchung zuständigen Zahlungsstelle eine finanzielle Vergütung zur Kostendeckung des Selbstbehaltes erhalten (z. B. Vorsorgegutschein).
3. Fachärzte für Kinder und Jugendliche, die schulärztliche Reihenuntersuchungen durchführen, sollen dafür ein adäquates Honorar auf der Basis des ambulanten Arzttarifes Tarmed erhalten.
4. Alle vom BAG empfohlenen Impfungen inklusive der HPV-Impfung sollen kassenpflichtig in den Kinder- und Hausarztpraxen abrechenbar sein.

5. Kinderärzte CH setzt sich dafür ein, dass ihre Mitglieder die Impfstoffe zu den gleichen Einkaufskonditionen beziehen können, wie sie für die Kantone gelten.
6. Kinderärzte CH appelliert an ihre Mitglieder, sich mit einer konsequenten, solidarischen Haltung nicht in Schuluntersuchungs- und Schulimpfprogramme einbinden zu lassen, die den oben genannten gesundheits- und standespolitischen Zielen nicht genügen.

Ich hoffe, mit diesem Apell unseren Vorstand und unsere Mitglieder zum Wohle unserer Schulkinder und Jugendlichen für eine nachhaltige, qualitativ hochwertige und partnerschaftliche Gesundheitsvorsorge gewinnen zu können. Dazu ist das Engagement, aber auch die standespolitische Solidarität eines jeden Einzelnen von uns gefordert. ■

Gratis für alle Kinderarztpraxen
in der Schweiz:

Die neue Ausgabe von «Baby&Kleinkind» ist da

Die neue Ausgabe des Ratgebers «Baby&Kleinkind» enthält Informationen und praktische Tipps von Fachpersonen rund um die Gesundheit, Ernährung, Entwicklung und Erziehung des Kindes in den ersten fünf Lebensjahren. So erfahren Eltern zum Beispiel, was bei Husten hilft, warum es so wichtig ist, Hörprobleme früh zu erkennen und was Eltern tun können, damit sich ihr Kind nicht vor Spritzen fürchtet.

«Baby&Kleinkind» steht unter dem Patronat von Kinderärzte Schweiz. Der attraktive Ratgeber im A5-Format erscheint einmal pro Jahr auf Deutsch, Französisch und Italienisch. Möchten Sie «Baby&Kleinkind» in Ihrem Wartezimmer auflegen, sich aber vorher ein Bild der neuen Ausgabe machen? Unter dem folgenden Link können Sie einen Blick in die neue Ausgabe werfen (www.baby-und-kleinkind.ch/d.pdf). Eine kostenlose Bestellung ist über www.baby-und-kleinkind.ch möglich. ■



Wir machen uns stark für die Pflege und Betreuung schwer kranker Kinder zu Hause



VERBAND KINDER-SPITEM SCHWEIZ

WWW.KINDER-SPITEM.CH

KONTAKTADRESSE:

KISPEX ZÜRICH,

SCHAFFHAUSERSTRASSE 85,

8057 ZÜRICH,

TEL. 0842 400 200

Die Diagnose einer schweren, evtl. sogar unheilbaren und progredient verlaufenden Erkrankung ist für die betroffene Familie eine grosse persönliche Herausforderung. Ihr Leben, ihre Träume, Werte, Beziehungen verändern sich von einem Moment auf den anderen grundsätzlich. In eine unbeschwerter, «normale» Beziehung ziehen plötzlich Angst, Sorge, Ungewissheit, Unsicherheit und Trauer ein. Oftmals sind viele Hospitalisationen notwendig, die Familie wird getrennt. Die davon betroffenen Geschwister vermissen ihre Mutter und das kranke Kind sehnt sich nach der Geborgenheit seines Zuhauses.

Nina, die wegen einer angeborenen Muskelerkrankung bereits als Baby starb, zu Hause, in den Armen ihrer Eltern; Tim, der seine ersten Lebensmonate wegen eines seltenen Gendefekts im Kinderspital verbrachte und nun seit seiner Heimkehr intensivste Pflege benötigt; Joline und ihre Familie, deren Leben sich durch eine Hirntumor-Diagnose radikal veränderte – sie alle fanden und finden professionelle Unterstützung durch eine Kinder-Spitem-Organisation.

Kinder sind anders – die Kinder-Spitem auch

Der Verband Kinder-Spitem Schweiz ist ein Zusammenschluss von öffentlichen Kinder-Spitem-Organisationen in der Schweiz und politisch unabhängig.



Eine Pflegefachfrau der Kinder-Spitem verabreicht der kleinen Patientin ein Medikament über einen zentralen Venenkatheter.

Fotografin: Ursula Meisser, Zürich

Verband/Association/Associazione

Kinder-Spitem Schweiz

Soins pédiatriques à domicile Suisse

Cure pediatrica a domicilio Svizzera

Er setzt sich für eine Optimierung der gesamtschweizerischen Zusammenarbeit im Bereich der spitalexternen Pflege und Betreuung von Kindern und Jugendlichen ein.

Kinder und Jugendliche unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Krankheiten sowie körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen von Erwachsenen.

Die Verbandsmitglieder treffen sich regelmässig, um aktuelle Themen zu bearbeiten sowie Wissen und Erfahrungen auszutauschen.

Kranke Kinder fühlen sich in ihrer gewohnten Umgebung am wohlsten

- Ihr Zuhause vermittelt den Kindern Geborgenheit, Sicherheit und Stabilität.
- Die Kinder-Spitem ermöglicht dem Kind, sich trotz Krankheit in einem kindgerechten und sozialen Umfeld zu entwickeln.

Die Kinderkrankenpflege zu Hause ist gemeinsame Aufgabe der Familie und der Kinder-Spitem

- Gegenseitiges Vertrauen, Respekt, Wertschätzung, Wahrung der Privatsphäre und Toleranz sind dabei besonders wichtig.
- Durch professionelle Unterstützung und vertrauensvolle Zusammenarbeit wird die Familie in ihrer Eigenverantwortung gestärkt.

Pädiatrisches Fachwissen und breite Erfahrung garantieren qualitative Kinderkrankenpflege

- Im Pflegealltag werden diese individuellen Bedürfnisse und der jeweilige Entwicklungsstand des Kindes durch pädiatrisch spezialisierte Pflegefachpersonen kindgerecht berücksichtigt.
- Bezugs- und familienzentrierte Pflege sowie spezifische Aus- und Weiterbildungen sind wichtige Aspekte in der Arbeit der Kinderspitem.

Die Kinder-Spitem nimmt Anfragen und Anmeldungen von Spitälern, Ärzten, Beratungsstellen und betroffenen Familien entgegen. Alle Dienstleistungen erfolgen aufgrund einer ärztlichen Verordnung und einer Bedarfsabklärung.

Haben Sie Fragen oder Anliegen an uns? Wir freuen uns, wenn Sie mit uns in Kontakt treten.

Adressen und Telefonnummern der lokalen Kinder-Spitem-Organisationen finden Sie auf unserer Website www.kinder-spitem.ch





Buchstart – Weltwissen für Kinder

31

«Noch einmal, Mama!» «Papa, noch einmal!» Fordert ein Kind seine Eltern auf, ein Lieblingsbuch immer wieder zu erzählen, kann dies sehr wohl auch an Buchstart Schweiz liegen. Das Projekt, das sich seit 2008 für die sprachliche Frühförderung aller Kleinkinder in der ganzen Schweiz einsetzt, hat sich in der Deutschschweiz als eigentliches Buchstart-Netzwerk etabliert.

DR. RUTH FASSBIND,
BIBLIOMEDIA SCHWEIZ,
SOLOTHURN

WEITERE INFORMATIONEN UND KONTAKT:
WWW.BUCHSTART.CH

Das 1992 in England lancierte Frühförderungsprojekt hat weltweit viele Nachahmer gefunden. Seit 2008 gehört auch die Schweiz dazu. Im Rahmen von «Buchstart – Né pour lire – Nati per leggere» sind in den drei grossen Sprachregionen über 220 000 Buchstart-Pakete verteilt und Eltern von halb- bis dreijährigen Kindern über die Bedeutung einer frühen sprachlichen Förderung informiert worden. In der Deutschschweiz sind es rund 250 Pädiater und Hausärzte, über 130 Mütter- und Väterberatungsstellen sowie 500 Bibliotheken, die wesentlich zum Erfolg des Projekts beitragen. Viele Bibliotheken führen zusätzlich Buchstart-Veranstaltungen durch. In der Deutschschweiz können pro Jahr rund 300 solcher Veranstaltungen mit Versen, Reimen und Fingerspielen für die Kleinsten besucht werden (Veranstaltungskalender auf www.buchstart.ch). Ziel ist es, dass jedes Kind, vor allem auch Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern, von allem Anfang an mit Büchern Bekanntschaft schliessen.

Das Bibliocenter Solothurn von Bibliomedia Schweiz produziert, koordiniert und verschickt Buchstart-Pakete sowie Werbematerialien in die ganze Deutschschweiz. Die lokalen Netzwerke organisieren gemeinsam Elterninformation und Paketabgabe. All diesen engagierten Helferinnen und Helfern ist der Erfolg des Buchstart-Projekts zu verdanken. In der Deutschschweiz finden Jahr

für Jahr rund 17 000 Buchstart-Pakete, bestückt mit einer Broschüre für die Eltern und zwei Pappbilderbüchern, den Weg in Kinderzimmer. Diese Bücher für die Kleinsten haben ihren Ursprung Ende des 19. Jahrhunderts. Im Rückgriff auf Ideen von Johann Heinrich Pestalozzi und Friedrich Froebel forderten deutsche Reformpädagogen eine frühe Heranführung von Kindern ans Buch¹. Denn Kinder, die von Anfang an mit Büchern aufwachsen, sind im Vorteil. Dazu musste erst eine geeignete Buchform erfunden werden: das Pappbilderbuch. Kleinkinder müssen zuerst einmal, im wahrsten Sinn des Wortes, begreifen, um was es sich da handelt. Sie wenden den neuen Gegenstand hin und her, beissen hinein und tragen ihn mit sich herum. Nehmen sich Vater, Mutter, Opa, Oma und Geschwister die Zeit, das Pappbilderbuch zu erzählen, gehen für das Kleinkind Sprachwelten auf: Es zeigt auf Dinge und versucht, Wörter nachzusprechen und später eigene Sätze zu bilden. Damit ist der Grundstein für die Sprach- und spätere Lesefertigkeit gelegt: Kleinkinder gelangen durch Buchstart zu Weltwissen. Im Moment wird die dritte «Generation» des Buchstart-Pakets ausgeliefert. Die beiden Pappbilderbücher sind durch neue ersetzt worden, beide aus Schweizer Verlagshäusern. Das eine Buch wurde, nach den Vorgaben der Projektleitung, sogar speziell für Buchstart entwickelt. «Kind und Katze» von Suse Schweizer und Manuel Süess (Atlantis Verlag) schildert in einfachen Bildern und ohne Text einen Tag im Leben eines Kindes – vom Aufstehen, übers Anziehen, Essen, Spielen bis hin zum Schlafengehen. Damit regt es beim gemeinsamen Betrachten zu erstem Erzählen an. Das neue Buchstart-Paket ist rundum auf positives Echo gestossen. So meldete uns eine Pädiaterin bei der Bestellung weiterer Pakete begeistert, dass ihr die neue Ausgabe deutlich besser gefalle als die vorhergehende.

Den Pädiatern kommt im Rahmen des Projekts eine zentrale Rolle zu. Mit ihrem Fachwissen gelingt es ihnen, auch Eltern aus eher bildungsfernen Schichten, teils mit Migrationshintergrund, von der Bedeutung der sprachlichen Frühförderung gerade auch für ihr Baby zu überzeugen. Sind Pädiater in Buchstart-Netzwerken eingebunden, ist dafür gesorgt, dass Elterninformation, Paketabgabe und die Teilnahme an Buchstart-Veranstaltungen in der Gemeinde oder Region wirklich flächendeckend stattfinden können. Bieten sich in der Nähe keine Netzwerk-Partner an, können Pädiater die Buchstart-Pakete und vielsprachigen Informationsmaterialien selbstverständlich auch im Rahmen eines Elterngesprächs direkt in ihrer Praxis abgeben. ■

Kind und Katze

Suse Schweizer und Manuel Süess



Kind und Katze
(Buchstart-Ausgabe:
Atlantis Verlag 2014).

¹ http://www.leseforum.ch/myUploadData/files/2012_1_Kuemmerling.pdf, S. 5f.

Babies – Schutz durch Pertussis-Boosterimpfungen des Umfelds^{1,2}



Boostrix® – 1 Impfdosis = 3-facher Schutz




boostrix®

Referenzen: 1. Arzneimittelinformation Boostrix®, www.swissmedinfo.ch. 2. Bundesamt für Gesundheit. Optimierung der Auffrischimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis (dT/dTpa) bei Erwachsenen. Bull BAG 2011; Nr. 51: 1161-1171.

Boostrix®, kombinierter Diphtherie-Tetanus-azellulärer Pertussis-Impfstoff (dTpa). **W:** Diphtherie-Toxoid, Tetanus-Toxoid, Pertussis-Toxoid, filamentöses Hämagglutinin von *B. pertussis*, Pertactin von *B. pertussis*. 1. Boosterimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis von Personen ab dem 4. Geburtstag. Nicht zur Grundimmunisierung verwenden! **D/A:** Eine Impfdosis zu 0,5 ml. Die Injektion erfolgt tief intramuskulär. Nicht intravasal anwenden. Nicht mit anderen Impfstoffen mischen. **KI:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile; akute, schwerwiegende fieberhafte Erkrankung; Enzephalopathie unbekannter Ätiologie innert 7 Tagen nach einer vorgängigen Impfung mit einem Pertussis-enthaltenden Impfstoff; vorübergehende Thrombozytopenie oder neurologische Komplikationen nach einer vorgängigen Impfung gegen Diphtherie und/oder Tetanus. **WV:** Wenn nach einer vorherigen Impfung mit einem Pertussis-enthaltenden Impfstoff folgende Ereignisse aufgetreten sind, sollte die Entscheidung zur Gabe des Impfstoffes sorgfältig abgewogen werden: Temperatur $\geq 40.0^{\circ}\text{C}$ innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung ohne sonst erkennbare Ursache, Kollaps oder schockähnlicher Zustand (hypotonisch-hyporesponsive Episode) innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung, oder anhaltendes, untröstliches Schreien über mehr als 3 Stunden innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung, oder Krampfanfälle mit oder ohne Fieber innerhalb der ersten 3 Tage nach der Impfung. Bei Thrombozytopenie oder Blutgerinnungsstörung, Risiko von Blutung nach i.m.-Injektionen. **IA:** Wenn als nötig erachtet, kann Boostrix gleichzeitig mit anderen Impfstoffen oder Immunglobulinen – jeweils an einer anderen Injektionsstelle – angewendet werden. **UW:** *sehr häufig:* Reizbarkeit, Schläfrigkeit, Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz, Rötung, Schwellung), Müdigkeit, Unwohlsein, Kopfschmerzen; *häufig:* Anorexie, Diarrhöe, Erbrechen, gastrointestinale Störungen, Übelkeit, Fieber, Schwindel, Reaktionen an der Injektionsstelle wie Verhärtung und sterile Abszessbildung. **Lag.:** Bei $+2^{\circ}\text{C}$ bis $+8^{\circ}\text{C}$ lagern. Nicht einfrieren. **P:** Fertigspritze mit separat beigelegter Nadel, x1 und x10. **AK:** B. **Stand der Information:** März 2014. GlaxoSmithKline AG. Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedinfo.ch. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter pv.swiss@gsk.com.



GlaxoSmithKline AG
Talstrasse 3–5
CH-3053 Münchenbuchsee