

**W o r t p r o t o k o l l \*)**

zu TOP 1 der 21. Sitzung

der Kommission zur Wahrnehmung  
der Belange der Kinder

**Mittwoch, 9. Februar 2011, 16.00 Uhr**  
**Berlin, PLH (Paul-Löbe-Haus), Raum 2.200**

Vorsitz: Abg. Marlene Rupprecht (SPD)

**Öffentliche Anhörung**

**zum gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen**  
**Themen: „Kinderkrankenpflege, häusliche Krankenpflege;**  
**Kinderunfälle im Verkehr und im häuslichen Bereich“**

\*) redaktionell überarbeitete Tonaufzeichnung

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
Anwesenheitslisten	3
Liste der Sachverständigen	7
Sprechregister	8
Wortprotokoll	9
Anlagen	45




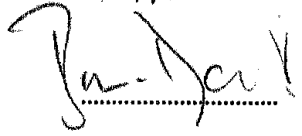
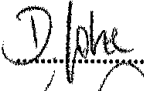
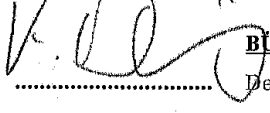


**Sitzung des Ausschusses Nr. 13 (Kinderkommission)**

Mittwoch, 9. Februar 2011, 16:00 Uhr

**Anwesenheitsliste**

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

<b>Ordentliche Mitglieder des Ausschusses</b>	<b>Unterschrift</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses</b>	<b>Unterschrift</b>
<b>CDU/CSU</b> Pols, Eckhard		<b>CDU/CSU</b> Schön (St. Wendel), Nadine	
<b>SPD</b> Rupprecht (Tuchenbach), Marlene		<b>SPD</b> Özoguz, Aydan	.....
<b>FDP</b> Bracht-Bendt, Nicole		<b>FDP</b> Gruß, Miriam	.....
<b>DIE LINKE.</b> Golze, Diana		<b>DIE LINKE.</b> Wunderlich, Jörn	.....
<b>BÜ90/GR</b> Dörner, Katja		<b>BÜ90/GR</b> Deligöz, Ekin	.....

2  
H.

**Kinderkommission (13)**

**Mittwoch, 9. Februar 2011, 16:00 Uhr**

**Fraktionsvorsitzende:**

**Vertreter:**


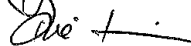
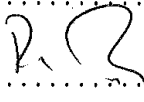
CDU/ CSU	.....	.....
SPD	.....	.....
FDP	.....	.....
DIE LINKE.	.....	.....
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	.....	.....

**Fraktionsmitarbeiter:**

**Fraktion:**

**Unterschrift:**





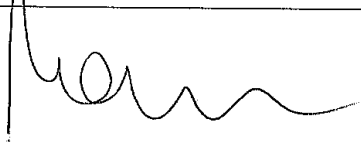

(Name bitte in Druckschrift)

Köster	B 90	
Dötlich	Die Linke	
Regina Stosch	DIE LINKE	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....



**Anwesenheitsliste der Sachverständigen  
für die öffentliche Anhörung zum Thema „Kinderkrankenpflege,  
häusliche Krankenpflege; Kinderunfälle im Verkehr und im  
häuslichen Bereich“**

Mittwoch, 9. Februar 2011, 16.00 Uhr

Name	Unterschrift
<b>Prof. Dr. med. Werner Andler</b> Vereinigung Leitende Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands	
<b>Adelheid Gottwald</b> Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e. V.	
<b>Dr. med. Wolfram Hartmann</b> Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.	
<b>Frauke Leupold</b> Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V.	
<b>Dr. Stefanie Märzheuser</b> Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.	
<b>Christa Wollstätter</b> Kindernetzwerk e. V.	

**Liste der Sachverständigen**

**Prof. Dr. med. Werner Andler**

Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e. V.

**Adelheid Gottwald**

Paulinchen –Initiative für brandverletzte Kinder e. V.

**Dr. med. Wolfram Hartmann**

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

**Frauke Leupold**

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V.

**Dr. Stefanie Märzhäuser**

Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.

**Christa Wollstätter**

Kindernetzwerk e. V.

## Sprechregister

### Kinderkommission

### Seite

Vorsitzende Marlene <b>Rupprecht</b> (SPD)	8, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 31, 34, 36, 37, 38, 41, 44
Nicole <b>Bracht-Bendt</b> (FDP)	21, 28, 38
Diana <b>Golze</b> (DIE LINKE.)	37
Katja <b>Dörner</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	20, 27, 38
Nadine <b>Schön</b> (CDU/CSU)	20, 36

### Sachverständige

Prof. Dr. med. Werner <b>Andler</b>	13, 21, 28
Adelheid <b>Gottwald</b>	31, 40
Dr. med. Wolfram <b>Hartmann</b>	11
Frauke <b>Leupold</b>	17, 22, 24
Dr. Stefanie <b>Märzheuser</b>	28, 39, 41
Christa <b>Wollstätter</b>	15, 25, 26

### Weitere Mitglieder des Bundestages

Maria <b>Klein-Schmeink</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	36
Elisabeth <b>Scharfenberg</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	19

### Bundesregierung

PStS Daniel <b>Bahr</b> (BMG)	37
-------------------------------	----

### Gäste:

Elisabeth <b>Baum-Wetzel</b>	23, 27
Dr. Walter <b>Eichendorf</b>	34, 41



Beginn der Sitzung: 16.07 Uhr

**Vorsitzende:** Ich darf Sie alle zur 21. Sitzung der Kinderkommission des Deutschen Bundestages ganz herzlich begrüßen. In unserer Mitte begrüße ich die Sachverständigen, die ich nachher vorstellen werde. Zur Information für Sie: Neben uns sitzen als Gäste der Kinderkommission die Kolleginnen Klein-Schmeink – Frau Dr. Bunge kommt noch, sie ist bei diesem Thema regelmäßig anwesend – und Frau Bas vom Gesundheitsausschuss. Dies sind die Mitglieder der Kinderkommission: Frau Dörner von Bündnis 90/Die Grünen, Frau Golze von den Linken, Frau Bracht-Bendt von der FDP und Frau Schön, die heute das erste Mal als stellvertretendes Mitglied der CDU/CSU-Fraktion an einer Sitzung der Kinderkommission teilnimmt. Ich darf dann das Sekretariat und daneben den Parlamentarischen Staatssekretär Bahr begrüßen. Ich freue mich sehr, dass Sie heute da sind. Außerdem sitzen am Tisch die Kollegin Noll von der CDU/CSU aus dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Zur Arbeitsweise der Kinderkommission möchte ich folgendes sagen: Die Kinderkommission setzt sich aus den Kinderbeauftragten der fünf Fraktionen zusammen. Wir haben das Einstimmigkeitsprinzip. Das bedeutet, dass wir uns auf unsere Beschlüsse einigen müssen. Das heißt, parteipolitisches Gezänk darf keine Rolle spielen. Wir können unterschiedlicher Meinung sein, aber wir müssen versuchen, uns zu einigen. Das ist völlig anders als im sonstigen parlamentarischen Verfahren. Es macht die Arbeit nicht immer leicht, aber es ist notwendig, dass wir für Kinder mit einer Stimme sprechen.

Wir sind die ordentlichen Mitglieder, heute haben wir auch ein stellvertretendes Mitglied unter uns. Zu Sitzungen kommt ab und zu ganz kurzfristig ein Stellvertreter, der eigentlich nicht mit der Thematik vertraut ist – aber das ist einfach so. Heute haben wir für Herrn Pöls, der nachher noch kommen wird, eine Vertretung. Das ist sehr erfreulich. In diesem Fall sind wir jetzt fünf Frauen, sonst sind wir vier Frauen und ein Mann. Die Kinderkommission erstellt nach jedem Themenkomplex einen gemeinsamen Beschluss. An diesem wird Wort für Wort gefeilt, bis ein gemeinsamer Text gefunden ist. Unser Ziel ist nicht die Profilierung des einzelnen Abgeordneten, sondern für die Kinder „Duftmarken“ zu setzen und unterschiedlichen Zielgruppen

zu sagen: „Hier sehen wir noch ein Problem, schauen Sie es sich doch genauer an.“ So schreiben wir Ministerpräsidenten, Minister, aber auch Kolleginnen und Kollegen im Bundestag an. Das ist der gravierende Unterschied zum sonstigen parlamentarischen Verfahren. Dies als Informationen für Sie, damit Sie wissen, wie wir arbeiten und wie wir gemeinsam versuchen, Stellungnahmen zu erarbeiten.

Ich darf nun heute eine große Runde zur Thematik gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen begrüßen. Diesem Thema liegt ein sehr umfangreicher Antrag aller Fraktionen des Deutschen Bundestages aus dem Jahr 2002 zugrunde, wobei damals einige Themen nicht enthalten waren, die wir inzwischen stärker in den Fokus genommen haben, wie z. B. die Palliativmedizin, die damals keine so große Rolle spielte. Wir haben uns gefragt: Was ist in all den Jahren passiert? Wo muss man evtl. noch nachsteuern? Wo gibt es gute Ergebnisse? In den letzten Anhörungen haben wir auch von positiven Ergebnissen gehört; es wurde gesagt, dass sich das Nachhaken des Bundestages gelohnt habe. Zu anderen Bereichen wurde wiederum gesagt, dass er zwar gehandelt und vieles gesetzlich geregelt habe, aber es noch an der Umsetzung mangle. Wir wollen wissen: Ist das, was wir tun, tatsächlich in der Praxis erfolgreich oder haben wir es gut gemeint und es fehlt noch der Druck, damit es auch umgesetzt wird?

Heute geht es um die Themen Kinderkrankenpflege, häusliche Kinderkrankenpflege sowie Kinderunfälle im Verkehr und im häuslichen Bereich. Dazu haben wir Sie eingeladen. Von links darf ich Dr. Hartmann vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte begrüßen. Er leitet den Verband. Neben ihm sitzt Prof. Dr. Andler von der BaKuk – Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus; von dort kennen wir uns. Danach kommt Frau Wollstätter vom Kindernetzwerk, das ist die Vereinigung der Selbsthilfegruppen von Familien mit Kindern mit seltenen Erkrankungen. Daneben sitzt Frau Leupold vom Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. Neben Ihnen soll Frau Baum-Wetzels, die als Gast dabei ist, sitzen. Frau Baum-Wetzels, Sie dürfen zwar kein Statement abgeben, aber Sie dürfen sich nachher in die Diskussion einmischen. Zum Thema Unfälle mit Kindern ist Frau Dr. Märzheuser gekommen. Sie ist die Präsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V. Unter diesem Dach vereinigen sich viele Organisationen. In den letzten Jahren haben Sie etliche Kampagnen gestartet. Die erste, die mir in Erinne-

nung geblieben ist, war „Auf die Plätze, fertig, los.“ Dort haben Sie gesagt: „Schauen Sie doch mal die Kinderspielplätze an – sind die so gebaut, dass tatsächlich keine Unfälle passieren?“ Häusliche Unfälle passieren sehr häufig. Wir haben zwar erst Februar, aber in wenigen Monaten beginnt die Grillsaison und eine der häufigsten Ursachen für schwerste Kinderbrandverletzungen ist das Grillen im Freien. Zu diesem Thema ist hier „Paulinchen“ als Initiative von Eltern mit brandverletzten Kindern vertreten. Vor der Grillsaison startet sie wieder eine Kampagne mit dem Anliegen: „Achtet bitte darauf, was ihr in den Grill hineinwerft, bevor ihr eure Kinder tödlich oder schwerstverletzt.“ Zum Bereich Kindersicherheit gehört der gesamte Verkehr. Dazu haben wir Sie eingeladen, Herr Dr. Eichendorf.

Ich freue mich sehr, dass Sie alle da sind. Sie haben schon vom Sekretariat gehört, dass wir sehr kompakt arbeiten müssen. Jetzt bitte ich die Sachverständigen um ein kurzes Statement. Wir werden anschließend nachfragen. Die Kolleginnen, die dort drüben sitzen, einschließlich des Staatssekretärs, haben alle das Recht für Fragen. Wir müssen uns nicht an die Regeln der üblichen Anhörung halten und das verleitet manchmal zu langen Statements. Deshalb meine Bitte: Versuchen Sie, die Statements kurz zu halten. Es wird ein Wortprotokoll erstellt, d. h. die Anhörung wird aufgezeichnet. Sind Sie damit einverstanden? Wenn das Protokoll von uns genehmigt ist, wird es ins Netz gestellt, so dass alle, die sich für die Thematik interessieren, nachlesen können, was gesagt wurde oder wie der Sachstand ist. Sie haben keine Einwände – dann werden wir so verfahren. Dann darf ich Herrn Dr. Hartmann bitten zu beginnen.

**Dr. med. Wolfram Hartmann** (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte): Vielen Dank, Frau Rupprecht. Ich habe eine umfassende schriftliche Stellungnahme abgegeben (s. Anlage 1). Daher kann ich mich kurz fassen. Ich möchte darauf hinweisen, dass sich die Aufgabenstellung in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin in den letzten Jahren insbesondere nach Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) in den Krankenhäusern erheblich gewandelt hat. Wir haben heute schwerstbehinderte, pflegebedürftige Kinder in der ambulanten Betreuung. Das war früher in diesem Umfang nicht der Fall und deswegen sind wir auf die Unterstützung qualifizierter Kinderkrankenschwestern angewiesen, um diese Kinder adäquat versorgen zu können. Ich möchte bei dieser Gelegenheit noch einmal darauf hinwei-

sen, dass wir insgesamt den Beruf der Kinderkrankenschwester aufwerten und mehr beachten müssen. Mir ist besonders negativ aufgefallen, dass bei der gesamten Diskussion um das anstehende Bundeskinderschutzgesetz zwar über Familienhebammen, aber nicht über Familienkinderkrankenschwestern gesprochen worden ist. Das ist versäumt worden, darauf muss man aufmerksam machen. Ich habe das in meiner Stellungnahme zum Bundeskinderschutzgesetz ebenfalls getan. Ich möchte zur Krankenpflege weniger sagen, weil wir hier genügend Sachverstand am Tisch haben und die Damen ihre Positionen selbst vertreten können.

Bei den Kinderunfällen ist mir insbesondere der Hinweis auf die Helmpflicht sehr wichtig. Wir haben leider immer wieder Kinder mit schwersten Kopfverletzungen, die mit dem Fahrrad oder Roller gestürzt sind. Diese Kopfverletzungen hätten verhindert werden können, wenn die Kinder einen Helm getragen hätten. Ein weiterer Punkt, der in Deutschland nach wie vor vernachlässigt wird, ist der Schulbustransport von Kindern. Wir haben leider nicht solche Standards wie in den USA. Bei uns stehen Kinder selbst über längere Strecken im Schulbus. Wenn der Schulbus bremst, werden sie hin und her geschleudert. Wir haben auch beobachten können, dass in den Schulbussen keine Anschnallpflicht besteht und viel zu wenige Sitzplätze vorhanden sind. Darauf muss man das Augenmerk richten.

Ein weiterer Punkt, den ich noch aus meiner Stellungnahme herausgreifen möchte, ist das von uns seit Jahren geforderte Verbot von Lauflernhilfen, wie „Gehfrei“, „Babywalker“ oder „Babyhopser“. Um nicht missverstanden zu werden: Es geht nicht um die Geräte, die Kinder wie einen Kinderwagen vor sich her schieben und die sie auch loslassen können – das ist durchaus akzeptabel. Aber diese Geräte, in denen Kinder fixiert werden und die angeblich das Laufen lernen begünstigen sollen, begünstigen nicht das Laufen lernen. Sie sind gefährlich für Kinder, weil sie zu Spitzfußstellungen und zu Unfällen führen, von denen jährlich mindestens einer tödlich verläuft. In anderen Ländern sind diese Lauflernhilfen verboten, in Deutschland gibt es sie weiterhin.

Ein weiterer Punkt, der uns in den Praxen immer wieder beschäftigt und zu großen Diskussionen führt, sind Halsketten für Kleinkinder. Da findet so etwas Esoterisches statt – z. B. Bernsteinketten für Säuglinge, um das Zahnen zu erleichtern. Das ist absoluter Humbug – das Zahnen wird durch Bernsteinketten nicht erleichtert. Die Bernsteinketten sind gefährlich, die Kinder können sich an diesen Ketten strangulie-

ren. Auch hier müssen wir die Öffentlichkeit darauf aufmerksam machen, dass diese Ketten eine große Gefahr für Kinder darstellen, ähnlich wie lose Schnüre an Kinderkleidung. Die anderen Punkte habe ich hier aufgeführt, die möchte ich jetzt nicht wiederholen.

Was mir noch am Herzen liegt, was mir mein Verband aufgetragen hat, ist ein Thema, das wir im Jahr 2008 anlässlich des Antrags der Fraktion der CDU/CSU sowie der SPD zu den Schönheitsoperationen bei Kindern angesprochen haben. Uns geht es auch darum, dass man nicht aus dem Auge verliert, dass heute selbst Kleinkinder unter drei Jahren Piercings bekommen und dadurch verletzt werden. Ich kenne Jungen und Mädchen unter drei Jahren mit Nasenpiercing, die sich natürlich beim Spielen erheblich verletzen können. Das ist ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit von Kindern und aus unserer Sicht abzulehnen. Ebenso müsste hinterfragt werden, ob sich Jugendliche, die die Auswirkungen nicht abschätzen können, im Alter von 12, 13, 14 Jahren tätowieren lassen können. Tätowierungen sind hinterher nur schwer wieder zu entfernen und möglicherweise bei der zukünftigen Berufswahl ein erhebliches Hindernis. Wenn sie 18 Jahre alt und volljährig sind, kann das jeder für sich selbst entscheiden, aber ob dies bei Minderjährigen der Fall sein darf, muss man hinterfragen. Wir haben das Thema auch mit den entsprechenden Organisationen besprochen. Ich habe den Eindruck, dass die Organisatoren der Piercings- und Tätowierstudios durchaus bereit wären – ähnlich wie das bei den Sonnenstudios der Fall war –, auf die Jugendlichen zu verzichten. Das sollte meiner Ansicht nach als Eingangsstatement genügen.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, Sie waren sehr gut in der Zeit. Herr Prof. Dr. Andler, Sie sind als nächster dran.

**Prof. Dr. med. Werner Andler** (Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus): Sehr geehrte Frau Rupprecht, ich will mich auf die Kinderkrankenpflege beschränken. Die Kinderkrankenschwestern und die Kinderkrankenpfleger sind unsere Partner in der Klinik sowie in der häuslichen Kinderkrankenpflege. Der Beruf wurde als Ausbildungsberuf „Kinderkrankenpfleger“ vor 50 Jahren eingeführt. Er hat sich bewährt – dem wird auch keiner widersprechen. Vor 10 Jahren wurde diskutiert, ob man eine „GeneralistIn“ kreieren und auf einen gesonderten Ausbildungsberuf Kin-

derkrankenpfleger verzichten will. Das ist dann nicht ganz umgesetzt worden, aber es hat sich eine integrative Ausbildung im Gesetz etabliert. Damit wurden Tür und Tor für sehr viele Modelle in den Ländern geöffnet. Die Evaluationen, die man heute allmählich erhält, können selbstverständlich nichts darüber aussagen, dass deshalb die Mortalität in der Kinderklinik höher geworden sei. Auf die Unterschiede zur Erwachsenenkrankenpflege – wir sagen ja immer: Kinder sind keine kleinen Erwachsenen; das gilt selbstverständlich auch in der Pflege – wie beispielsweise auf die unterschiedliche Anatomie und Physiologie, aber auch auf die Entwicklungsphysiologie und auf die Psychologie, brauche ich hier nicht besonders einzugehen.

Selbstverständlich hat man in der Kinderkrankenpflege ein ganz anderes Krankheitsspektrum zu betreuen. Es ist daher wichtig, dass die zukünftigen Kinderkrankenschwestern vor allem in der Praxis dort ausgebildet werden, wo sie mit dieser Altersgruppe zu tun haben und nicht bevorzugt in Erwachsenenkrankenhäusern, wo sie Krankheiten sehen, mit denen sie in ihrem Beruf später nicht viel zu tun haben werden – z. B. Herzinfarkt oder Schlaganfall oder künstliche Gelenke. Wie sollen die dortigen Auszubildenden die besonderen Bedürfnisse von Kindern verinnerlichen? Wir brauchen Pflegekräfte, die den Umgang mit Kindern von der Pike auf gelernt haben, ansonsten bekommen wir – wie es allmählich auch der Fall zu sein scheint – immer mehr examinierte Anfänger, statt in gewisser Weise schon erfahrene Kinderkrankenschwestern. Die Motivation für die Generalisierung war die Flexibilität am Arbeitsmarkt und die Harmonisierung in Europa. Dabei ist zu sagen, dass Kinderkrankenschwestern auch heute, ohne dass sie generalistisch ausgebildet sind, im europäischen Ausland gerne genommen werden und auch zunehmend – wie die Ärzte – abwandern. Die Eltern plädieren geschlossen für den Erhalt des Ausbildungsberufes und für die Generalisation würde niemand unterschreiben. Auch im Falle der Akademisierung der Ausbildung sollte man die Kinderkrankenpflege als Schwerpunktausbildungsgang beibehalten. Tatsache ist, dass wir Kinderkrankenschwestern brauchen und nicht Generalisten in der Klinik.

**Vorsitzende:** Wunderbar. Als nächstes kommt Frau Wollstätter vom Kindernetzwerk.

**Christa Wollstätter** (Kindernetzwerk): Vielen Dank für die Einladung. Ich bin heute für Herrn Prof. von Voß gekommen, dem es nicht möglich war zu erscheinen. Er hat auch gesagt, dass hier eigentlich die Kompetenz einer Kinderkrankenschwester gefragt ist. Ich bin nicht nur hier als Sachverständige, sondern ich bin tatsächlich auch eine ausgebildete Sachverständige. Die Ausbildung für die Kinderkrankenpflege habe ich an der Universität in Witten absolviert. Von daher weiß ich, wovon ich spreche. Ich arbeite ganz praktisch im Bereich Familien mit Kindern mit Behinderungen und in der Überleitungspflege. Das ist heute auch unser Thema. Ich komme im praktischen Beispiel gleich darauf zu sprechen. Wir hatten ja telefonisch besprochen, dass ich anhand von praktischen Beispielen aufzeigen soll, wo die Schwachpunkte liegen. Ich wollte nur noch sagen, dass ich zum Vorstand des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege gehöre und damit eine direkte Kollegin von Frau Leupold bin.

Ich habe heute zwei Fallbeispiele mitgebracht, um die Knackpunkte zu verdeutlichen (s. Anlage 2). Im ersten Beispiel geht es um ein einjähriges Mädchen, das mit einer schweren Stoffwechselstörung, mit einer lebenslimitierenden Erkrankung – anhand der Diagnose weiß man, dass das Kind keine hohe Lebenserwartung haben wird – aus der stationären Versorgung entlassen werden soll und die Familie sehr viel Unterstützung benötigt. Es ist das erste Kind der Familie. Die Überleitung, mit der ich dann befasst war, beinhaltet an dieser Stelle viel mehr als die Organisation von häuslicher Kinderkrankenpflege, die dann auch in mein Ressort fällt. Wenn der Entlassungstermin feststeht, wird relativ zügig der Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse gestellt. Hier muss immer eine Einzelvereinbarung erfolgen, weil es sich um eine sehr umfangreiche Pflege handelt. In diesem Fall waren 12 Stunden beantragt worden, weil das Kind nachts auch beatmet werden musste.

Das Kind wurde dann entlassen, ohne dass die Krankenkasse bis zu diesem Zeitpunkt eine Kostenzusage gemacht hatte, obwohl sie bereits drei Wochen vorher davon in Kenntnis gesetzt worden war. Der Kinderkrankenpflagedienst hat die Pflege auch übernommen, obwohl er die Kostenzusage der Krankenkasse noch nicht hatte. Im Weiteren ist bei einer Überleitung auch erforderlich, nicht nur die häusliche Pflege zu organisieren, sondern auch die Eltern über die Möglichkeiten zu beraten, die ihnen ihr Schicksal erleichtern. Da wären zum Beispiel die finanziellen Erleich-

terungen, nämlich einen Schwerbehindertenausweis zu erhalten oder auch eine Frühförderung zu installieren. Dieser Dinge nehmen sich die Klinikentlassungen an, damit sie gewährleistet sind, wenn das Kind nach Hause kommt und damit die Eltern auch wissen, dass sie nicht alleingelassen werden. Die Zusage der Krankenkasse für 12 Stunden ist dann nach einer Woche nach der Entlassung erfolgt. Wir haben parallel dazu auch einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistung gestellt, damit das Kind in eine Pflegestufe eingestuft wird. Diesbezüglich kam eine Sachverständige vom Medizinischen Dienst, die dieses Kind nur in die Pflegestufe I eingestuft hat, weil die bestehenden Begutachtungsrichtlinien nicht entsprechend umgesetzt werden. Das heißt, die Maßnahmen der Behandlungspflege, die in der Zeit der Grundpflege erbracht werden, werden nicht als Pflegezeiten mit berücksichtigt und mit eingerechnet. Somit hat die Mutter, wenn das Kind in der Regel nur die Pflegestufe I hat, auch keinen Anspruch auf Beitragszahlungen in die Rentenversicherung, obwohl sie das Kind – wie in diesem Fall – 12 Stunden am Tag alleine versorgen muss. Die Eltern haben Einspruch eingelegt, der von der Krankenkasse mit der Orientierung an den Richtlinien beschieden wurde. Ein erneuter Einspruch hat die gleichen Aussagen bewirkt und wir haben jetzt noch einmal einen sehr dezidierten Widerspruch an den Widerspruchsausschuss gegeben. Das ist der Weg, der dann eingehalten werden muss.

Das zweite Beispiel, von dem ich noch kurz berichten möchte, ...

**Vorsitzende:** Ich muss Sie bitten, sich kurz zu fassen, da wir sonst über die Zeit kommen.

**Christa Wollstätter** (Kindernetzwerk): Es betrifft noch einmal eine Familie mit einem Kind, bei der es auch um die Prioritätensetzung bei der Kostenübernahme hinsichtlich Eingliederungshilfe und Leistungen nach SGB V und SGB XI geht. Ich habe im letzten Wortprotokoll gelesen, dass es in diesem Bereich immer sehr große Streitigkeiten bezüglich der Kostenübernahme gibt. Als das Kind zur Schule gehen sollte, war der Schulbesuch nicht möglich, weil nicht geklärt war, wer die Kosten für die Fahrt des Kindes zur Schule übernimmt. Da ist auch wieder Beratungskompetenz gefragt: Wer macht was und wer finanziert es auch letztendlich? Es geht um die Beratung und die Begleitung dieser Familien – wer berät sie? Sind das die Pflegestütz-



punkte? Diese stehen den Erwachsenen zur Verfügung, aber Eltern finden dort keine Anlaufstelle. Es ist mir ein ganz wichtiges Anliegen, darauf hinzuweisen, dass Eltern keine adäquate Beratung finden, und dass es hierfür Stellen geben muss.

**Vorsitzende:** Danke, Frau Wollstätter. Ich darf Sie bitten, Frau Leupold.

**Frauke Leupold** (Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland): Sehr geehrte Frau Rupprecht, meine Damen und Herren. Zuerst möchte ich mich ganz herzlich für die Einladung zur heutigen Anhörung bedanken. Wir als Berufsverband Kinderkrankenpflege vertreten seit 30 Jahren die Belange der professionellen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und arbeiten seit 30 Jahren daran, dass der Schwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Rahmen der beruflichen Erstqualifikation erhalten bleibt. Dies ist uns bislang gelungen und wir arbeiten weiter dran. Auch im Zuge der Diskussion um ein gemeinsames Berufsrecht für die Pflegeberufe betonen wir ganz nachdrücklich die Bedeutung dieser Ausbildung, dieses Ausbildungsschwerpunktes Gesundheits- und Kinderkrankenpflege für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Wir denken, dass die Anerkennung der Kindheit als eigenständigen Lebensabschnitt eine Errungenschaft unserer modernen Gesellschaft ist, die sich in der Spezialisierung sehr vieler Berufe widerspiegelt. Wir können nicht ganz nachvollziehen, warum man diese in der Pflege nicht mehr benötigt. Wir verfügen über Fachwissen und Handlungssicherheit im Umgang mit Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Entwicklungsphasen. Wir sind ganz eindeutig der Meinung, Herr Prof. Dr. A德勒 hat es auch schon gesagt, dass die Anbahnung entsprechender Kompetenzen bereits im Rahmen einer beruflichen Erstqualifikation sichergestellt werden muss. Wir gehen davon aus, dass im Rahmen einer generalistischen Pflegeausbildung die Kompetenzen nicht entsprechend angebahnt werden können, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt, dass der Bedarf von Eltern, Kindern und Jugendlichen an Unterstützungs- und Beratungsleistung deutlich zunimmt. Wir sehen die Ursachen hierfür in der Veränderung der familiären Lebensstrukturen und auch in der Zunahme von chronischen, psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In den letzten Jahren gab es dazu eine Reihe von Veröffentlichungen, so z. B. auch den 13. Kinder- und Jugendbericht des Deutschen Bundestages.

Auf europäischer Ebene, denken wir, sollte Deutschland seine hohe Qualität in der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erhalten. Es wird immer gesagt, dass es in Europa keine Kinderkrankenpflege gibt – das stimmt so nicht. Zum Beispiel in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich gibt es diesen Schwerpunkt in der beruflichen Erstqualifikation.

Ein zweiter wesentlicher Punkt, für den wir uns engagieren, ist die Einbindung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und insbesondere der Familiengesundheits- und -kinderkrankenpflege in das System Kinderschutz und frühe Hilfen. Entwicklungsstörungen können die Ursache für Pflegebedürftigkeit sein, Pflege kann aber durchaus auch Einfluss auf Entwicklung und Entwicklungsstörungen nehmen. Wir stellen fest, dass der Unterstützungsbedarf der Familien in besonderen und belastenden Situationen – das sind vor allen Dingen Familien mit chronisch kranken und frühgeborenen Kindern – häufig zuerst über den Kontakt mit der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den Kliniken und Ambulanzen festgestellt wird. Die frühgeborenen Kinder sind dabei ein relativ großes Klientel, wo wir als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen positiv auf die Entwicklung einwirken können. Wir stellen zunehmend fest, dass eine Nachfrage nach speziell weitergebildeten Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen besteht, die die Familien gerade in Alltagsfragen unterstützen und pädagogisch ausgerichtete Hilfsangebote ergänzen.

Der dritte Punkt, für den wir uns einsetzen, ist die Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Sie alle kennen den Nationalen Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland. Dort wird als Hauptproblem genannt, dass 40 Prozent der im Krankenhaus aufgenommenen Kinder und Jugendlichen auf Erwachsenenstationen liegen. Wir glauben nicht, dass das kindgerecht ist, wir glauben dass die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal sichergestellt werden muss, z. B. auch durch die weitere Festschreibung von Qualitätskriterien, wie es beim Gemeinsamen Bundesausschuss bereits im Bereich der Früh- und Neugeborenenversorgung, in der Kinderonkologie oder auch in der Kinderherzchirurgie erfolgt ist. Dort steht festgeschrieben, dass die Versorgung ausschließlich durch Gesundheits- und Kinderkran-

kenpflegerinnen und -pfleger stattfinden soll und dass auch die Fachweiterbildung in bestimmten Bereichen einen pädiatrischen Schwerpunkt haben muss.

**Vorsitzende:** Darf ich Sie bitten, zum Schluss zu kommen.

**Frauke Leupold** (Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland): Ja, ich komme zum Schluss. Neben diesen drei Forderungen halten wir die Aufnahme der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege neben den Familienhebammen in das Bundeskinderschutzgesetz auch unter Einbeziehung der entsprechenden Förderung sowie die Aufnahme der Leistungen von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung für sehr wichtig. Wir wünschen uns auch weiterhin die aktive Einbindung unserer Expertise in politische Entscheidungen. Da ich mich jetzt sehr kurz fassen musste, habe ich unser Statement auch in schriftlicher Form mitgebracht, das ich Ihnen gerne zur Verfügung stelle (s. Anlage 3). Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, Frau Leupold. Damit wären wir am Ende der Runde zur Kinderkrankenpflege. Die weiteren Sachverständigen sind anschließend dran. Ich möchte jetzt den Kolleginnen Gelegenheit geben, nachzufragen. Eventuell auch Herr Bahr? Herr Bahr hat keine Nachfragen. Ich begrüße noch die Kollegin Scharfenberg in unserer Runde. Ich gebe jetzt an die Kolleginnen weiter. Frau Scharfenberg, Frau Dörner und Frau Schön.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank für Ihre Einführungen. Ich möchte Herrn Prof. Dr. Andler und auch Frau Leupold direkt ansprechen. Sie haben von der Ausbildungsreform gesprochen und Ihre Bedenken geäußert. Da rennen Sie bei uns offene Türen ein. Ich bin die Sprecherin für Alten- und Pflegepolitik meiner Fraktion und sehe diesen Reformbedarf in der Pflegeausbildung sehr wohl, habe aber auch meine Zweifel, ob eine Generalistik letztendlich der Schlüssel zum Glück ist. Der Bundesgesundheitsminister hat das Jahr 2011 zum Jahr der Pflege ausgerufen. Er möchte den Pflegeberuf attraktiver gestalten und begründet damit die Zusammenlegung der Ausbildungen. Ich würde gerne hören, wo genau

Ihre Bedenken auch für die anderen Pflegeberufe, die ebenfalls betroffen sind, liegen.

Abg. **Katja Dörner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank auch von meiner Seite für Ihren interessanten Input, der schon sehr unterschiedliche Perspektiven aufgreift. Ich habe zwei konkrete Fragen. Zum einen wurde mir berichtet, dass gerade im ländlichen Raum die Wege der Pflegepersonen in der ambulanten Pflege häufig sehr weit sind. Hier gibt es größere Finanzierungsprobleme, da die weiten Wege nicht in die Kostenkalkulation mit einbezogen werden. Ich bitte die Dame oder den Herrn, der sich zur Antwort berufen fühlt, diese Problematik zu beleuchten. Die zweite Frage geht an Frau Leupold: Sie haben gesagt, Sie wünschten sich eine stärkere Einbindung in den Bereich Kinderschutz. Da wir das Kinderschutzgesetz zur Diskussion im Parlament erwarten, würde ich mich freuen, wenn Sie uns Ihre Vorstellungen dazu etwas konkretisieren könnten.

Abg. **Nadine Schön** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine erste Frage geht in die gleiche Richtung wie die letzte Frage der Kollegin Dörner. Frau Leupold, gibt es vielleicht schon Modellprojekte? Könnten Sie konkreter ausführen, was Sie sich unter dieser Verschränkung vorstellen? Meine zweite Frage geht an Herrn Dr. Hartmann: Sie haben in Ihrem Papier verschiedene Forderungen aufgezählt. Stellt das eine Gewichtung von oben nach unten dar und können Sie uns Zahlen liefern, in welchen Bereichen besonders viele Unfälle vorkommen?

**Vorsitzende:** Dieses Thema behandeln wir im zweiten Teil der Anhörung.

Abg. **Nadine Schön** (CDU/CSU): Okay. Die Helmpflicht erklärt sich mir. Beim Schnürsenkel habe ich mich gefragt, ob das häufig vorkommt. Dafür wären Zahlen sehr interessant. Frau Wollstätter, Sie haben Probleme bei der Beratung angesprochen. Bei mir im Wahlkreis übernimmt der Träger, also die Lebenshilfe, die Beratung in einer Beratungseinrichtung, die nicht nur komplett über die einzelnen eigenen Leistungen informiert, sondern auch weitervermittelt. Würden Sie sich wünschen, dass diese Beratung mit besonderer Schulung am Pflegestützpunkt angedockt

wird oder stellen Sie sich andere Modelle vor? Mich würde interessieren, welche konkreten Ideen Sie haben.

**Vorsitzende:** Frau Bracht-Bendt, bitte.

Abg. **Nicole Bracht-Bendt** (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Andler. Sie haben in einem Interview zum Thema Sparen im Gesundheitswesen gesagt: „Sparmaßnahmen werden sich in wenigen Jahren als teurer erweisen, weil niemand über die heute schon absehbaren Folgekosten nachdenkt.“ Unabhängig davon, dass ich diese Behauptung für verunglimpfend halte, möchte ich Sie doch bitten, Beispiele zu nennen.

**Vorsitzende:** Das war die erste Runde. Die erste Frage von Frau Scharfenberg ging an Herrn Prof. Dr. Andler und Frau Leupold. Darauf können auch Sie, Frau Baum-Wetzel, antworten. Frau Wollstätter, Sie dürfen dazu auch antworten, möglichst kurz wegen der zweiten Runde. Herr Prof. Dr. Andler, bitte.

**Prof. Dr. med. Werner Andler** (Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus): Vor zehn Jahren hatten wir gesagt, man müsse Generalistinnen ausbilden. In unseren Gesprächen haben wir von Frau Nickels von Bündnis 90/Die Grünen gehört, dass sie selbst Krankenschwester sei und deshalb gut Bescheid wisse und dass eine Schwester selbstverständlich in der Altenpflege und auf Frühgeborenenstationen tätig sein könne. Wir dachten damals, wir hören nicht recht. Die generalistische oder teilgeneralistische Ausbildung, die man dann eingeführt hat, hat viel zu viele integrative Anteile, so dass heute in manchen Ländern tatsächlich die zukünftigen Kinderkrankenschwestern kaum mehr mit Kindern, sondern stattdessen vor allem mit alten Menschen in Berührung kommen, die ein ganz anderes Krankheitsspektrum aufweisen. Man hat zwar gesagt, niemand wolle den Ausbildungsberuf abschaffen – aber die Gefahr besteht weiterhin. Man ist auch jetzt wieder dabei, vollends zu einer generalistischen Ausbildung überzugehen. Die integrative Ausbildung war ein Zwischenschritt und ist schon fast generalistisch. Die ausländischen Kollegen haben immer gesagt, es ist großartig, dass ihr spezielle Kinderkrankenschwestern habt, das wollen wir auch. Manche haben auch in diese Richtung etwas unternommen – und

wir wollen es abschaffen! Dagegen müssen wir uns sehr wehren, es kann nicht sein, dass man diesen Ausbildungsberuf abschafft. Das wäre wirklich ein großer Rückschritt.

**Vorsitzende:** Frau Leupold, dann Frau Baum-Wetzel.

**Frauke Leupold** (Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland): Zur Ausbildung würde ich sagen, dass wir Bedenken gegen die generalistische Ausbildung haben, weil der Pflegeberuf so vielfältig ist. Daher ist es unproduktiv, alles in eine Ausbildung zu packen. Andere Berufe differenzieren sich immer mehr auf, weil es nicht möglich ist, alle Bereiche in eine Qualifikation hineinzunehmen – und in der Pflege soll es möglich sein! Es gibt sehr viele unterschiedliche Schwerpunkte und mein Schwerpunkt, unser Schwerpunkt, ist die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Wir denken, dass man spezifische Kompetenzen braucht, um mit der Situation Kind – Eltern in unterschiedlichen Entwicklungsstadien umgehen zu können und dass wir diese Kompetenzen in Theorie und Praxis bereits in der Erstausbildung qualifizieren müssen.

Auf europäischer Ebene weiß ich von Kinderkrankenpflegeverbänden, die Erhebungen machen und schauen, dass ein bestimmter Prozentsatz von spezifisch ausgebildeten Kinderkrankenpflegenden vor Ort ist, damit die Kinder entsprechend versorgt werden. Bei uns erfolgt ein relativ hoher Prozentsatz der Versorgung von Kindern durch spezifisch ausgebildetes Fachpersonal und wir wollen jetzt, dass das weniger wird – das halte ich für problematisch. Wir hören häufig das Argument mit der Weiterbildung. Wir haben aber ganz konkrete Befürchtungen: Wir wissen alle, dass im Gesundheitswesen das Geld begrenzt ist und wenn Krankenhäuser, Krankenhausträger weitergebildetes Personal einstellen müssen, dann wird das teurer. Wir befürchten, dass es dann nur noch einen geringen Prozentsatz von spezifisch qualifiziertem Personal gibt und das halten wir für ausgesprochen problematisch.

**Vorsitzende:** Danke, Frau Leupold. Jetzt Frau Baum-Wetzel. Bevor Sie antworten, würde ich gerne noch eine Frage stellen. Wir haben die 24-Stunden-Pflege bei Kindern und es gibt Vorschläge auch aus Ihrem Verband, hier eventuell zu kombinieren: Statt eine 24-Stunden-Pflege anzubieten, die Pflege mit einer Entlastung der El-

tern zu kombinieren, denn kein Kind benötigt für 24 Stunden eine Pflegekraft, da es auch Phasen gibt, in denen nicht im engsten Sinne gepflegt wird. Man könnte eine häusliche Entlastung der Familie von beispielsweise drei Stunden erreichen, in denen die Eltern durch Nähe den Kontakt zu ihrem Kind pflegen könnten. Was halten Sie als Verband davon?

**Elisabeth Baum-Wetzel** (Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege): Herzlichen Dank, Frau Rupprecht, dass ich so kurzfristig als Gast eingeladen wurde und jetzt antworten darf. Zunächst möchte ich noch einen ganz praktischen Aspekt zum Thema generalisierte Ausbildung einbringen. Natürlich schließen wir uns auch der Forderung an, unbedingt die spezialisierte Ausbildung beizubehalten. Es gibt in Deutschland ungefähr 11.600 Pflegedienste und davon sind 180 auf Kinder spezialisiert. Meistens wird pro Kind mit der Krankenkasse einzeln verhandelt, da die Kataloge nicht auf Kinder passen. Verlangt ein Kinderkrankenpflegedienst in der Regel zwischen 35 und 45 Euro pro Stunde für eine ausgebildete Krankenschwester, hält die Krankenkasse dies für viel zu teuer und sagt: „In der Nähe gibt es doch einen Altenpflegedienst und da arbeitet auch eine Kinderkrankenschwester. Dorthin vermitteln wir das Kind. Wir zahlen dem Kinderkrankenpflegedienst dann keine 35 Euro, sondern nur 26 Euro die Stunde. Wenn ihr das nicht wollt, dann geben wir das an den Dienst vor Ort.“ Der Verband antwortet dann immer: „Ja, tut das!“ Dann vermittelt die Krankenkasse einen Altenpflegedienst mit einer Kinderkrankenschwester zur Versorgung dieses schwerstkranken Kindes. Dann sagt der Pflegedienst ganz schnell: „Ach nein, das können wir doch nicht leisten“, obwohl 26 Euro für den Altenpflegedienst viel Geld ist. Dann sind die Eltern und das Kind total entnervt, weil immer wieder neue Pflegekräfte kommen. Am Ende kommt die Kasse doch wieder auf den Kinderkrankenpflegedienst zu, der vielleicht 80 Kilometer entfernt ist, weil es dort Schwestern mit Erfahrung gibt.

Wahrscheinlich kann man auch die Kinderkrankenschwestern auf die 11.000 Altenpflegedienste verteilen. Aber diese gewinnen dann nie Erfahrungen mit Kindern. Viele Kinderkrankenschwestern arbeiten auch in Altenpflegediensten. Aber wenn man zwei Jahre keine Kinderkrankenpflege übernommen hat oder man übernimmt sie nur einmal im Jahr für zwei Stunden – irgendeine Wundversorgung –, dann traut man sich keine 24-stündige Beatmung zu. Deswegen ist es nicht nur für die Ausbil-

dung wichtig, sondern es ist auch absolut notwendig, dass häusliche Kinderkrankenpflege als eigene Spezialisierung bei Pflegediensten anerkannt wird (s. Anlage 4).

Jetzt würde ich gerne auf Ihre Fragen antworten. Wir als Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege sagen, dass es eine 24-Stunden-Versorgung nicht geben muss und halten alle unsere Dienste zur sogenannten Rückzugspflege an. Es gibt diese Versorgung – wenn das Kind aus dem Krankenhaus kommt dann werden vielleicht 24 Stunden benötigt, da man die Eltern anleiten muss und dann zieht man sich nach und nach zurück. Entweder kann man die Versorgung langfristig auf 18 oder auf 12 Stunden reduzieren, damit die Eltern auch immer mal allein mit dem Kind sind oder man kann sich innerhalb von drei Monaten oder fünf Monaten ganz zurückziehen, was bei Frühgeborenen häufig der Fall ist.

Wenn ich jetzt noch die Gelegenheit habe, würde ich noch auf einen Missstand hinweisen. Sie kennen sicher alle das Thema Pflegenoten. Es ist ganz schön, dass man sich einen Pflegedienst im Internet anschauen und seine Noten überprüfen kann. Aber Eltern mit schwerstkranken Kindern, die einen Kinderkrankenpflegedienst suchen, haben Pech gehabt: Wenn Sie hier in Berlin im Internet alle Pflegedienste, die schon eine Note haben, durchsuchen, kommen Sie auf 300 Dienste. Sie müssen sich dann durch jeden Dienst klicken, um zu prüfen, ob er Kinderkrankenpflege übernimmt. In Berlin gibt es genau vier. Obwohl wir es schon öfter angemerkt haben, ist es bisher nicht durchgesetzt worden, dass man schon in der Suchmaske diese Spezialisierung erkennen kann.

**Vorsitzende:** Hier auf eine Änderung einzuwirken, ist eines unserer geringsten Probleme. Es ist noch die Antwort zum Kinderschutzgesetz und zur Schnittstellenproblematik offen. Frau Schön, können wir die Frage nach den Unfallzahlen nachher beantworten? Es gab noch eine Frage zur Beratung an Frau Wollstätter. Frau Leupold fängt mit dem Kinderschutzgesetz an. Dann kommt Frau Wollstätter zur Beratung.

**Frauke Leupold** (Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland): Frau Dörner, Sie hatten nach der konkreten Einbindung in das Kinderschutzgesetz gefragt. Wir haben den Referentenentwurf aus dem Bundesfamilienministerium erhalten. Dort steht – das ist auch durch die Presse gegangen –, dass die Bundesfamilienministerin



die Familienhebammen nicht nur ideell, sondern auch finanziell fördern möchte. Wir als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende sowie der öffentliche Gesundheitsdienst haben sofort aufgemerkt und gesagt: „Halt! Nicht nur die Hebammen leisten diese Arbeit, auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege leistet diese Arbeit.“ Deshalb halten wir es für notwendig, dass wir als Berufsgruppe in diesem Kinderschutzgesetz explizit neben den Hebammen auftauchen und wir wünschen uns auch, in diese Förderung einbezogen zu werden. Ich weiß, es ist immer etwas schwierig, sich etwas von der Politik zu wünschen, wenn es dabei um Geld geht – aber man darf es ja mal äußern.

Sie haben auch nach konkreten Modellen gefragt. Wir haben als Berufsverband zusammen mit den freiberuflich Kinderkrankenpflegenden eine Weiterbildung entwickelt, die auf den Kompetenzen der Grundausbildung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aufbaut, die wir Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflege nennen und die genau auf den Bereich Kinderschutz, Kindeswohlgefährdung und frühe Hilfen zielt. Diese Weiterbildung wird bislang an drei Orten in Deutschland durchgeführt – in Kiel, Krefeld und Stuttgart. Die ersten 50 Absolventinnen haben diese Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen und sind alle vor Ort in Kinderschutzprojekten tätig. Wir haben zunehmend Nachfragen gerade aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst nach der Expertise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, weil wir ein etwas breiteres Spektrum – auch altersmäßig – im Vergleich zu den Familienhebammen bieten. Deshalb wünschen wir uns eine Aufnahme ins Kinderschutzgesetz.

**Christa Wollstätter** (Kindernetzwerk): Frau Schön, Sie hatten gesagt, dass die Beratungen vor Ort bei Ihnen durch die Lebenshilfe erfolgt. Ich habe auch Kontakt zur Lebenshilfe, aber die Lebenshilfe kommt häufig erst zum Tragen, wenn die Kinder schon zuhause sind. Wenn die Diagnose aber in der Klinik gestellt wird – direkt nach der Geburt oder wann auch immer –, dann ist es erforderlich, die Eltern relativ frühzeitig zu beraten, damit sie über ihre Rechte und Ansprüche Bescheid wissen und auch das Gefühl haben, nicht unversorgt nach Hause zu gehen. Das ist ein sehr wichtiger Aspekt.

Darüber hinaus muss auch Begleitung geleistet werden, beispielsweise wenn bestimmte Begutachtungen oder Einstufungen – z. B. im Schwerbehindertenausweis der Grad der Behinderung – erfolgen. Dann ist es häufig wichtig, mit den Eltern zu prüfen, ob diese gerecht ist, ob diese die Leistung umfasst, die ihnen zusteht. Wenn dies nicht der Fall ist, dann muss man sich häufig mit den Eltern hinsetzen und den Widerspruch formulieren. Die Eltern schaffen das einfach nicht allein. Sie haben mitunter einen so mühsamen Alltag mit ihren Kindern, dass sie sehr häufig – das ist meine Erfahrung – auf ihre Ansprüche verzichten, weil sie dem einfach nicht gewachsen sind. Im Dschungel der Möglichkeiten oder der Widersprüche ist es ganz wichtig, dass Eltern eine engmaschige Begleitung erfahren, und zwar nicht nur ganz am Anfang, sondern fortlaufend, auch in Krisensituationen. In Familien mit Kindern mit besonderen Bedürfnissen gibt es immer wieder Krisensituationen. Da braucht es immer wieder jemanden, auf den die Eltern zugehen können, der ihnen auch vertraut ist, von dem sie wissen, dass er über ihre Ansprüche und ihren Bedarf Bescheid weiß und der ihnen zur Verfügung steht, wenn sie ihn brauchen. Dies ist so wichtig, daher habe ich es so ausführlich dargestellt.

**Vorsitzende:** Ich denke, dass diese Beratung eigentlich an den Kinderkliniken angesiedelt werden müsste, zumindest kenne ich das aus meiner Kinderklinik. Dort geht man auch in die ambulante Versorgung hinaus.

**Christa Wollstätter** (Kindernetzwerk): Das ist auch mein Rat – so mache ich es in Koblenz schon seit zehn Jahren und wir haben sehr gute Erfahrungen damit gemacht. Wir haben diesen Vorschlag auch ans Ministerium in Rheinland-Pfalz hergetragen. Dort hat man dafür aber noch keine Notwendigkeit gesehen, weil man der Meinung ist, dass diese Beratung in den Pflegestützpunkten vor Ort geleistet werden kann. Aber wir machen die Erfahrung, dass das nicht der Fall ist und die Pflegestützpunkte diese Aufgabe gar nicht leisten können.

**Vorsitzende:** Das wäre z. B. eine Anregung der Kinderkommission an die Ministerpräsidenten, diesen Vorschlag aufzugreifen. Ich denke, wir können nicht in die Länder hinein regieren, aber wir können zumindest die Anregung geben, sich die positiven Beispiele anzuschauen.

Frau Dörner hatte noch eine Frage. An wen ging diese?

Abg. **Katja Dörner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Das war die Frage, ob in Flächenländern und Flächenkreisen die Wegstrecken, die man in der ambulanten Pflege zurücklegt, angemessen in der Vergütung dokumentiert sind. Es ist schon mehrfach an mich herangetragen worden, dass es hier ein großes Defizit gibt. Ich weiß nicht, ob dies eine Besonderheit aus meiner Region ist oder ob es ein allgemeines Problem darstellt.

**Vorsitzende:** Bevor Sie antworten noch eine Anmerkung: Die Krankenkassen machen mit Ihnen ja Verträge...

**Elisabeth Baum-Wetzel** (Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege): Sie versuchen, Verträge abzuschließen. Sie bieten jedoch so niedrige Vergütungen an, dass wir sagen, wenn die Verträge nur 29 Euro die Stunde bieten und wir bei einer Einzelverhandlung auch 38 oder 40 Euro erhalten, dann wären wir dumm, einen Vertrag abzuschließen. Vor allen Dingen gilt: Man bekommt 29 Euro für die Stunde angeboten – und wie man hinkommt, muss man selbst sehen. In den neuen Bundesländern gibt es so gut wie keine spezialisierten Kinderkrankenpflegedienste. Am Ende bedeutet das, dass viele Kinder im Krankenhaus bleiben, die zuhause gepflegt werden könnten. Das ist auch eine Auswirkung des Personalmangels. Deswegen denken wir auch, dass wenn die häusliche Kinderkrankenpflege als Spezialisierung anerkannt wird, dies auch den Beruf aufwertet. Denn bei ambulanter Pflege denkt man daran, dass alte Menschen zu waschen, zu füttern und zu windeln sind. Diese hat kein hohes Ansehen. Aber bei häuslicher Kinderkrankenpflege geht es um schwerstkranke Kinder. Dies ist ein anderer Arbeitsbereich und für viele sicher auch ein spannenderer Arbeitsbereich. Habe ich jetzt die Frage beantwortet? Okay.

Die **Vorsitzende:** Ich habe einen Tag lang einen ambulanten Pflegedienst für Kinder durch die einzelnen Familien begleitet, um zu sehen, was in dem pflegerischen Bereich anders ist. Es ist einfach anders – ein Kind, das kaum eine lange Lebensdauer hat. Aber wenn ich den Kostenfaktor sehe, dann ist die Pflege zuhause viel günstiger.

ger. Außerdem ist es für die Familien angenehmer, ihr Kind in der häuslichen Umgebung zu betreuen und von ihm auch über Monate Abschied nehmen zu können. Frau Bracht-Bendt hatte noch eine Frage an Prof. Dr. Andler.

**Prof. Dr. med. Werner Andler** (Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus): Das Interview muss ein Irrtum sein, das habe ich nicht gegeben – ich wüsste jedenfalls nichts davon. Aber wenn Sie vielleicht die Frage noch einmal kurz wiederholen könnten.

Abg. **Nicole Bracht-Bendt** (FDP): Sie hatten gesagt, dass sich die Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen in wenigen Jahren letztendlich als teurer erwiesen würden. Ich hätte gerne gewusst, was Sie konkret damit meinen.

**Prof. Dr. med. Werner Andler** (Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus): „Wenn man die Kinderkrankenpflege abschaffen würde, würde man später höhere Kosten erzeugen“ – das habe ich nicht gesagt. Aber ich könnte mir gut vorstellen, dass das so ist – das wäre eigentlich logisch. Durch die Kinderkrankenpflege erfolgen eine umfassende Beratungstätigkeit und eine professionelle Arbeit. Wenn die Eltern nicht vorbereitet sind, geht es häufiger wieder schief und die Rückkehr in die Klinik ist vorprogrammiert – schneller als normal. Ich könnte mir das so schon vorstellen.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Wir gehen jetzt weiter zur Kindersicherheit. Wir wollen, dass alle Kinder sicher sind. Dass es nicht immer so ist und das leider in einem Bereich, wo wir kaum hinschauen – nämlich im häuslichen Bereich, in der Freizeit, im Sport – zeigen die hohen Unfallzahlen. Dazu hören wir jetzt Frau Dr. Märzheuser.

**Dr. Stefanie Märzheuser** (Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder): Vielen Dank. Ich komme gerade aus dem OP. Wenn man genau hinschaut, kann man vielleicht noch den Abdruck der OP-Mütze sehen. Als Kinderchirurgen in der OP versorgen wir die Kinder, die einen Unfall hatten. Wir hatten heute ein vierjähriges Kind nach einem Sturzunfall mit einer sogenannten suprakondylären Humerusfraktur, d. h. das Kind hatte sich den Ellenbogen total zerhauen. Das hat mich gestern

viel Zeit und Kraft gekostet. Es war ein schwerstmisshandeltes Kind, das glücklicherweise doch keine schwere Gehirnverletzung hatte, aber wirklich schwerstmisshandelt war. Diese beiden Themen sind auch für das Kinderschutzgesetz sehr wichtig. Kinderunfälle haben eine ganz erhebliche Dimension. Dazu möchte ich Ihnen auch gerne Zahlen präsentieren. Es gibt dazu Zahlen. In Deutschland leben etwa 11,1 Millionen Kinder.

Die **Vorsitzende**: Ganz kurz: Haben Sie Ihren Vortrag als Stick? Dann könnten wir ihn ans Protokoll anheften.

**Dr. Stefanie Märzheuser** (Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder): Das können wir gerne machen (s. Anlage 5). Etwa 1,7 Millionen Kindern haben in Deutschland pro Jahr einen Unfall. 1,7 Millionen – ich finde, das ist immer wieder, auch wenn ich mich schon lange mit diesen Zahlen befasse, eine doch sehr beunruhigend hohe Zahl. 295.000 Unfälle passieren im häuslichen Bereich, d. h. in dem Bereich, von dem wir denken, dass wir dort sicher sind – my home is my castle. Das ist der Bereich, wo Kinder am häufigsten gefährdet sind. Das liegt an einer ganzen Fülle von Faktoren und vor allen Dingen daran, dass gerade die kleinen Kinder nach wie vor doch am häufigsten verunfallen. Und kleine Kinder verunfallen zuhause, weil Unfallschwerpunkte je nach Alter völlig unterschiedlich gelagert sind.

Sie sehen hier auf den Bildern die typischen Gefahrensituationen im Haushalt und im Straßenverkehr. Wir haben hier ein schwerstverletztes Kind, das bei einem Autounfall verletzt wurde und eine Hirnblutung hat, obwohl es in einem adäquaten Rückhaltesystem saß. Das heißt, es gibt eine Fülle von Gefahrensituationen, die altersorientiert anders gelagert sind. Die Unfallsterblichkeit orientiert sich also zum einen am Alter, zum anderen aber auch am Unfallort. Das bedeutet, je kleiner ein Kind ist, desto häufiger verunfallt es zuhause.

Schauen Sie auf die Säule der Altersgruppe von 1 bis 4 Jahren – das sind die Kinder, die am häufigsten einen häuslichen Unfall erleiden. Was für Unfälle sind das? Das ist Erstickten, also Aspiration nennt man das im Terminus technicus. Aspiration bedeutet nicht verschlucken, sondern einatmen von Kleinteilen – z. B. so etwas Dummes wie eine Erdnuss. Auch das ist eine Unfallursache, die immer wieder zu schwersten Erkrankungen von Kindern bis zum Tod führen kann. Ertrinken – ein

ganz typischer Sommerunfall, der uns auch immer wieder schockiert. Wir hatten in Berlin gerade ein ertrunkenes Kind, das jetzt im Winter ins Eis eingebrochen ist. Auch dieses Kind hat bei uns gelegen. Wenn man das hautnah immer wieder erlebt, dann verstehen Sie vielleicht, warum ich nicht immer nur sachlich bin. Stürze aus Gebäuden – diese Unfallsaison beginnt jetzt wieder. Das ist der typische Frühjahrs- und Sommerunfall: Es wird warm, die Eltern machen das Fenster auf und das 18 Monate bis 2 Jahre alte Kind stürzt dann kopfüber aus dem Fenster. Verbrennungen und Rauchgasvergiftungen sind sehr häufige Großstadttunfälle, denn das ist ein Unfall, der mit der Grillsaison zu tun hat. Dazu wird Frau Gottwald sicherlich noch etwas sagen. Sie haben aber natürlich auch mit Brandstiftung zu tun – wir hatten in Berlin eine ganz große Serie von schweren Verletzungen.

Was kann man tun? Kinderunfälle muss man nicht hinnehmen und sagen: „Das ist jetzt halt so! Es ist das Unvermeidliche passiert“. „Education“ ist das, was Familienkrankenschwestern und auch Familienhebammen – aber als Kinderchirurgin bin ich natürlich immer mehr auf der Seite der Krankenpflege – sicherlich leisten können und was auch Ärzte in der kinderärztlichen Praxis unterstützen können: Erziehung zur Sicherheit, zum sicheren häuslichen Umfeld. „Engineering“ heißt, technische Sicherheit von Kinderprodukten verbessern oder das Wohnumfeld von Kindern sicher gestalten. Zuletzt kommt das, was wir hier gemeinsam versuchen – „enforcement“: Gesetzgebung, z. B. das Verbot von gefährlichen Produkten wie der sogenannten Lauflernhilfe. Dieses Produkt ist schon in sich eine Lüge. Dazu gehören auch bestimmte Baunormen, die vorschreiben, dass in Neubauten Fenstersicherungen integriert sein müssen oder eine Bauordnung, die sicherstellt, dass das Wasser aus dem Kran 56 Grad nicht überschreitet.

Das heißt, die Bundesarbeitsgemeinschaft versucht immer wieder, Daten zu finden, um daraus Taten folgen zu lassen. Unfallschwerpunkte sind für uns ein wesentlicher Punkt, aber auch bestimmte Risikogruppen sind nicht zu vergessen. Das ist politisch immer ein etwas schwieriges Thema – aber es ist einfach so: Wir wissen es anhand von Zahlen, dass Kinder mit sozial schlechtem Hintergrund häufiger Unfälle erleiden als Kinder aus guten sozialen Schichten, aus der gebildeten Bürgerschicht. Auf meinem Lieblingsbild wird eine verschleierte Frau von ebenfalls einer Frau mit Migrationshintergrund beraten. Die nichtverschleierte Frau stammt aus dem Liba-

non und ist eine ärztliche Kollegin. Sie berät eine traditionell gekleidete Frau – ebenfalls aus dem Libanon – zur Unfallverhütung. Das ist effektive Prävention, denn dieser Frau wird die verschleierte Frau zuhören, mehr als mir, wenn ich blond und blauäugig daherkomme.

Steigende Krankenhauszahlen ...

**Vorsitzende:** Ich möchte ein bisschen an die Zeit erinnern.

**Dr. Stefanie Märzheuser** (Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder): Ja, ich bin sofort fertig. Steigende Krankenhauszahlen gibt es besonders in der Altersgruppe der Säuglinge und Kleinkinder und ganz besonders aus der Bevölkerungsgruppe sozial Benachteiligter und der Migrantenfamilien. Es ist sehr wichtig, das hier nochmal zu erwähnen.

Persönliche Ansprache von Eltern ist eine sehr effektive Form der Prävention. Dazu gibt es Studien und Untersuchungen. Das ist ein Punkt, der in diesem neuen Kinderschutzgesetz nicht vernachlässigt werden sollte. Sicheres Umfeld, sicheres zuhause heißt nicht nur das Verhindern von Kindesmisshandlung, sondern auch das Verhindern von Unfällen, denn Kinderunfälle sind vermeidbar. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, Frau Dr. Märzheuser. Sie mussten im Schnelldurchgang durch Ihren Vortrag – aber wenn wir ihn bekommen, ist das sicherlich eine Anregung. Ich darf dann Frau Gottwald von Paulinchen bitten.

**Adelheid Gottwald** (Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder): Sehr geehrte Frau Rupprecht, meine sehr geehrten Damen und Herren. Ich komme von Paulinchen – der Initiative für brandverletzte Kinder – und damit sozusagen aus der Praxis. Wir beraten und begleiten Familien nach Verbrennungs- und Verbrühungsunfällen ihrer Kinder und seit mehr als zehn Jahren engagieren wir uns auch im höchsten Maße präventiv. Ich spreche heute zu den Unfällen im häuslichen Bereich. Es sind allein in Deutschland jedes Jahr ungefähr 31.500 Kinder, die nach Verbrennungen und Verbrühungen ärztlich behandelt werden. Von diesen Kindern sind 6.000 so

schwer verletzt, dass sie stationär verbleiben müssen – 6.000 Kinder, meine Damen und Herren, jedes Jahr.

Die Hauptunfallursachen sind die Verbrühungen. Sie sehen hier den Klassiker abgebildet: die Tasse heiße Flüssigkeit, heißen Tee, die bis zu 30 Prozent der Körperoberfläche eines Kleinkindes oder Säuglings verbrühen kann (s. Anlage 6). Die Kinder ziehen sich das herunter, sie übergießen sich damit, sie tauchen ein oder sie fallen in heiße Flüssigkeiten. Die Hauptunfallursache ist tatsächlich die Verbrühung.

Wir betreuen selbstverständlich auch Familien, in denen es andere Unfallursachen gab und hierbei bekommen wir in zunehmendem Maße Kontaktverbrennungen gemeldet. Das sind nicht Kinder, die etwa auf Herdplatten fassen, sondern das sind Kinder, die zunehmend an diese Öfen fassen, die überall in Wohnzimmern aufgestellt werden, um es noch gemütlicher und wärmer zu machen. Diese Ofentüren sind furchtbar heiß und die Kinder sind einfach neugierig und fassen dagegen und bleiben mit den Händen richtig kleben, so heiß sind diese Ofentüren.

Die Grillunfälle, Frau Rupprecht hat vorhin schon davon gesprochen, machen uns jedes Jahr ganz große Sorgen. Das Grillen mit Spiritus ist nach unserer Meinung der einzige Unfall, der wirklich zu 100 Prozent zu vermeiden wäre, weil man einfach nicht mit Spiritus oder anderen Brandbeschleunigern grillen sollte. Wir haben Kinder, die gezündelt haben, die sich an Kerzen verletzt haben, Kinder, die Hausbrände überlebt haben. Wobei es hier meistens Tote durch Rauchvergiftungen gibt, aber es gibt auch Verletzte durch Hausbrände und Feuerwerkskörperverletzungen. Silvester war wieder Saison. Stromunfälle kommen meistens bei den älteren Kindern vor, die auf Züge klettern und dabei in die Nähe von Oberleitungen geraten. Verätzungen fallen auch unter die Verletzungen, die wir betreuen.

Sie sehen hier an der Grafik zu den stationären Behandlungsquoten die beiden blauen Linien – das sind die Kinder unter fünf Jahren, die den absolut größten Teil bei den Verbrennungen und Verbrühungen ausmachen. Wenn man sich die Zahlen genauer anschaut, sieht man, dass knapp 80 Prozent aller brandverletzten Kinder jünger als fünf Jahre sind. Hier steht die Verbrühung als Unfallursache im Vordergrund. An dieser Grafik über die letzten zehn Jahre können Sie sehen, dass leider die Kin-



derunfälle wie Verbrennungen und Verbrühungen stagnieren und nicht zurückgehen.

Eine Brandverletzung ist eine extrem schmerzhaft Verletzung, die zahlreiche Operationen nach sich zieht, eine monatelange, oft jahrelange Behandlung zur Folge hat, die lebenslange und oft stigmatisierende Narben mit sich bringt und ein unheimlich großes Leid in den Familien, die betroffen sind, hervorruft.

Prävention, Frau Dr. Märzheuser hat es schon gesagt, hilft, diese Unfälle zu vermeiden. Jeder Unfall, den wir vermeiden können, ist gut. Wir müssen die Eltern frühzeitig und ganz gezielt schulen. Das sieht man daran, dass die ganz kleinen Kinder die meisten Unfälle haben. Mit der Prävention sollte man möglichst schon vor der Geburt einsetzen. Hier sollte der Schwerpunkt sicher auch auf Risiko- und Migrantenfamilien liegen. Wir brauchen unbedingt bessere, genauere und vor allem verwertbarere Daten in Deutschland, die auch den Unfallhergang und eine Produktbeteiligung einschließen. Das gibt es nämlich bisher noch nicht. Wir brauchen selbstverständlich mehr Mittel für Prävention, um die Kampagnen auch bundesweit umzusetzen.

Da ich von Paulinchen auch für die brandverletzten Kinder spreche, möchte ich Ihnen noch ein paar Anliegen für unsere brandverletzten Kinder nennen.

**Vorsitzende:** Ich muss Sie leider an die Zeit mahnen.

**Adelheid Gottwald** (Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder): Ich bin gleich fertig. Wenn die Indikation besteht, müssen die Kinder unbedingt in einem spezialisierten Zentrum untergebracht werden – bestenfalls in einem Kinderzentrum. Es sollten alle notwendigen Leistungen für die brandverletzten Kinder bezahlt werden. Wir bekommen zunehmend Rückmeldungen, dass es Schwierigkeiten gibt und die Krankenkasse nicht alle Kosten übernimmt. Wir wünschen uns ein besseres und vor allem selbstverständlicheres Rehabilitationsangebot für brandverletzte Kinder, für die schwerbrandverletzten Kinder. Dankeschön.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, Frau Gottwald. Jetzt kommen wir zu einem weiteren Bereich, in dem Kinder zu Schaden kommen – das ist der Bereich des Verkehrs. Dort hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr viel getan, aber trotzdem gibt es noch Handlungsbedarf, obwohl die Unfallzahlen kontinuierlich rückläufig waren. Ich finde es sehr erfreulich, dass wir das geschafft haben. Ich erinnere mich, dass unsere Tochter ebenfalls die Kinderverkehrsschule eifrig mit ihrem Vater durchgemacht hat. Ich hoffe, dass es das nach wie vor gibt. Heute werden wir Ihre Vorschläge kennenlernen – bitteschön, Herr Dr. Eichendorf.

**Dr. Walter Eichendorf** (Deutscher Verkehrssicherheitsrat): Sehr gerne, Frau Rupprecht. Es gibt sie natürlich immer noch – zum Glück. Ich wollte vor allen Dingen ein wenig auch auf die Zahlen eingehen. Die 2. Folie ist eher etwas für Ihr Protokoll (s. Anlage 7). Dort können Sie hinterher in Ruhe nachlesen, wer der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) ist und dass jeder, der etwas mit dem Thema zu tun hat, im DVR Mitglied ist. Auf der 3. Folie sehen Sie die Zahlen und das sind Zahlen in derselben Größenordnung, wie sie Frau Gottwald eben für den Bereich der häuslichen Unfälle genannt hat. Unter 15 Jahren haben wir immer noch über 30.000 verunglückte Kinder jedes Jahr und davon 5.000 Schwerverletzte. Das ist extrem viel. Zum Glück sind wir bei der Zahl der Getöteten inzwischen unter die 100 gekommen. Wenn Sie die beiden Zahlen – die Gesamtzahl 31.000 und die Zahl der 90 Getöteten – im Hinterkopf behalten, dann sehen Sie, wo was geklappt hat und wo es nicht geklappt hat.

Auf der nächsten Folie stehen die Zahlen im Vergleich zum Jahr 1970. Sie sehen bei den Getöteten hat sich außerordentlich viel bewegt. Wir waren damals bei fast 2.200 Kindern pro Jahr, die getötet wurden, da sind wir jetzt bei 90 – das ist ein riesengroßer Erfolg. Bei den verletzten Kindern sind die Zahlen von 70.000 auf 30.000 gesunken, obwohl wir in Deutschland wesentlich weniger Kinder haben. Dazu muss man ganz ehrlich sagen, dass sich im Bereich der Verletzten von 1970 bis heute sehr wenig getan hat. In 40 Jahren haben wir nicht sehr viel erreichen können.

Die Hauptrisiken werden auf der nächsten Folie abgebildet. Dort sehen Sie, warum wir noch nicht so viel bei den Kindern von 0 bis 6 Jahren erreicht haben – das ist

einfach eine Schande! Das Hauptrisiko tragen mit fast zwei Dritteln die im Pkw mitfahrenden Kinder. Das heißt, es sind die Eltern, es sind die Verwandten, es ist das nähere Umgebungsfeld, die das Kind nicht richtig im Auto sichern. Es gibt selbstverständlich sehr schwere Unfälle, Frau Dr. Märzheuser hat eben einen erwähnt, bei denen es tatsächlich trotz adäquater Rückhaltesicherung zu Verletzungen kommt. Aber der größte Teil der Kinder, die hier von 0 bis 6 Jahren mit Verletzungen aufgenommen worden sind, sitzen mit nichtadäquaten Rückhaltesystemen oder überhaupt nicht angeschnallt im Auto, sie sitzen vielleicht auch noch vorne und sind nicht angeschnallt. Bei den etwas Älteren – von 6 bis 10 Jahren – sieht man eine leichte Wandlung, aber die im Pkw mitfahrenden Kinder sind immer noch mit einem Drittel dabei. Selbst bei den 10- bis 15-Jährigen – bei denen das Radfahren dominiert, das ist altersgerecht – sehen Sie, dass immer noch 25 Prozent Pkw-Insassen sind. Über alle Altersgruppen hinweg dominiert bei den Straßenverkehrsunfällen ganz stark das Thema „Pkw-Insassen“, obwohl wir heute die technischen Systeme haben, um solche Unfälle fast komplett zu vermeiden.

Wir haben, auf der nächsten Folie sehen Sie es, das richtige Programm, um alles abzudecken. Wir haben ein bundesweites Programm „Kinder und Verkehr“, daran sind 800 Moderatoren beteiligt, die auf die Eltern einwirken können. Das ist eine fantastische Sache. Wir können, das steht auf der nächsten Folie, inzwischen durch die Fusion mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung auch den Schulbereich abdecken – wir kommen also fast überall hin.

Jetzt gehen wir auf die übernächste Folie, damit ich hinterher noch einmal zurückspringen kann, und kommen zur Frage: Wo haben wir ein Problem? Das Problem sehen Sie hier – es ist eben auch schon genannt worden. Wir haben zwar 800 Moderatoren – aber diese 800 Moderatoren erreichen natürlich nur die Eltern, die guten Willens sind. Das sind Eltern aus besser gebildeten Schichten, das sind Eltern aus sozial stärkeren Schichten, die sich kümmern wollen. Wo wir die Familien sehr schlecht erreichen, das sind die beiden bereits genannten Bereiche: niedriger sozialer Status und Migranten. Da helfen die Angebote, die wir über die Schulen, die wir auf allen Wegen hineintragen, nicht, weil sie nur sehr selten angenommen werden.

Unser Ziel ist trotzdem – was wir bei den Todesfallzahlen schon fast erreicht haben – die „Vision Zero“; nicht als Vision, sondern wirklich als Strategie, als Strategie auf die Null hin (s. Anlage 8). Frau Gottwald hat es eben richtig gesagt, jeder Unfall ist einer zuviel. Wir wollen ganz klar und definitiv auf die Null kommen, wir wollen keine getöteten und keine schwerletzten Kinder im Straßenverkehr. Aber dafür müssen wir diese beiden Risikogruppen unbedingt erreichen und vielleicht können wir sie mit Ihrer Hilfe erreichen.

**Vorsitzende:** Vielen herzlichen Dank, Herr Dr. Eichendorf. Wir haben gleich die ersten Fragesteller. Frau Klein-Schmeink und Frau Schön.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zunächst herzlichen Dank für die Zahlen. Sie sind ja sonst nicht jederzeit verfügbar. Sie machen sehr deutlich, dass es etliche Handlungsfelder gibt, wo man Probleme hat, sozial Benachteiligte zu erreichen. Dazu von meiner Seite die Frage an Sie: Wo wären die geeigneten Ansatzpunkte, wo wir Hilfestellung leisten könnten? Von Seiten der Kinderärzte sind etliche, ganz konkrete Vorschläge gemacht worden und manche werden wir gesetzlich vielleicht auch aufnehmen. Aber vieles müsste man unter den Gesichtspunkt stellen: Wie kann ich vor Ort präventiv tätig werden? Denn das Allermeiste wird man nicht im Detail und auch nicht durch Programme regeln können. Man muss sich Gedanken machen, wie die Programme zu den betroffenen Menschen kommen können, mit welchen gemeinsamen Partnern das zu bewerkstelligen ist und was geeignet ist. An alle vier Experten habe ich die Frage: Was wäre notwendig, damit wir als Gesetzgeber die Prävention voranbringen könnten?

Abg. **Nadine Schön** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Märzheuser. Ich glaube, Sie waren es, die gesagt hat, dass in den Familien mit Migrationshintergrund besonders die Verbrennungen stark verbreitet sind. Können Sie das erklären? Die Frage an Herrn Dr. Eichendorf: Mir hat ein Polizist, der im Bereich Verkehrssicherheit arbeitet, gesagt, dass er die Erfahrung gemacht habe, dass besonders die Jugendlichen mit Migrationshintergrund gefährdet sind, die erst mit einem Alter von 8, 9 Jahren nach Deutschland gekommen sind und deshalb diese frühzeitige Verkehrser-

ziehung, die wir in Deutschland sehr erfolgreich durchführen, nicht mitgemacht haben. Sie kennen das nicht und werden deshalb schneller, besonders im Verkehr, Opfer von Unfällen. Deckt sich das mit Ihren Erfahrungen oder war das eine subjektive Sicht?

**Vorsitzende:** Frau Golze hat sich noch gemeldet.

Abg. **Diana Golze** (DIE LINKE.): Ich habe auch zwei Fragen. Die erste betrifft die Unfälle im häuslichen Umfeld. Ich bin selbst Mitglied in einem Verein, in dem wir Angebote für Kinder und Eltern, deren Kinder keinen Rechtsanspruch auf einen Kita-platz haben – also für unter 3-Jährige von erwerbslosen Eltern – unterbreiten. Wir führen viele Info-Veranstaltungen durch, bei denen wir z. B. Möbel aufbauen. Es war eine Aktion von „Aktion Mensch“, in der die Erwachsenen mitbekamen, wie groß Stühle und Tische aus Kindersicht sind. Wir geben ganz viel Nachhilfe für die Eltern. Ich wünschte mir, dass speziell solche Angebote auch in öffentlichen Einrichtungen unterbreitet würden. Ich habe zwei Kinder, beide haben die Kita durchlaufen oder sind noch in der Kita, aber ich bin nicht einmal auf ein derartiges Angebot aufmerksam gemacht worden oder es gab das Angebot seitens der Kita nicht. Vielleicht wäre das ein Weg, die Eltern zu erreichen, deren Kinder öffentliche Einrichtungen aufsuchen.

Zweite Frage: Mir hat eine Hebamme gesagt, dass die häuslichen Unfälle überdurchschnittlich häufig im Haus der Großeltern oder bei Tanten und Onkeln passieren, weil die Eltern im eigenen Umfeld mit Steckdosensicherungen und Treppengeländer usw. Sicherheitsvorkehrungen treffen. Es passiert bei den Großeltern, weil dort keiner so genau hinschaut. Ist das belegbar?

**Vorsitzende:** Herr Parlamentarischer Staatssekretär Bahr und dann Frau Bracht-Bendt.

Abg. **Daniel Bahr** (FDP, Parl. Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit): Frau Gottwald, Sie haben eben gesagt, dass es Leistungen gibt, die notwendig sind, die aber die Krankenkassen nicht bezahlen. Das würde ich gerne konkreter ausgeführt haben, denn die Gesetzeslage ist klar: Was notwendig ist, soll von der Kasse

bezahlt werden. Wenn also ein Arzt eine Untersuchung veranlasst, dann muss die Kasse diese zahlen. Den Leistungskatalog stellt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, nicht der Gesetzgeber. Um welche Leistung handelt es sich also, die nach Ihren Erfahrungen die Krankenkassen nicht zahlen?

Abg. **Nicole Bracht-Bendt** (FDP): Ich hätte eine Frage an Herrn Dr. Eichendorf: Es wurde vorhin schon der Sitzplatz und die Anschnallpflicht im Schulbus angesprochen und Sie haben die Unfälle im Pkw als Mitfahrer geschildert. Ich möchte wissen, ob Sie dazu Zahlen haben? Ich bin auch Kommunalpolitikerin und diese Fragestellung, die Sie vorhin aufwarfen, kommt alle Jahre wieder von beteiligten Elternvertretern. Deswegen hätte ich gerne Zahlen dazu.

**Vorsitzende:** Nehmen wir noch Frau Dörner dazu.

Abg. **Katja Dörner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Mir ist eben auch die relativ hohe Zahl von Unfällen im Sportbereich aufgefallen. Sie haben auch auf die Fahrradunfälle hingewiesen und haben, glaube ich, gesagt, das sei altersadäquat. Sie haben das – bezogen auf die Statistik – so mit einem Augenzwinkern gesagt, dass eben die Autofälle zurückgehen, weil mehr Jugendliche Fahrrad fahren. Ich bin bei diesen Zahlen immer etwas ambivalent, weil wir uns auf der einen Seite – als Kinderkommission oder insgesamt als Politiker – immer darum bemühen, sportliche Aktivitäten im Zusammenhang mit Gesundheitsprävention sehr positiv zu bewerten. Wir bekommen häufig das Feedback, dass sich viele Unfälle auch deshalb ereignen, dass sich Kinder nicht mehr sportlich betätigen, dass sie von ihrer motorischen Entwicklung her nicht so weit sind, Unfälle selbst verhindern zu können. Können Sie diese Zahlen zu den Unfällen im Sport noch einmal erläutern? Was sind das für Unfälle? Wie kann man konkret präventiv ansetzen, ohne in Richtung der Überbehütung zu kommen?

**Vorsitzende:** Meine Frage noch an Herrn Dr. Eichendorf: Helmpflicht – Ja oder Nein? Das ist ganz einfach zu beantworten. Dann beginne ich mit der Antwortrunde. Wenn Sie anfangen, Frau Dr. Märzheuser, dann kommt Frau Gottwald und Herr Dr. Eichendorf.

**Dr. Stefanie Märzheuser** (Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder):  
Ich weiß jetzt nicht, ob ich alle Fragen noch chronologisch auf die Reihe bekomme. Ich fange mit Ihrer Frage zum Sport und zum Überprotektionismus an. Das ist sicherlich nicht das, was wir uns vorstellen. Wenn Sie sich die Zeit nehmen und auf die Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder gehen, dann sehen Sie unsere Kampagne „Bewegung fördern – Unfälle vermeiden“. Risikokompetenz und Bewegungsförderung gehen Hand in Hand. Bei kleinen Kindern können wir in den Bereich des Verbotens und des Absicherns investieren – da macht das Sinn. Ab der Altersgruppe von 6, 8 Jahren kommen Sie in einen Bereich, in dem das Verbot keinen Sinn mehr macht. Da sind Vorbilder wichtig, da verhindern Sie mit Risikokompetenz und Bewegungsförderung Unfälle.

Die Unfälle im Sport kann man reduzieren, indem man sportliche Aktivitäten kanalisiert – kanalisiert in Vereine, indem die Kinder dort lernen, wie man einen Sport sinnvoll und richtig ausübt, welche Protektoren bei welcher Sportart sinnvoll sind und wie man richtig fällt. Das heißt, Sportvereine sind für uns ganz natürliche und vernünftige Partner. Sportvereine, in denen z. B. auch eine sportmedizinische Untersuchung stattfindet, damit der 14-jährige Fußballspieler nicht auf dem Platz tot umfällt. Das gibt es nämlich bereits in dieser Altersgruppe und ist sicherlich in vielen Fällen durch eine kompetente sportmedizinische Untersuchung zu verhindern. Das heißt, das ist ein Bereich, in dem man den Kindern mit einer umfassenden Betreuung weiterhelfen kann. Wir wollen auf keinen Fall sagen, Kinder sollen weniger Sport machen, sondern Sport muss genauso wie anderes im Leben erlernt und dann vernünftig umgesetzt werden.

Sie wollten wissen, ob bei den Großeltern mehr Unfälle passieren – das ist anekdotisch. Eine genaue Aufschlüsselung gibt es nicht, so dass man es differenzieren könnte. Ich kann Ihnen eine Aufschlüsselung für die Daten in Berlin an der Charité geben. Wir versorgen pro Jahr 10.000 Kinder, die sich unfallverletzt haben. Wir analysieren das hier ganz genau. Anhand unserer Daten kann ich Ihnen sagen, dass es eine solche Häufung von Unfällen bei den Großeltern nicht gibt. Das häusliche Umfeld ist bei den Großeltern in der Regel nicht unsicherer. Warum Kinder aus Migrantenfamilien sich häufiger verbrühen – das ist ein ethnisches Problem. Genau-

so wie es z. B. in Japan nicht den Hochstuhlsturz gibt, weil alle auf niedrigen Sitzgelegenheiten sitzen, wird in türkischen Familien von morgens bis abends gekocht. Dazu gibt es auch Untersuchungen. Die türkische Hausfrau steht von morgens 8.00 Uhr bis abends 22.00 Uhr in der Küche. Türkische Kinder verbrühen sich besonders häufig nach 20.00 Uhr. Das deutsche Abendessen ist z. B. ein Abendbrot, das türkische Abendessen ist ein warmes Abendessen. Ein müdes Kind und eine stets in der Küche – wo viel gekocht wird – befindliche Mutter stellen Unfallrisiken dar. Es erklärt sich aus unterschiedlichen ethnischen Bedingungen oder unterschiedlichen gesellschaftlichen Werten heraus, warum dort mehr Unfälle speziell in der Küche und im häuslichen Bereich passieren.

**Vorsitzende:** Frau Gottwald, bitte.

**Adelheid Gottwald** (Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder): Bei den Familien mit Migrationshintergrund und den Risikofamilien gibt es oft sehr beengte Wohnverhältnisse. Dazu kommt, dass sie viele Kinder haben. Da steht z. B. ein Samowar im Zimmer. Dort bestehen einfach ganz andere „Zustände“ und deshalb passieren dort häufiger die Unfälle.

Man sollte schon in der Klinik beraten. Wir nutzen jetzt in der Klinik einen kleinen Ratgeber, der Familien mit brandverletzten Kindern berät. Die Ärzte, die das Kind praktisch aufnehmen, geben den Ratgeber weiter. Wir haben ihn auch ins türkische übersetzen lassen. Da werden die türkischen Familien darüber aufgeklärt, was jetzt auf sie zukommt. Eine Möglichkeit wäre z. B., auch die Ärzte in den Praxen zu nutzen, um an die Familien heranzukommen.

Dann gab es noch die Frage zu den Leistungen, die nicht übernommen werden. Dies berichten die Familien, die um alles kämpfen. Ich glaube, dass es in diesem Bereich auch viel Inkompetenz bei den Krankenkassen und den zuständigen Leuten gibt. Die brandverletzten Kinder benötigen z. B. Kompressionsbekleidung und müssen diese Druckverbände im Durchschnitt ungefähr anderthalb Jahre tragen. Sie benötigen nicht nur einen, sondern eine Wechselversorgung. Es ist schon schwierig, diese Genehmigung für einen Druckverband zu bekommen und dann erst für die Wechselversorgung – das muss man dann wieder erklären. Es geht oft sehr viel Zeit ins Land, bis endlich alles genehmigt ist und das Kind seine Kompressionsversorgung



hat – manchmal eben Monate. Da sind dann die Narben schon nach oben gewuchert – es setzt einfach viel zu spät ein. Das ist ein großes Problem und die Eltern sehen, wie ihnen die Zeit wegläuft und sie sich neben dem schwerverletzten Kind auch noch ständig um die Kostenerstattung kümmern müssen. Genauso ist es mit Therapien wie Krankengymnastik und Ergotherapie. Das brauchen schwerbrandverletzte Kinder in hohem Maße. Es ist oft ein großer Kampf, zu vermitteln, dass ein schwerbrandverletztes Kind unter Umständen zwei Mal täglich Krankengymnastik braucht – und das ist zusätzlich eine große Belastung für die Familien.

**Dr. Stefanie Märzheuser** (Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder): Darf ich dazu etwas Flankierendes sagen, denn das ist auch ein ganz wesentlicher Aspekt, der bei Kindern anders als bei Erwachsenen ist. Wenn Sie ein heranwachsendes Kind haben – die Altersgruppe von 1 bis 4 Jahren ist ja die Altersgruppe, die sich am häufigsten verbrüht – und Sie fertigen eine Kompressionskleidung an, dann muss diese spätestens nach vier Monaten wieder neu angefertigt werden, weil das Kind wächst. Das führt immer wieder zu einer großen Diskussion mit den Krankenkassen, weil diese das einfach nicht nachvollziehen können. Es ist bei Erwachsenen auch nicht so – aber Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und benötigen nach drei Monaten neue Kompressionskleidung. Ein Kind geht auch anders mit seiner Kompressionskleidung um als ein Erwachsener – es geht damit beispielsweise in den Sandkasten.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Der Gesetzgeber hat das zwar geregelt, aber bei der Umsetzung gibt es Problem. Jetzt muss man überlegen, wie man erreicht, dass die notwendige Leistung erbracht wird. Der Gesetzgeber macht es gut – er brütet aus und meint, dass unsere Gesetze dann Nestflüchter sind. Aber manchmal sind sie Nesthocker und diese gehen dann ein, wenn wir sie nicht füttern. So ist es mit manchem Gesetz, das wir beschlossen haben. Auch wenn es gut ist, müssen wir es vielleicht noch begleiten.

Herr Dr. Eichendorf, Sie sind jetzt mit der Antwort dran.

**Dr. Walter Eichendorf** (Deutscher Verkehrssicherheitsrat): Vielen Dank. Frau Schön hat von den Beobachtungen eines Polizisten gesprochen. Diese können wir absolut

unterstreichen. Die Migranten sind, das haben wir alle hier angesprochen, zusammen mit den Familien mit sozialem Status die Problemgruppe Nr. 1. Am aller-schlimmsten ist es, wenn die Migranten nicht durch Kindergarten, durch Schule oder durch Verkehrserziehung an den Verkehr herangeführt worden sind. Sie haben 8 bis 9 Jahre gesagt – das ist tatsächlich extrem kritisch. Wenn ein Kind erst mit 8 bis 9 Jahren in den deutschen Verkehr kommt, wenn diese ganzen Erziehungsprozesse in der Schule und im Kindergarten schon lange abgelaufen sind, dann kommen die Kinder hier in einen Verkehr, an den sie nicht gewohnt sind. Sie haben keinerlei Assimilierung an diesen Verkehr gehabt. Das ist eine ausgesprochen kritische Situation. Sie ist zum Glück nicht so sehr häufig.

Frau Bracht-Bendt hat eine Legende angesprochen, die ich sehr gut kenne – das Thema Schulbus. Dieser Legende muss man entgegentreten, wo immer man es kann. Der Schulbus ist mit Abstand das sicherste Verkehrsmittel, um Kinder zur Schule zu bringen. Wir haben ganz klare und eindeutige Zahlen der Gesetzlichen Unfallversicherung, mit denen man die verschiedenen Verkehrsteilnahmen vergleichen kann. Es gibt nichts, was so sicher ist wie der Schulbus. Aber ich weiß, dass im letzten Jahr mehrere große Tageszeitungen und auch ein sehr großes Magazin den Schulbus stark thematisiert haben. Ich habe mit denen gesprochen und ihnen auch gesagt: „Ihr wisst doch, dass es nichts sicheres als den Schulbus gibt!“ Weil ich die Namen nicht genannt habe, kann ich ganz offen deren Antwort wiedergeben: „Ja, wir wissen, dass der Schulbus das sicherste Verkehrsmittel ist, aber es ist ein unheimlich emotionales Thema, das die Eltern anspricht.“ Deshalb läuft es dann durch die Medien – aber es ist eine völlig blöde Verunsicherung. Es gibt nichts Besseres als den Schulbus und dabei sollte man auch bleiben.

Frau Dörner hat die Fahrradunfälle angesprochen. In einem Punkt will ich ganz sicher nicht falsch verstanden werden. Wie Frau Dr. Märzheuser bereits sagte, ist die Bewegung absolut notwendig, sie ist zwingend. Radfahren in dieser Altersgruppe muss sein. Vielleicht bin ich falsch verstanden worden oder habe es falsch ausgedrückt. Die Bewegung mit dem Fahrrad muss sein, das ist überhaupt gar keine Frage. Dass die Fahrradunfälle mit dem Alter ansteigen, ist vollkommen klar, da mit zunehmendem Alter immer mehr Fahrrad gefahren wird. Man muss aber auch immer

daran denken – Frau Rupprecht hat das auch hinterfragt –, dass man gegen Fahrradunfälle eine Menge tun kann. Man kann vor allen Dingen gegen die Schädel-Hirn-Verletzungen eine Menge unternehmen. Daher kann ich aus Sicht der Verkehrssicherheit nur sagen, eine Helmpflicht für Radfahrer – und zwar gleich welchen Alters – ist einfach golden. Sie ist in vielen Ländern weltweit eingeführt und bringt sehr viel.

Das Problem für Sie als Gesetzgeber – das knüpft an die Frage von Frau Klein-Schmeink an – besteht darin: Was kann der Gesetzgeber tun? Ich würde immer sagen: „Ja, er soll eine Helmpflicht einführen.“ Man muss einige Argumente sehr, sehr gründlich abwägen – das ist ein Thema, das wir Herrn Bahr mitgeben können und sagen, darum muss sich das Ministerium kümmern. Bitte? – Ach so, dafür ist dann das BMVBS zuständig? Okay, umso besser für Sie. Wenn man an die Einführung einer Helmpflicht denkt, muss man sich überlegen, welche Konsequenz sich hieraus für denjenigen ergibt, der dann keinen Helm trägt. Wir wollen keine Situation haben, in der der Versicherungsschutz und sonstiges nicht mehr gewährleistet sind, weil das Kind keinen Helm getragen hatte. Da muss man eine vernünftige Balance finden. Aber aus Verkehrssicherheitsgründen und aus medizinischen Gründen ist es völlig unstrittig, dass der Helm sehr viel Leben retten und sehr viele schwere Verletzungen verhindern kann.

Ihre Frage, Frau Klein-Schmeink: Was können wir als Gesetzgeber tun? Ich glaube zweierlei. Zum einen muss Prävention wirklich gesetzliche Pflicht werden. Es haben sich alle für die Prävention ausgesprochen. Aber wir haben alle das Problem, dass wir nur die Gutwilligen gut erreichen und bei denen viel erreichen können. Nur über eine Pflicht zur Prävention, die über alle Ebenen – über die Kindertagesstätten und über die Schulen – gleichermaßen erfolgt, kann man tatsächlich auch sozial Schwache und Migranten wirksam erreichen. Zum andern kann man – im Sinne eher eines Appells, der aber ungeheuer wirksam ist – das Thema „Vision Zero“ wirklich voranbringen. Denn das kennt man aus der Verkehrssicherheit und der Arbeit: Wenn man sich ein ehrgeiziges Ziel steckt und sagt, unser Ziel ist die Null, dann wird dieses auch viel eher erreicht, als wenn man nur einfach sagt, wir wollen etwas verbessern. Das könnten Sie tun: Eine gesetzliche Initiative zur Verankerung

der Vision Zero in der Verkehrssicherheit generell; speziell aber bei Kindern könnten Sie damit eine Menge erreichen.

**Vorsitzende:** Herzlichen Dank. Wir sind am Ende unserer öffentlichen Anhörung zum Thema häusliche Krankenpflege, ambulante Krankenpflege und Kindersicherheit. Ich danke Ihnen ganz herzlich, dass Sie da waren. Die Kinderkommission wird aus Ihren Stellungnahmen Empfehlungen ableiten. Ich könnte mir gut vorstellen, dass die Ausführungen zu den Unfällen hier unproblematisch besprochen werden können. Über die anderen Themen werden wir sicherlich noch gemeinsam beraten müssen. Vielen herzlichen Dank, ich wünsche Ihnen eine gute Fahrt nach Hause und hoffe, dass Sie gesund und unfallfrei heimkommen und wir uns bei dem einen oder anderen Mal wiedersehen. Ich schließe damit die öffentliche Sitzung. Nach fünf Minuten Pause geht es mit dem nichtöffentlichen Teil weiter.

Ende der Sitzung: 17.41 Uhr

gez. Marlene Rupprecht, MdB  
Vorsitzende



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

**Stellungnahme  
des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.)  
anlässlich der öffentlichen Anhörung der Kinderkommission des  
Deutschen Bundestages am 09. Februar 2011  
zu den Themen  
„Kinderkrankenpflege, Häusliche Krankenpflege“ und  
„Kinderunfälle im Verkehr und im häuslichen Bereich“**

**Vorbemerkungen und Rechtslage:**

**I. ÜBEREINKOMMEN ÜBER DIE RECHTE DES KINDES**

**UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut**  
vom 20. November 1989  
am 26. Januar 1990

von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet (Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 - BGBI. II S.121) am 6. März 1992  
Hinterlegung der Ratifikationsurkunde beim Generalsekretär der Vereinten Nationen am 5. April 1992  
für Deutschland in Kraft getreten  
(Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 - BGBI. II S. 990)

**Artikel 1 [Geltung für das Kind; Begriffsbestimmung]**

Im Sinne dieses Übereinkommens ist ein **Kind jeder Mensch, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat**, soweit die Volljährigkeit nach dem auf das Kind anzuwendenden Recht nicht früher eintritt.

**Artikel 3 [Wohl des Kindes]**

- Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das **Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen** ist.

**II. Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der**

---

**Geschäftsstellen:** Mielenforster Str. 2, **51069 Köln**, Fon: 0221/68909-0, Fax: 0221/683204  
Chaussestr. 128/129, **10115 Berlin**, Fon: 030/22335582, Fax: 030/22335550  
**Präsident Dr. Hartmann privat:**  
Im Wenigen Bruch 5, **57223 Kreuztal**, Tel.: 02732/762900, Fax: 02732/86685  
**dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de**  
**www.kinderaerzte-im-netz.de**

**Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen Vom 21. Dezember 2008**

**Artikel 3 Allgemeine Grundsätze**

Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:

- a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;
- b) die Nichtdiskriminierung;
- c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;
- d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;
- e) die Chancengleichheit;
- f) die Zugänglichkeit;
- g) die Gleichberechtigung von Mann und Frau;
- h) die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.**

**Artikel 4**

...die **Schulung von Fachkräften und anderem mit Menschen mit Behinderungen arbeitendem Personal** auf dem Gebiet der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu fördern, damit die aufgrund dieser Rechte garantierten Hilfen und Dienste besser geleistet werden können.

**Artikel 7 Kinder mit Behinderungen**

- (1) Die Vertragsstaaten treffen alle erforderlichen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass **Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen** können.
- (2) Bei allen Maßnahmen, die Kinder mit Behinderungen betreffen, ist das **Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen** ist.
- (3) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass **Kinder mit Behinderungen das Recht haben, ihre Meinung in allen sie berührenden Angelegenheiten gleichberechtigt mit anderen Kindern frei zu äußern**, wobei ihre Meinung angemessen und entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife berücksichtigt wird, und behinderungsgerechte sowie altersgemäße Hilfe zu erhalten, damit sie dieses Recht verwirklichen können.

**III. Deutscher Bundestag Drucksache 14/9544**

**14. Wahlperiode**

25. 06. 2002

**Antrag  
der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP**

---

**Geschäftsstellen:** Mielenforster Str. 2, **51069 Köln**, Fon: 0221/68909-0, Fax: 0221/683204  
Chaussestr. 128/129, **10115 Berlin**, Fon: 030/22335582, Fax: 030/22335550

**Präsident Dr. Hartmann privat:**

Im Wenigen Bruch 5, **57223 Kreuztal**, Tel.: 02732/762900, Fax: 02732/86685

***dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de***

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

**„Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sichern und verbessern“**

**1. Die Schlüsselfunktion des Pädiaters in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

**Die primäre Zuständigkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegt auf Grund seiner speziellen Ausbildung beim Pädiaater.** Er ist mit den physiologischen und psychologischen Aspekten der Behandlung dieser Patientengruppe am besten vertraut.

---

---

## **Position des BVKJ**

### **1. Kinderkrankenpflege, Häusliche Krankenpflege**

Der BVKJ tritt für den **Erhalt einer eigenständigen Kinderkrankenpflegeausbildung** und für den **Erhalt des Berufs der Kinderkrankenschwester/des Kinderkrankenpflegers** ein. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, insbesondere wenn sie an schweren, das normale Aufwachsen erheblich beeinträchtigenden Erkrankungen leiden, bedürfen eingehender Kenntnisse der Besonderheiten des wachsenden Organismus und der Psyche eines Kindes. Hinzu kommt die Aufgabe, die Bezugspersonen des Kindes umfassend in die Betreuung des pflegebedürftigen Kindes einzuweisen und ihnen bei ihren verständlichen Ängsten beizustehen.

Leider werden viele Kinder und Jugendliche bei **stationären Aufenthalten im Rahmen der Organfächer** (z.B. HNO, Augen) sowie in der **Erwachsenenchirurgie und –orthopädie** weder interdisziplinär ärztlich noch von entsprechend ausgebildeten Kinderkrankenschwestern betreut, obwohl die Gesundheitsministerkonferenz bereits 1997 zu anderen Beschlüssen gekommen ist.

Nach der Einführung der Abrechnung nach DRG auch in den Kinderkliniken, werden **in zunehmendem Maße schwerst-pflegebedürftige, teilweise beatmete und nur per Sonde zu ernährende Kinder aus der stationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte entlassen.** Diese Kinder können nur mit Hilfe umfassend aus- und weitergebildeter Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger ambulant betreut werden.

Da die meisten ambulanten Pflegedienste keine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit entsprechender Qualifikation beschäftigen, hat es sich vielerorts als sinnvoll erwiesen, dass **Kinderkliniken eigene ambulante Pflegedienste unterhalten.** So ist ein nahtloser Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung gewährleistet.

Leider hapert die ambulante Kinderkrankenpflegedienste doch sehr an der **finanziellen Ausstattung durch die Krankenkassen,** obwohl ambulante Kinderkrankenpflege ganz erhebliche stationäre Behandlungskosten einspart. Auch

---

**Geschäftsstellen:** Mielenforster Str. 2, **51069 Köln**, Fon: 0221/68909-0, Fax: 0221/683204  
Chaussestr. 128/129, **10115 Berlin**, Fon: 030/22335582, Fax: 030/22335550  
**Präsident Dr. Hartmann privat:**  
Im Wenigen Bruch 5, **57223 Kreuztal**, Tel.: 02732/762900, Fax: 02732/86685  
**dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de**  
**www.kinderaerzte-im-netz.de**

die Kostenübernahme einer vorübergehenden Unterbringung in einem **Kinderhospiz oder einer anderen Pflegeeinrichtung schwerst-behinderter Kinder** z.B. während einer Erkrankung oder während eines dringend notwendigen Erholungsurlaubs der Bezugspersonen ist finanziell nicht gesichert. Solche Einrichtungen benötigen immer noch ein erhebliches Spendenaufkommen, um ihr dringend erforderliches Angebot aufrechterhalten zu können.

Die **umfassende Hausbesuchstätigkeit niedergelassener Kinder- und Jugendärzte im Rahmen der Betreuung dieser Patienten** ist im erweiterten Bewertungsmaßstab (EBM) für Vertragsärzte **in keiner Weise abgebildet** und bedarf ebenfalls einer umfassenden Regelung, da die Anforderungen von Jahr zu Jahr zunehmen. Jede Kinder- und Jugendarztpraxis betreut heute im Durchschnitt mindestens 5 schwerst-pflegebedürftige Kinder und Jugendliche. Wir können davon ausgehen, dass etwa **35.000 bis 40.000 Kinder und Jugendliche** betroffen sind, die ständig ärztlich und pflegerisch durch entsprechend weitergebildete Fachkräfte betreut werden müssen. Der Hauptbedarf liegt im Vorschulalter, schulpflichtige Kinder und Jugendliche werden zumindest tagsüber oft in betreuenden Einrichtungen versorgt.

Selbstverständlich bedürfen diese Kinder auch im Vorschulalter einer **intensiven allgemeinen Förderung** entsprechend ihren Fähigkeiten. Dazu benötigen die Bezugspersonen umfassende fachgerechte Unterstützung durch **Heilmittelerbringer und Heilpädagogen**.

Nicht zu vergessen ist die wichtige Tätigkeit von **Familienkinderkrankenschwestern** im Bereich der **Netzwerke „Frühe Hilfen“**. In einigen Großstädten sind diese Familienkinderkrankenschwestern bei den Gesundheitsämtern angestellt (z.B. Stuttgart) und betreuen Risikofamilien aufsuchend. Die Politik redet eigentlich immer nur von Familienhebammen im Zusammenhang mit den Netzwerken „Frühe Hilfen“ und der Verhinderung von Kindesmisshandlung und/oder -vernachlässigung, Familienkinderkrankenschwestern sind aber gerade für die Bedürfnisse von Kindern aller Alterstufen wesentlich umfassender ausgebildet. Sie sollten in diesem Konzept einen höheren Stellenwert erhalten.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe sollte flächendeckend gewährleistet sein, dass **chronisch kranke und behinderte Kinder die Möglichkeit haben Regeleinrichtungen zu besuchen**. Hier muss eine fachlich gute Pflege und Versorgung gewährleistet sein. Ebenso ist eine gute personelle Ausstattung in Sonderschulen/Sonderschulkindergärten mit Kinderkrankenschwestern(-pflegern) zu fordern. Z.Zt. ist die Situation vielfach noch sehr unbefriedigend und nicht im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention gelöst.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich seit dem gemeinsamen Antrag aller Fraktionen des Deutschen Bundestages vom **25. Juni 2002** auf diesem Gebiet leider **nicht viel verbessert** hat:

#### 6. Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege dient dazu, stationäre Krankenhausbehandlungen zu vermeiden und das Ziel der ärztlichen Behandlung zu sichern. Die Träger ambulanter Pflegedienste beklagen einige Defizite: Die häusliche Kinderkrankenpflege

---

**Geschäftsstellen:** Mielenforster Str. 2, **51069 Köln**, Fon: 0221/68909-0, Fax: 0221/683204  
Chaussestr. 128/129, **10115 Berlin**, Fon: 030/22335582, Fax: 030/22335550  
**Präsident Dr. Hartmann privat:**  
Im Wenigen Bruch 5, **57223 Kreuztal**, Tel.: 02732/762900, Fax: 02732/86685  
***dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de***  
***www.kinderaerzte-im-netz.de***



sei arbeitsintensiver als die Erwachsenenpflege. Die Hausbesuche seien länger, pädagogische Aspekte müssten berücksichtigt werden. Darüber hinaus müssten Eltern geschult und an die fachgerechte Pflege herangeführt werden, damit der schrittweise Rückzug der Pflegekraft aus der Pflege möglich werde. Die Einzugsgebiete seien auf Grund der geringen Patientenzahlen groß, so dass längere Fahrzeiten erforderlich seien. Wegen der unzureichenden Entgelte seien die einzelnen Einrichtungen zur Zeit darauf angewiesen, Spenden und öffentliche Zuschüsse zu akquirieren, um ihr Angebot aufrechtzuerhalten. Kleinere Einrichtungen hätten bereits schließen müssen. Die Situation werde durch die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V verschärft. Besonders die Pflege von chronisch kranken Kindern, etwa solchen mit schweren Ernährungsstörungen, Atemwegserkrankungen, und die Pflege schwerkranker Früh- und Neugeborener werde mit den Richtlinien nicht abgedeckt. Die Krankenkassen gingen zunehmend dazu über, nur noch Leistungen der Behandlungspflege zu bezahlen. Außerdem würden die Richtlinien der heutigen Praxis nicht gerecht, die Kinder früher aus den Kliniken zu entlassen. Die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege erschwerten die fachliche Unterstützung der Eltern durch die Pflegekraft und machten sie unter Umständen sogar unmöglich. Es sei daher dringend erforderlich, die Besonderheiten der häuslichen Kinderkrankenpflege bei der Fassung der Richtlinien zu berücksichtigen. Häusliche Krankenpflege ist bei Kindern bedeutend seltener notwendig, als bei Erwachsenen. Betroffene Eltern und Ärzte heben hervor, dass in aller Regel kaum erkennbar sei, ob der beauftragte Pflegedienst über die notwendige Kompetenz auf dem Gebiet Kinderkrankenpflege verfüge. Gerade im Bereich der Pflege gelte, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen seien. Das Angebot der Pflegedienste sei nicht transparent genug.

## 2. Kinderunfälle im Verkehr und im häuslichen Bereich

Erfreulicherweise ist die Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle von Kindern in den letzten 30 Jahren trotz zunehmendem Verkehr rückläufig. Trotzdem gibt es aber immer noch Gefahren im Straßenverkehr, die weitere Maßnahmen erfordern, um Unfall- und Verletzungsgefahren zu minimieren.

### Dazu gehören ganz besonders im Bereich des Verkehrs:

- Helmpflicht für Kinder auf dem Roller, dem Fahrrad, dem Laufrad
- Helmpflicht beim Inline-Skating und anderen Sportarten auf Rädern
- Helmpflicht beim Wintersport
- Schutzkleidung bei gefährlichen modernen Sportarten Jugendlicher (Skateboard, Mountain-Biking usw.)
- Reflektierende Kinderkleidung (beispielhaft die Aktion des ADAC im Jahr 2010)
- Sichere Schulbusse mit Sitzplätzen für alle Kinder analog den strengen Vorgaben in den USA
- konsequentere Überwachung und Sicherheitsausrüstung aller Fahrzeuge für Kinder und Altersbeschränkungen (z.B. City-Roller sind für Kinder völlig ungeeignet, viele Kinder werden zu früh aufs Fahrrad gesetzt, Polsterung gefährlicher Teile an Kinderfahrzeugen oft unzureichend)

---

**Geschäftsstellen:** Mielenforster Str. 2, **51069 Köln**, Fon: 0221/68909-0, Fax: 0221/683204  
Chaussestr. 128/129, **10115 Berlin**, Fon: 030/22335582, Fax: 030/22335550  
**Präsident Dr. Hartmann privat:**  
Im Wenigen Bruch 5, **57223 Kreuztal**, Tel.: 02732/762900, Fax: 02732/86685  
***dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de***  
***www.kinderaerzte-im-netz.de***

- noch konsequentere Überprüfung von Sicherungs- und Rückhaltesystemen für Kinder im Auto
- Sicherungen für Kinderwagen in allen öffentlichen Verkehrsmitteln
- sichere Rückhaltesysteme für Kinder in Flugzeugen
- sichere Schulwege und konsequente Überwachung der Höchstgeschwindigkeit im Einzugsbereich von Schulen und Kindergärten

#### **Im häuslichen Bereich:**

- Verbot von Lauflernhilfen wie „Gehfrei“, „Babywalker“, „Babyhopper“
- keine Halsketten für Kleinkinder (z.B. die beliebten Bernsteinketten)
- Kinderkleidung ohne lose Schnüre (Strangulationsgefahr)
- verbesserte Kindersicherung für Medikamente (es gibt leider immer mehr Blisterpackungen, die für Kinder keinerlei Hindernis darstellen)
- Verbesserung der Information aller Bezugspersonen von Kindern durch altersentsprechende Unfallmerkbücher im Rahmen einer ausgebauten primären Prävention (Finanzierung durch Kassen nicht gesichert, das wäre eine Aufgabe der BZgA)
- Warmaufdrucke auf allen Packungen mit Nüssen, dass sie für Kinder bis 4 Jahren nicht geeignet und potentiell lebensgefährlich sind
- noch konsequentere Maßnahmen zur Eindämmung des Alkoholmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen und Konsequenzen für Erziehungsberechtigte, die ihrer Aufsichtspflicht nicht nachkommen
- Kampagnen zum frühzeitigen Schwimmenlernen (möglichst vor der Einschulung)
- verbindliche Montage von Rauchmeldern in allen Wohnungen, aber auch in Schulen und Kindergärten
- Kindersicherungen an Fenstergriffen
- Kindersicherungen an Wasserhähnen mit Heißwasser
- bessere Überwachung von Kinderspielzeug (immer wieder wird über hohe Schadstoffbelastungen berichtet, nicht nur bei Ware aus China)

Ich möchte noch einmal auf die **Stellungnahme des BVKJ vom 03.04.2008** anlässlich des Antrags der Fraktionen der CDU/CSU sowie der SPD „Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen“ hinweisen, da sich seitdem bis auf das Verbot des Besuchs von Sonnenstudios für Minderjährige leider nichts getan hat. Wir haben damals geschrieben:

„Wir sehen auch mit großer Sorge die zunehmenden Eingriffe bereits bei Kindern unter 10 Jahren durch alle möglichen Piercings und dauerhafte Tätowierungen.

Das Ohrlochstechen bereits bei Säuglingen ist ebenfalls schmerzhaft für die Kinder und daher aus kinder- und jugendärztlicher Sicht mit Skepsis zu betrachten. Auch bei Jungen sehen wir zunehmend entsprechende Ohrstecker bereits im Säuglingsalter. Die Ohrstecker wachsen oft ein, es gibt sehr unangenehme und langwierige Entzündungen, und die Verletzungsgefahr bei Ohrringen ist für Kleinkinder groß,

---

**Geschäftsstellen:** Mielenforster Str. 2, **51069 Köln**, Fon: 0221/68909-0, Fax: 0221/683204  
Chaussestr. 128/129, **10115 Berlin**, Fon: 030/22335582, Fax: 030/22335550  
**Präsident Dr. Hartmann privat:**  
Im Wenigen Bruch 5, **57223 Kreuztal**, Tel.: 02732/762900, Fax: 02732/866685  
[dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de](mailto:dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de)  
[www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

ebenso die Gefahr, dass die kleinen Ohrstecker und Ohrringe in die Atemwege gelangen können.

Besonders aber führen die Folgen der zahlreichen Piercings bei Kindern und Jugendlichen an allen möglichen Stellen am Körper und im Mund sowie im Genitalbereich zu medizinischen Komplikationen. Diese Eingriffe werden in teilweise dubiosen und nicht gesundheitsdienstlich überwachten Studios oft sogar ohne Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorgenommen. Die Infektionsgefahr ist groß und Dauerschäden nicht gerade selten.

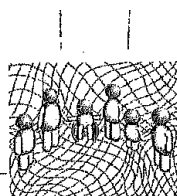
Auch hier ist der Gesetzgeber gefragt und sollte aus Sicht des BVKJ Piercing und Tätowierung von Minderjährigen grundsätzlich untersagen.“

Dr. Wolfram Hartmann  
Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte

---

**Geschäftsstellen:** Mielenforster Str. 2, **51069 Köln**, Fon: 0221/68909-0, Fax: 0221/683204  
Chausseestr. 128/129, **10115 Berlin**, Fon: 030/22335582, Fax: 030/22335550  
**Präsident Dr. Hartmann privat:**  
Im Wenigen Bruch 5, **57223 Kreuztal**, Tel.: 02732/762900, Fax: 02732/86685  
***dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de***  
***www.kinderaerzte-im-netz.de***

Kindernetzwerk e.V.  
für kranke und behinderte Kinder  
und Jugendliche in der Gesellschaft



Hanauer Str. 8  
63739 Aschaffenburg  
Tel. 0 60 21.1 20 30  
und 01 80.5 21 37 39

Anlage 2

Verbindet Menschen, bündelt Wissen und hilft weiter

e-mail: info@kindernetzwerk.de  
www.kindernetzwerk.de

Kindernetzwerk e.V. · Hanauer Str. 8 · 63739 Aschaffenburg

**Stellungnahme des Kindernetzwerkes e.V.  
zur öffentlichen Expertenanhörung der Kinderkommission des Deutschen  
Bundestages zum gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen.  
Themen: „Kinderkrankenpflege, Häusliche Krankenpflege;  
Kinderunfälle im Verkehr und im häuslichen Bereich“  
am 9.02.2011 in Berlin**

Die besondere Situation der betroffenen Familien wird an Hand von 2 Fallbeispielen dargestellt

**1. N.K, jetzt 1jähriges Mädchen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung auf Grund einer schweren Stoffwechselstörung, Lebenserwartung voraussichtlich nicht länger als 18 Monate.**

Nele ist zunächst gesund und unauffällig geboren, hatte lediglich zu Beginn ihres Lebens Atemprobleme durch eine Fehlbildung der Luftröhre.

Im Alter von 4 Monaten wurde sie notfallmäßig in eine Klinik für Kinder- und Jugendmedizin aufgenommen weil sie Nahrung eingeatmet hatte.

Ihr Zustand verbesserte sich im Laufe der stat. Versorgung nicht, so dass letzten Endes nur die Anlage eines Tracheostomas blieb. Im Verlauf der weiteren Diagnostik bestätigte sich die Diagnose einer seltenen Erkrankung, die Nele nur eine kurze Lebenszeit einräumt.

Sie sollte mit Hilfe und Unterstützung der häuslichen Kinderkrankenpflege so schnell wie möglich entlassen werden.

Der Antrag wurde nach gemeinsamer Überlegung mit allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Eltern auf die Kostenübernahme von 12 Stunden bei der Krankenkasse 1 Woche vor der Entlassung gestellt.

Vorher wurde aufwändige Versorgung bei der Krankenkasse telefonisch angekündigt.

Zum Zeitpunkt der Entlassung lag keine Bewilligung der Kostenübernahme für die Leistungen der häuslichen Kinderkrankenpflege vor.

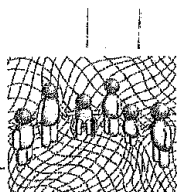
Trotzdem begann der Pflegedienst mit der 12 stündigen Versorgung und Pflege in der Familie.



Bankverbindung Sparkasse Aschaffenburg-Alzenau · Konto-Nr. 924 290 · BLZ 795 500 00

1. Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voß, München · 2. Vorsitzende: Erika Davis Klemm, Mainz · Schatzmeister: Dr. Hans-Joachim Landzettel, Darmstadt · Schriftführer: Dr. Rainer Blank, München  
Unsere Sponsoren: Janssen-Cilag GmbH (Johnson & Johnson) · Bundesministerium für Gesundheit · Vodafone Stiftung Deutschland · Pfizer Deutschland GmbH · Bundesverband der Betriebskrankenkassen · Förderpool „Partner der Selbsthilfe“ · Selbsthilfe Fürsorgemeinschaft der Ersatzkassen · Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (vDAK/AEV) · Bamber Ersatzkasse · Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) · ADK Bundesverband · Kroschko Stiftung für Kinder · Allianz Private Krankenversicherung

Kindernetzwerk e.V.  
für kranke und behinderte Kinder  
und Jugendliche in der Gesellschaft



Hanauer Str. 8  
63739 Aschaffenburg  
Tel. 0 60 21.1 20 30  
und 01 80.5 21 37 39

Verbindet Menschen, bündelt Wissen und hilft weiter

e-mail: [info@kindernetzwerk.de](mailto:info@kindernetzwerk.de)  
[www.kindernetzwerk.de](http://www.kindernetzwerk.de)

Kindernetzwerk e.V. · Hanauer Str. 8 · 63739 Aschaffenburg

Der Pflegedienst wurde bei Bekanntwerden der Notwendigkeit der aufwändigen häuslichen Versorgung von der Überleitungspflege der entlassenden Klinik informiert. Von der Information bis zur Entlassung hatte der Pflegedienst ca 4 Wochen Zeit, um genügend Fachpersonal, hier Gesundheits – und Kinderkrankenpflegerinnen mit Ausbildung und Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege, zu finden. Dies gelang nur unter großen Schwierigkeiten, alle Kinderkrankenschwestern sind beschäftigt und stehen somit dem Markt nicht mehr zur Verfügung. Gleichzeitig mit der Entlassung wurde ein Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen bei der zuständigen Pflegekasse gestellt.

Zwei Wochen nach der Entlassung kündigte sich der Medizinische Dienst der Krankenkassen zur Begutachtung an. Auf der Grundlage dieses Gutachtens, dass von einer Pflegefachkraft Kinderkrankenpflege erstellt wurde, wurde Nele in die Pflegestufe 1 eingestuft.

In diesem Gutachten wurden die aktuellen Begutachtungsrichtlinien des MDK nicht berücksichtigt.

**Die Maßnahmen der Behandlungspflege, die während der grundpflegerischen Tätigkeiten erfolgen wurden nicht pflegeerschwerend berücksichtigt. Somit kam eine ungerechtfertigte Pflegestufe zu Stande, die nur 46 Minuten täglich beinhalten. Diese 46 Minuten beziehen sich auf den Mehrbedarf gegenüber einem gesunden, unbeeinträchtigten Kind.**

**Darüber hinaus erhält die Mutter, die das Kind ebenfalls 12 Stunden am Tag in ständiger Bereitschaft versorgen muss, keine Beiträge für die Rentenversicherung.** Dem Einspruch, der von den Eltern eingelegt wurde, wurde von der Krankenkasse nicht stattgegeben.

Grundlage für diese Ablehnung war eine Begutachtung nach Aktenlage einer Kollegin der Erstgutachterin, d.h. Sie hat sich selbst kein Bild von der tatsächlichen Situation gemacht.

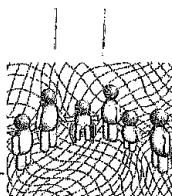
Die Eltern haben daraufhin erneut Einspruch eingelegt, der wieder zurückgewiesen wurde mit dem Hinweis, dass bei Aufrechterhaltung des Widerspruchs dieser an den Widerspruchsausschuss weitergeleitet wird. Von da würde dann auf Grund der erfolgten Begutachtungen ein klagefähiger Bescheid erteilt, den die Eltern benötigen, wenn sie vor dem Sozialgericht klagen wollen.



Bankverbindung Sparkasse Aschaffenburg-Alzenau · Konto-Nr. 924 290 · BLZ 795 500 00

1. Vorsitzende: Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voß, München · 2. Vorsitzende: Erika Davis Klemm, Mainz · Schatzmeister: Dr. Hans-Joachim Landzettel, Darmstadt · Schriftführer: Dr. Rainer Blank, AGNachen  
Unsere Sponsoren: Janssen-Cilag GmbH (Johnson&Johnson) · Bundesministerium für Gesundheit · Vodafone Stiftung Deutschland · Pfizer Deutschland GmbH · Bundesverband der Betriebskrankenkassen · Förderpool „Partner der Selbsthilfe“ · Selbsthilfe Fördergemeinschaft der Ersatzkassen · Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VBAK/AEV) · Baumer Ersatzkasse · Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) · ADK-Bundesverband · Krossika Stiftung für Kinder · Allianz Private Krankenversicherung

Kindernetzwerk e.V.  
für kranke und behinderte Kinder  
und Jugendliche in der Gesellschaft



Hanauer Str. 8  
63739 Aschaffenburg  
Tel. 0 60 21.1 20 30  
und 01 80.5 21 37 39

Verbindet Menschen, bündelt Wissen und hilft weiter

e-mail: [info@kindernetzwerk.de](mailto:info@kindernetzwerk.de)  
[www.kindernetzwerk.de](http://www.kindernetzwerk.de)

Kindernetzwerk e.V. · Hanauer Str. 8 · 63739 Aschaffenburg

**An dieser Stelle nahmen die Eltern nochmals mit mir Kontakt auf in meiner Funktion als Fachkraft für Pflegeüberleitung der Kinderklinik Koblenz, eine durch Förderverein finanzierte Stelle. Eine ausführliche Stellungnahme wurde auf Bitten der Eltern von mir erstellt, die dem Widerspruchsausschuss zugearbeitet wurde.**

**Fazit:**

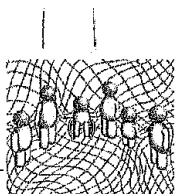
- 1. Eltern sind immens belastet mit einer Situation, in der sie erfahren, dass ihr Kind an einer schweren Erkrankung leidet und nur eine geringe Lebenserwartung hat.**
- 2. Es ist nicht selbstverständlich, dass eine Kinderklinik oder eine Institution, in der Kinder medizinisch versorgt werden eine Fachkraft vorhält, die eine Lotsen – und Begleitfunktion für die Betroffenen wahrnimmt. Darunter fällt auch der Anspruch auf jegliche Beratung zeitlebens wie es von Pflegestützpunkten für alte Menschen angeboten wird. Auch die Pflegeberatungseinsätze, die in Pflegestufe I und II halbjährlich, in Pflegestufe III vierteljährlich zu erfolgen haben, müssen von qualifizierten Fachkräften der Kinderkrankenpflege erfolgen.**
- 3. Eine ambulanter Kinderkrankenpflegedienst benötigt vor der Entlassung eines Kindes eine Kostenzusage über die umfangreiche Pflege.**
- 4. Es muss qualifiziertes Personal gefunden werden, was dem Markt derzeit nicht mehr zur Verfügung steht. Ursache ist das bereits reduzierte Angebot von Ausbildungsplätzen in der Kinderkrankenpflege und der zukünftigen Marschroute, die Ausbildung zu vereinheitlichen.**
- 5. Der MDK muss sich an den aktuellen Begutachtungsrichtlinien orientieren**
- 6. Die Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumentes darf im Vorfeld nicht dazu führen, dass diese Begutachtungsrichtlinien negiert werden und eine möglichst niedrige Einstufung vorgenommen wird um nicht Gefahr zu laufen, dass es bei Überleitung in eine neues Pflegeversicherungsgesetz eine hohe Pflegestufe erreicht wird**



Bankverbindung Sparkasse Aschaffenburg-Alzenau · Konto-Nr. 924 290 · BLZ 795 500 00

1. Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voß, München · 2. Vorsitzende: Erika Davis Klemm, Mainz · Schatzmeister: Dr. Hans-Joachim Landzeitel, Darmstadt · Schriftführer: Dr. Rainer Blank, München  
Unsere Sponsoren: Janssen-Cilag GmbH (Johnson & Johnson) · Bundesministerium für Gesundheit · Vodafone Stiftung Deutschland · Pfizer Deutschland GmbH · Bundesverband der Betriebskrankenkassen · Förderpool „Partner der Selbsthilfe“ · Selbsthilfe Fördergemeinschaft der Ersatzkassen · Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV) · Barmen Ersatzkasse · Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) · AOK-Bundesverband · Kroschke Stiftung für Kinder · Allianz Private Krankenversicherung

Kindernetzwerk e.V.  
für kranke und behinderte Kinder  
und Jugendliche in der Gesellschaft



Hanauer Str. 8  
63739 Aschaffenburg  
Tel. 0 60 21.1 20 30  
und 01 80.5 21 37 39

Verbindet Menschen, bündelt Wissen und hilft weiter

e-mail: info@kindernetzwerk.de  
www.kindernetzwerk.de

Kindernetzwerk e.V. . Hanauer Str. 8 . 63739 Aschaffenburg

**7. Kinder mit hohem Intensiv medizinischer Versorgung müssen zunehmend zu Hause versorgt werden. Ursache dafür ist der medizinische Fortschritt, der diesen Kindern das Überleben ermöglicht. Das Überleben ist aber nur möglich weil diese Intensiv medizinische Versorgung zu Hause fortgeführt wird. Dafür ist wiederum die fachliche Qualifikation der Gesundheits – und Kinderkrankenpflege von Nöten.**

**2. H.V. jetzt 8 jähriges Mädchen, die auf Grund eines Sauerstoffmangels geistig und körperlich schwerst mehrfach behindert ist.**

V. leidet zusätzlich an einer Epilepsie und muss regelmäßig abgesaugt werden weil sie nicht in der Lage ist, das Sekret, dass sich in den Bronchien ansammelt, abzusaugen. Die Situation hat sich zugespitzt als der Fahrdienst, der V. In die Schule fährt, sich geweigert hat, V. zu transportieren weil die erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen verständlicherweise weder vom Fahrer noch von seiner Begleitperson geleistet werden konnten.

Somit besuchte V. monatelang nicht die Schule weil der Sozialhilfeträger sich mit der KK um die Kostenübernahme für eine qualifizierte Begleitperson nicht einigen konnte.

Als die Mutter erneut schwanger wurde und einen Kurzzeitpflegeplatz für V. suchte um sie nur kurz dort unterzubringen, war dies nicht möglich und ist es auch zwischenzeitlich noch nicht, weil es kaum Kurzzeitpflegeplätze für Kinder, die einen Anspruch nach dem Pflegeversicherungsleistungsgesetz haben, gibt.

**Fazit:**

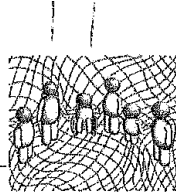
- 1. Kostenübernahme für Leistungen, die Klärung der Finanzierung muss unter den in Frage kommenden Kostenträgern abgeklärt werden, so wie es im SGB IX geregelt ist.**
- 2. Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege sowie das Abrufen von Leistungen der besonderen Betreuung muss den Eltern zur Verfügung stehen wenn sie es benötigen.**
- 3. Ein Nebeneffekt ist hier, dass die Kassen sehr viel Geld sparen weil diese Leistungen nicht abgerufen werden können.**



Bankverbindung Sparkasse Aschaffenburg-Alzenau . Konto-Nr. 924 290 . BLZ 795 500 00

1. Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voll, München . 2. Vorsitzende: Erika Davis Klamn, Mainz . Schatzmeister: Dr. Hans-Joachim Lundzeitel, Darmstadt . Schriftführer: Dr. Rainer Blank, München  
Unsere Sponsoren: Janssen-Cilag GmbH (Johnson&Johnson) . Bundesministerium für Gesundheit . Vodafone Stiftung Deutschland . Pfizer Deutschland GmbH . Bundesverband der Betriebskrankenkassen . Förderpool „Partner der Selbsthilfe“ . Selbsthilfe Fördergemeinschaft der Ersatzkassen . Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV) . Barmer Ersatzkasse . Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) . ADK-Bundesverband . Koschko Stiftung für Kinder . Allianz Private Krankenversicherung

Kindernetzwerk e.V.  
für kranke und behinderte Kinder  
und Jugendliche in der Gesellschaft



Hanauer Str. 8  
63739 Aschaffenburg  
Tel. 0 60 21 1 20 30  
und 01 80 5 21 37 39

Verbindet Menschen, bündelt Wissen und hilft weiter

e-mail: info@kindernetzwerk.de  
www.kindernetzwerk.de

Kindernetzwerk e.V. · Hanauer Str. 8 · 63739 Aschaffenburg

**Auch hier kommt der qualifizierte Beratungseinsatz wieder zum Tragen. Die qualifizierte Beratung muss von einer ausgebildeten Kinderkrankenschwester erbracht werden, weil nur diese um die besonderen Erfordernisse von Familien mit Kindern mit besonderen Bedürfnissen weiß.**

**Zusammenfassend müssen folgende Aspekte zur Sicherung der pflegerischen Versorgung von Familien mit Kindern mit seltenen Erkrankungen bedacht und auf den Weg gebracht werden**

1. Begleitung und Betreuung von Familien nach der Diagnosestellung
2. Kontaktaufnahme zur sozialrechtlichen Beratung, sowie Hilfestellung beim Stellen von Anträgen, Bearbeiten von Widersprüchen, Anwesenheit bei Begutachtungen und Klärungen von Kostenübernahmen noch in der Klinik Schaffung einer entsprechenden Stelle an jeder Kinderklinik oder im Sozialpädiatrischen Zentrum
3. Ausbildung von Fachkräften in der Gesundheits – und Kinderkrankenpflege zum Experten für Beratung im Rahmen der Pflegeberatungseinsätze. Dies setzt selbstverständlich die Ausbildung zur Fachkraft für Gesundheits – und Kinderkrankenpflege voraus.
4. Begutachtung zur Einstufung im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes darf sich nicht an finanziellen Ressourcen orientieren. Die Einstufung muss sich am Pflegebedarf orientieren
5. Es müssen ausreichend Institutionen und Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, damit Eltern von Kindern mit seltenen Erkrankungen die Leistungen wie Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, sowie besondere Betreuungsleistungen abgerufen werden können

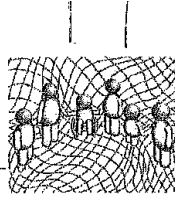


Bankverbindung Sparkasse Aschaffenburg-Alzenau · Konto-Nr. 924 290 · BLZ 795 500 00

1. Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voß, München · 2. Vorsitzender: Erika Davis Klamm, Mainz · Schatzmeister: Dr. Hans-Joachim Landzettel, Darmstadt · Schriftführer: Dr. Rainer Blunk, München  
Unsere Sponsoren: Janssen-Cilag GmbH (Johanson&Johanson) · Bundesministerium für Gesundheit · Vodafone Stiftung Deutschland · Pfizer Deutschland GmbH · Bundesverband der Betriebskrankenkassen · Förderpaed  
„Partner der Selbsthilfe“ · Selbsthilfe Fördergemeinschaft der Ersatzkassen · Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/BEV) · Bannar Ersatzkasse · Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) · KOK-Bundesverband · Kreschko Stiftung für Kinder · Allianz Private Krankenversicherung



Kindernetzwerk e.V.  
für kranke und behinderte Kinder  
und Jugendliche in der Gesellschaft



Hanauer Str. 8  
63739 Aschaffenburg  
Tel. 0 60 21 1 20 30  
und 01 80 5 21 37 39

Verbindet Menschen, bündelt Wissen und hilft weiter

e-mail: [info@kindernetzwerk.de](mailto:info@kindernetzwerk.de)  
[www.kindernetzwerk.de](http://www.kindernetzwerk.de)

Kindernetzwerk e.V. · Hanauer Str. 8 · 63739 Aschaffenburg

**6. Im Verlauf des Lebens von Kindern mit seltenen Erkrankungen entsteht immer wieder hoher Beratungsbedarf durch sich verändernde Umstände. Aus diesem Grund ist eine differenzierte Beratung und Hilfestellung gerade für den sozialrechtlichen Bereich unvermeidbar. Die bestehenden Pflegestützpunkte sind darauf nicht vorbereitet und nicht ausgebildet. Speziell ausgebildete Gesundheits – und Kinderkrankenpflegerinnen müssen für die Beratung der Familien zur Verfügung stehen.**

**7. Im Rahmen der Inclusion besuchen zunehmend Kinder mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen und Kinder ohne Beeinträchtigung gemeinsam die Schule. An jeder dieser Schulen muss eine Gesundheits – und Kinderkrankenpflegerin beschäftigt sein, damit die medizinische und pflegerische Versorgung gewährleistet ist. So ist sicher gestellt, dass Kinder mit den unterschiedlichsten Bedürfnissen ohne großen Aufwand versorgt werden.**

**8. Die flächendeckende Etablierung von Einrichtungen der häuslichen Kinderkrankenpflege stagniert weil keine Fachkräfte mehr zur Verfügung stehen und Einzelvereinbarungen mit den Kassen geschlossen werden müssen, die aufwändig sind und häufig abgelehnt, bzw. Leistungen reduziert werden. Dies führt zur Unterversorgung gerade auch in ländlichen Gebieten und zur extremen Belastung für die Eltern**

Sponsoring durch:  
Deutsches  
Zentralinstitut  
für soziale  
Fragen/DZI



Bankverbindung Sparkasse Aschaffenburg-Alzenau · Konto-Nr. 924 290 · BLZ 795 500 00

1. Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Vob, München · 2. Vorsitzende: Erika Davis Klamm, Mainz · Schatzmeister: Dr. Hans-Joachim Landzeitel, Darmstadt · Schriftführer: Dr. Rainer Blank, München  
Klassische Sponsoren: Janssen-Cilag GmbH (Johnson & Johnson) · Bundesministerium für Gesundheit · Vodafone Stiftung Deutschland · Pfizer Deutschland GmbH · Bundesverband der Betriebskrankenkassen · Förderpost „Partner der Selbsthilfe“ · Selbsthilfe FämLagen-Gesellschaft der Ersatzkassen · Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV) · Baumer Ersatzkasse · Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) · ADK-Bundesverband · Kroschka Stiftung für Kinder · Allianz Private Krankenversicherung

## **Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.**

Kindsein braucht unsere Pflege

**Stellungnahme des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) e.V.  
zur öffentlichen Expertenanhörung der Kinderkommission des Deutschen Bundestages  
zum gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen.  
Themen: „Kinderkrankenpflege, Häusliche Krankenpflege;  
Kinderunfälle im Verkehr und im häuslichen Bereich“  
am 9.02.2011 in Berlin**

Anlage 3

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) e.V. vertritt seit 30 Jahren die Belange der professionellen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Wir verstehen uns als ein eigenständiges Pflegeberufsfeld mit spezifischem Kompetenzprofil. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sind in allen Sektoren des Gesundheitswesens und in Einrichtungen des Sozial- und Bildungswesens tätig. Unser Handlungsspektrum erstreckt sich von gesundheitsfördernden und präventiven Aufgaben, über die Pflege von akut und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen im akutstationären, im ambulanten und Langzeitpflegebereich bis hin zur Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen. Außerdem wirken wir beim zielgerichteten und geplanten Übergang von chronisch kranken Jugendlichen von der Gesundheitsversorgung für Kinder in die Gesundheitsversorgung für Erwachsene mit, auch die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen gehört zu unseren Aufgaben.

### **Wofür engagieren wir uns?**

- **für den Erhalt des Schwerpunktes "Gesundheits- und Kinderkrankenpflege" im Rahmen der beruflichen Erstqualifikation**
- **für die verbindliche Einbindung der Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in das System "Kinderschutz" und "Frühe Hilfen"**
- **für Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

### **Erhalt des Schwerpunktes "Gesundheits- und Kinderkrankenpflege" im Rahmen der beruflichen Erstqualifikation**

Im Zuge der Diskussion um ein gemeinsames Berufsrecht für die Pflegeberufe betonen wir nachdrücklich die Bedeutung einer Schwerpunktbildung in der beruflichen Erstqualifikation für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Wir unterstützen den Beschluss des Deutschen Pflegerates (DPR) für eine gemeinsame Pflegeausbildung mit Schwerpunktsetzung<sup>1</sup>.

Die Anerkennung der Kindheit als eigenständige Lebensphase mit spezifischen Erfordernissen ist eine Errungenschaft moderner Gesellschaften. Sie spiegelt sich in der Spezialisierung vieler Berufe auf die Lebensphase "Kindheit und Jugend" wieder.

Als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende verfügen wir über fundiertes Fachwissen und Handlungssicherheit im Umgang mit Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Entwicklungsphasen und komplexen Familiensystemen.

Unsere Praxis ist durch die Komplexität der pflegerischen Beziehung zum Kind bzw. Jugendlichen und seinen Bezugspersonen - in der Regel den Eltern - charakterisiert. In den meisten Fällen agieren Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende an den Schnittstellen zwischen professioneller Pflege und Laienpflege und sehen sich immer als Partner der ganzen Familie. Wir erarbeiten mit den Eltern Konzepte, die ihre Handlungskompetenzen in der Pflege erweitern, damit sie einen gesundheitsfördernden Einfluss auf die Entwicklung des Kindes nehmen können. Wir koordinieren Versorgungsstrukturen und unterstützen den Behandlungserfolg des erkrankten, den Rehabilitationserfolg des behinderten und auch die Entwicklung des gesunden Kindes.

<sup>1</sup> Der BeKD e.V. ist Gründungsmitglied des Deutschen Pflegerates.

## ***Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V.***

Pflegefachpersonen mit dem Schwerpunkt "Gesundheits- und Kinderkrankenpflege" sollten am Ende ihrer Ausbildung in der Lage sein, die Verantwortung für die Pflege von Kindern oder Jugendlichen und ihren Bezugspersonen zu übernehmen, die fundierte Anbahnung entsprechender Kompetenzen muss bereits im Rahmen der beruflichen Erstqualifikation sicher gestellt werden. Einer ausschließlichen Verlagerung der Fachrichtung „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ auf den Bereich der Weiterbildung stehen wir ablehnend gegenüber.

Der Bedarf von Eltern an Unterstützungs- und Beratungsleistungen im Zusammenhang mit der Pflege gesunder und kranker Kinder und Jugendlicher nimmt zu. Ursachen hierfür sind z.B. die Veränderung familiärer Lebensstrukturen und die Zunahme chronischer, psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter<sup>2</sup>.

Anstatt auf den Beitrag der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zur Kindergesundheit zu verzichten, sollte Deutschland seine hohe Qualität in der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erhalten, insbesondere da einige Länder ebenso eine allgemeine Pflegeausbildung mit Schwerpunkten haben (vgl. Niederlande, Vereinigtes Königreich).

### ***Verbindliche Einbindung der Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in das System "Kinderschutz" und "Frühe Hilfen"***

Kinder und Jugendliche benötigen Unterstützung bei der Bewältigung ihrer spezifischen Entwicklungsaufgaben. Diese Entwicklung kann Ursache für Pflegebedürftigkeit sein und gleichzeitig hat die Qualität beruflich pflegerischen Handelns einen entscheidenden Einfluss auf den weiteren Entwicklungsprozess. Etwa jedes fünfte Kind in Deutschland zeigt inzwischen eine Entwicklungs- oder Verhaltensstörung, für deren Entstehung vorwiegend psychosoziale und sozioökonomische Faktoren verantwortlich sind.

Der Unterstützungsbedarf für Familien in besonderen und belastenden Situationen – insbesondere Familien mit chronisch kranken oder frühgeborenen Kindern – wird häufig zuerst über den Kontakt mit den Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in Kliniken und Ambulanzen festgestellt. Sowohl in der Praxis der ambulanten als auch der stationären pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zeigt sich zunehmend ein Bedarf an speziell weitergebildeten Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen. Durch ihre umfassende spezifische Expertise leisten sie einen wesentlichen Beitrag in der Stärkung der Elternkompetenz in Gesundheits- und Alltagsfragen. Sie ergänzen pädagogisch ausgerichtete Hilfsangebote durch die Kombination von Beratungs- und praktischer Kompetenz in pflegerischen und gesundheitlichen Fragen und die Ausrichtung auf das gesamte Kindes- und Jugendalter.

### ***Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen***

Im Nationalen Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland (NAP) 2005 – 2010 wird zu Punkt 2.3.5. "Kindergerechte Versorgung im Krankenhaus" festgestellt: „Hauptproblem ist, dass rund 40 Prozent der im Krankenhaus aufgenommenen Kinder und Jugendlichen auf Erwachsenenstationen liegen, wo sie ggf. keine altersgerechte medizinische und psychosoziale Versorgung erfahren.“

Die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen muss durch entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal sicher gestellt werden, z.B. durch weitere Festschreibung von Qualitätskriterien im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). In der Früh- und Neugeborenenversorgung, in der Kinderonkologie und in der Kinderherzchirurgie sind bereits explizit bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität nachzuweisen: Versorgung ausschließlich durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, Nachweis einer zuzählenden Pflege-Fachweiterbildung mit pädiatrischem Schwerpunkt bei einem bestimmten Prozentsatz der Pflegekräfte.

<sup>2</sup> Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland vgl. *Deutscher Bundestag: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht. Drucksache 16/12860. Berlin 30.04.2009 // Robert-Koch-Institut (RKI) und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Berlin/Köln 2008 // SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Bonn 2009*

## **Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.**

**Unser Wunsch und unsere Forderung an Sie - liebe Abgeordnete der Kinderkommission - und Ihre Kolleginnen und Kollegen im Bundestag ist es, die spezifische Expertise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Sinne der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien zu erhalten und zu stärken**

- **durch Festschreibung der Schwerpunktbildung "Gesundheits- und Kinderkrankenpflege" im Rahmen der pflegeberuflichen Erstausbildung**
- **durch weitere Festschreibung einer "Fachkraftquote" in der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (und damit verbunden die explizite Erfassung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in statistischen Erhebungen)**
- **durch Aufnahme der Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden in das Bundeskinderschutzgesetz und die entsprechenden Förderungen<sup>3</sup>. Es wäre fahrlässig diese Kompetenz und die möglichen Zugangswege im Rahmen des Gesamtkonzepts „Kinderschutz“ außer Acht zu lassen.**
- **durch Aufnahme der Maßnahmen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen**
- **durch ideelle und finanzielle Unterstützung pflegerischer Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention von Gesundheitsrisiken im Kindes- und Jugendalter, z.B. die Durchführung und Weiterentwicklung der Weiterbildung "Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege"<sup>4</sup>.**
- **durch aktive Einbindung der Fachexpertise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in politische Entscheidungen im Bereich der Kindergesundheit und in der Sozialgesetzgebung**

Hannover/Berlin 9.02.2011

*Frauke Leupold*

Vorsitzende BeKD e.V.

<sup>3</sup> In der Presseerklärung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zum Entwurf eines Bundeskinderschutzgesetzes am 14.12.2010 heißt es dazu: „Der Einsatz von Familienhebammen wird gestärkt. Ab 2012 stellt das Bundesfamilienministerium dafür jährlich 30 Millionen Euro zur Verfügung.“ Wir fordern das Bundesfamilienministerium und alle politischen Parteien auf, auch die Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (FGKiKP) in diese Unterstützung einzubeziehen.

<sup>4</sup> Um Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen im Bereich der Familiengesundheitspflege weiter zu qualifizieren, haben der BeKD e.V. und die IG Kikra e.V. einen Lehrplan für die Weiterbildung zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in (FGKiKP) entwickelt. Diese Weiterbildungen sind inzwischen bundesweit an verschiedenen Standorten etabliert, die ersten Absolventinnen sind erfolgreich im Bereich der „Frühen Hilfen“ tätig.



## Stellungnahme zur häuslichen Kinderkrankenpflege

Der BHK e.V. fordert, dass die häusliche Kinderkrankenpflege als Spezialisierung der ambulanten Pflege anerkannt wird.

### Wen vertritt der BHK?

Es gibt heute in Deutschland 160 Pflegedienste, die entweder ausschließlich häusliche Kinderkrankenpflege anbieten oder eine eigene Abteilung für häusliche Kinderkrankenpflege haben. 75 davon sind Mitglied im BHK. Die Dienste sind über ganz Deutschland verteilt.

### Welche Vergütungsvereinbarungen gibt es für die häusliche Kinderkrankenpflege?

Fast für jedes Kind wird eine gesonderte Vergütungsvereinbarung getroffen. Oft wird eine Vergütung je Stunde ausgehandelt ggf. auch eine Hausbesuchs-/ Tagespauschale. In einigen Fällen sind darin die Fahrtkosten enthalten; manchmal werden Fahrtkosten separat vergütet. Fahrtzeiten werden so gut wie nie vergütet.

Verträge werden den Pflegediensten von den Krankenkassen immer wieder angeboten, jedoch mit nicht kostendeckenden Vergütungen und häufig mit übersteigerten Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte und an die Dokumentation durch den Pflegedienst.

Die meisten Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Pflegediensten scheitern und es bleibt bei Einzelvereinbarungen pro Kind.

### Welche Rolle spielen Fahrtzeiten und Fahrtkosten in der häuslichen Kinderkrankenpflege?

Aus der geringen Zahl von schwer kranken Kindern, die zuhause von examinierten Kinderkrankenpflegekräften gepflegt werden und der Verteilung der Dienste über ganz Deutschland ergeben sich zwangsläufig sehr große Einzugsgebiete für die Kinderkrankenpflegedienste; häufig bis zu 100 km rund um den Standort des Dienstes.

Damit verbunden sind hohe Fahrtkosten und hohe Fahrtzeiten.

Ist ein Pflegeeinsatz bei einem Kind kürzer als die Schicht der Kinderkrankenschwester an diesem Tag, wird sie bei einem oder weiteren Kindern eingesetzt. Die Fahrtzeit zwischen Kind 1 und Kind 2 (und ggf. 3 und 4) muss dann vom Pflegedienst als Arbeitszeit bezahlt werden.

### Was haben Fahrtzeiten und –kosten mit Rückzugspflege zu tun?

Der BHK betont immer wieder nachdrücklich die Wichtigkeit der Rückzugspflege für die Kinder und ihre Familien. Bei der Rückzugspflege wird der Versorgungsumfang langsam abgebaut, indem die Eltern in der Pflege ihres Kindes angeleitet werden. Rückzugspflege reduziert somit die Gesamtausgaben der Krankenkasse für die Versorgung des Kindes. Für den Pflegedienst kann Rückzugspflege jedoch teuer werden, denn kürzere Pflegezeiten ziehen im Verhältnis mehr Fahrtzeiten der Mitarbeiter nach sich, die vom Pflegedienst als Arbeitszeit zu bezahlen sind.

**Fazit 1:** Werden Vergütungen für Pflegestunden vereinbart und Fahrzeiten nicht separat vergütet, entsteht für die Kinderkrankenpflegedienste eine Finanzierungslücke. Nur dann, wenn die Einsatzzeit bei einem Kind genau der Arbeitszeit einer Pflegekraft entspricht, muss der Pflegedienst keine Fahrtzeiten als Arbeitszeit bezahlen.

Um einen Anreiz für Rückzugspflege zu schaffen, müssen Fahrtkosten und Fahrtzeiten zusätzlich zur Pflegezeit vergütet werden.



## Stellungnahme zur häuslichen Kinderkrankenpflege

### Welche Kinder werden versorgt und welche Pflegeleistungen werden erbracht?

Die Pflege schwer kranker Kinder ist anspruchsvoll und individuell:

- Weil viele Kinder seltene Krankheiten haben mit jeweils unterschiedlichen Verläufen und Beschwerden<sup>1</sup>
- Weil von den Pflegekräften hauptsächlich ärztlich verordnete Pflegemaßnahmen (Behandlungspflege) durchzuführen sind – die Grundpflege übernehmen zumeist die Eltern, deshalb können für die Versorgung ausschließlich nur examinierte Kinder- / Krankenpflegekräfte eingesetzt werden.
- Weil Kinder wachsen und sich entwickeln. Bei der Pflege eines Säuglings sind andere Werte zu beachten und andere Dinge zu berücksichtigen, als bei der Pflege eines sechsjährigen Kindes mit ähnlicher oder gleicher Krankheit.

Bei einer Befragung von Kinderkrankenpflegediensten, die der BHK 2009 durchgeführt hat, konnten Angaben zu 96 Patienten ausgewertet werden. Für diese 96 Kinder wurden 94 verschiedene Diagnosen genannt.

### Können Kinder auch von anderen – nicht spezialisierten - Pflegediensten versorgt werden?

Viele lokale Kassen versuchen, einen „normalen“ Pflegedienst zu finden, der am selben Ort ansässig ist, wie das schwer kranke Kind, das zuhause gepflegt werden soll<sup>2</sup>. Diese Versuche der Kassen scheitern fast immer: der angefragte Altenpflegedienst sagt zunächst zu und lehnt die Versorgung nach näherer Prüfung dann ab. Begründung: dem Dienst fehlt die notwendige Erfahrung in der Pflege schwer kranker Kinder oder die personelle Ressource fehlt: denn für eine 24-stündige Versorgung benötigt man mindestens 5,6 Vollzeitstellen Kinderkrankenpflegekräfte. Aber auch dann, wenn im Altenpflegedienst eine oder zwei Kinderkrankenschwestern arbeiten und die Versorgung kürzer ist, z.B. 3 Stunden pro Tag, wird die Versorgung oft abgelehnt, weil die Kinderkrankenschwestern sich selbst die anspruchsvolle Pflege des schwer kranken Kindes nicht zutrauen – denn sie pflegen seit Jahren ausschließlich alte Menschen.

**Fazit 2:** Häusliche Kinderkrankenpflege braucht beides: eine spezialisierte Ausbildung von Kinderkrankenpflegekräften und die Zusammenfassung dieser Fachkräfte in spezialisierten Pflegediensten, in denen theoretisches Wissen und praktische Erfahrungen angewendet, vertieft und weitergegeben wird.

<sup>1</sup> Nach einer Studie des IAT, Institut für Arbeit und Technik in Gelsenkirchen, haben 4 Mio Menschen in Deutschland eine als „selten“ eingestufte Krankheit. 75% der Betroffenen sind Kinder.

<sup>2</sup> Die meisten „normalen“ Pflegedienste sind Altenpflegedienste, einfach aufgrund der hohen Zahl alter Menschen, die professionelle Pflege zuhause nachfragen.



## Stellungnahme zur häuslichen Kinderkrankenpflege

### Was bringen Pflegenoten für die häusliche Kinderkrankenpflege?

Die Qualitätsprüfungen des MDK in Pflegediensten richten sich auf die Qualität in der ambulanten Altenpflege. Sie betrachten vor allem Pflegeleistungen nach SGB XI, d.h. vor allem grundpflegerische Leistungen und typische Risiken bei alten Menschen (Dekubitus, Sturz, Kontrakturen).

Die Stichprobe in Kinderkrankenpflegediensten umfasst häufig nur 1 oder 2 Kinder, weil die meisten Kinder ausschließlich SGB V Leistungen erhalten. Die Qualität dieser behandlungspflegerischen Leistungen nach SGB V wird in den MDK-Prüfungen jedoch nur rudimentär betrachtet.

Die Pflegenoten spiegeln daher heute nicht die Pflegequalität in der häuslichen Kinderkrankenpflege wieder.

Zudem ist eine Selektion von Kinderkrankenpflegediensten auf den Internet-Seiten (z.B. [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de)) nicht möglich, weil es kein Auswahlkriterium „ambulante Kinderkrankenpflege“ o.ä. gibt.

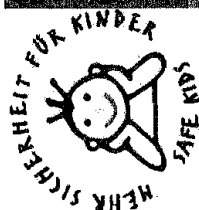
Eltern, die einen Kinderkrankenpflegedienst z.B. in Berlin suchen, erhalten nach der Eingabe von „ambulante Pflegedienste mit Pflegenoten“ und „Berlin“ eine Liste mit 235 Treffern. Sie müssen nun jeden einzelnen Dienst anklicken und den Transparenzbericht öffnen, um zu erfahren, ob dieser Dienst Kinderkrankenpflege anbietet<sup>3</sup>.

### **Aus diesen Gründen fordert der BHK e.V. die Anerkennung der häuslichen Kinderkrankenpflege als Spezialisierung innerhalb der ambulanten Pflege.**

#### Die Konsequenzen sind:

- Erhaltung der jetzigen Pflegeausbildung mit dem Abschluss „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/In“
- Kinderkrankenpflegedienste schließen mit den Kassen separate Versorgungsverträge ab,
  - diese enthalten spezielle Anforderungen an die Qualität von Kinderkrankenpflegediensten, insbesondere hinsichtlich der notwendigen Qualifikation der Mitarbeiter
  - diese schließen spezielle Leistungskataloge und Vergütungen ein
- Qualitätsprüfungen des MDK basieren auf einem speziellen Prüfkatalog für häusliche Kinderkrankenpflege

<sup>3</sup> Kinderkrankenpflegedienste, die „Kinder“ im Dienstenamen führen, erleichtern den Eltern die Suche. Jedoch sind viele Kinderkrankenpflegedienste Teil eines größeren Unternehmens oder bilden eine Abteilung in einem Altenpflegedienst. Dann gibt der Dienstenamen keinen Hinweis.



# Kinderunfälle: Gesundheitsrisiko Nummer eins



## Unfälle zu Hause und deren Verhütung

Dr. Stefanie Märzheuser  
Bundesarbeitsgemeinschaft  
Mehr Sicherheit für Kinder e.V.  
[www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de)

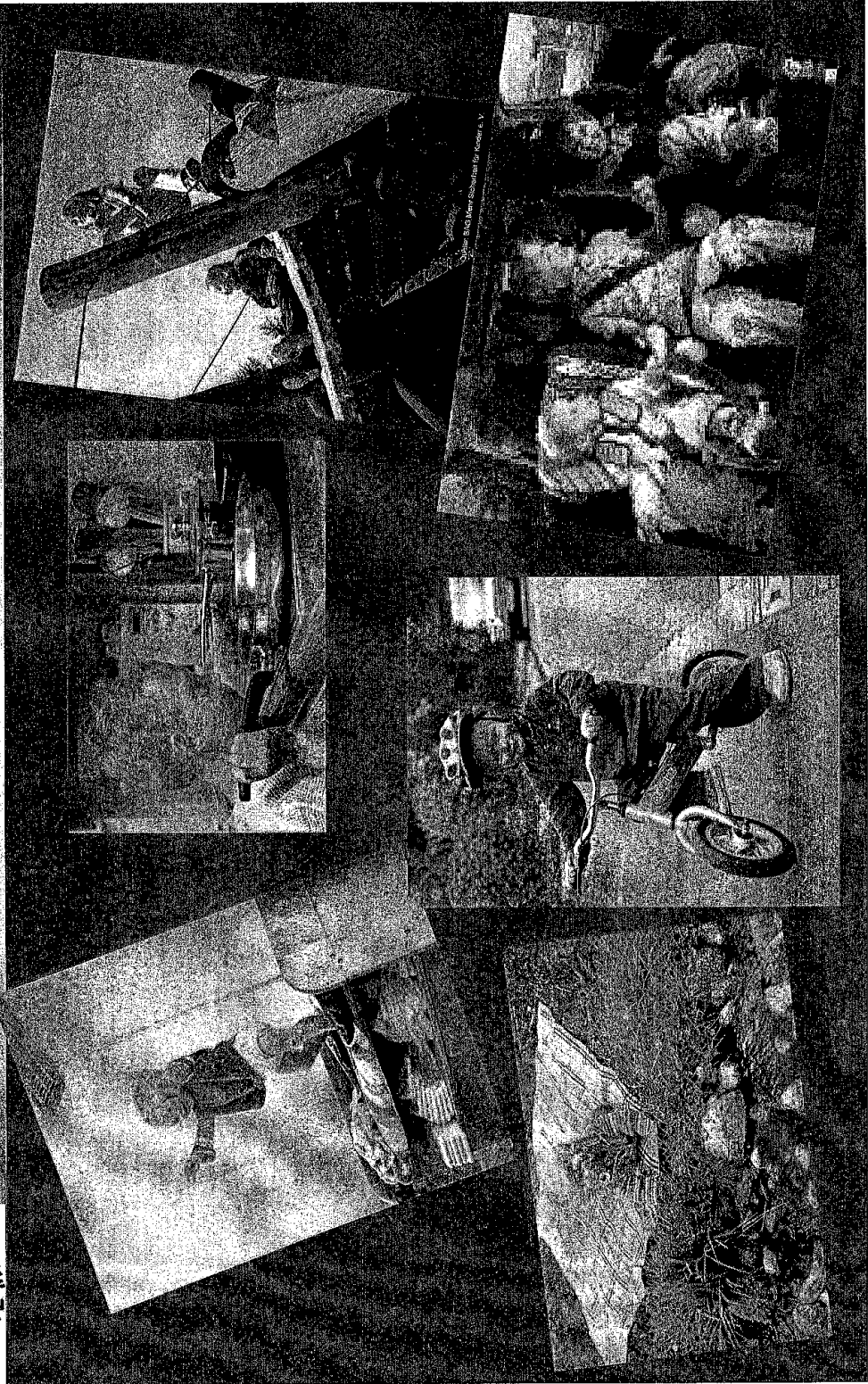




## Basisdaten: Kinderunfälle in Deutschland

- 11,1 Mio. Kinder (0-14 J.) leben in Deutschland (2009)
- Etwa 1,7 Mio. Kinder haben pro Jahr einen Unfall (d.h. jedes 7. Kind oder alle 18 Sekunden ein Unfall)
- 147 000 verunglücken im Verkehr
- 990 000 in Schulen und Kindergärten
- 295 000 im häuslichen Bereich
- 242 000 beim Sport und in der Freizeit
- Etwa 200.000 Kinder unter 15 Jahren müssen pro Jahr wegen Verletzungen stationär behandelt werden
- 278 Kinder unter 15 Jahren verunglückten 2009 tödlich

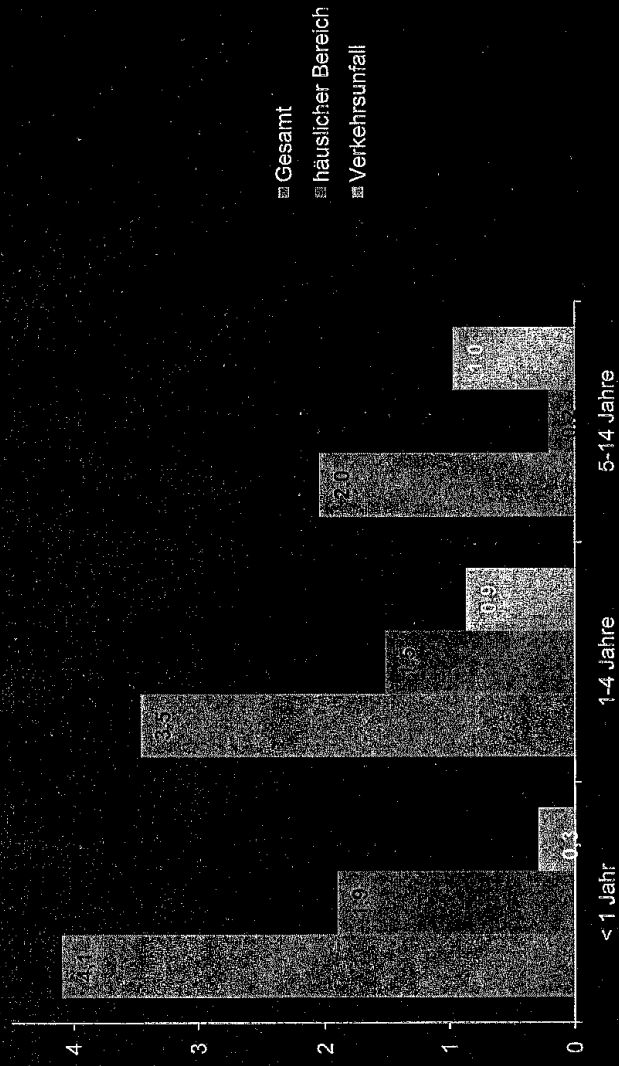
# Die Unfallschwerpunkte sind je nach Alter verschieden





# Unfallsterblichkeit nach Unfallort

Tödliche Unfälle nach Unfallort, pro 100.000, in 2008





## Die häufigsten Unfallursachen

**Kinder unter 5 Jahren haben das höchste Risiko, einen Unfall zu Hause zu erleiden.**

### Häufigste Todesursachen zu Hause:

- Ersticken (Aspiration)
- Ertrinken
- Stürze aus Gebäuden
- Verbrennungen / Rauchgasvergiftungen



# Was wirkt gegen Kinderunfälle?

**Education**

Erziehung:  
Verbieten, Erklären,  
Experimentieren,  
Einüben  
„Lernen am Modell“

**Engeneering**

technische  
Sicherheit  
verbessern:  
Produkte,  
Wohnumfeld  
Schutzausrüstung  
Sicherheitsartikel

**Enforcement**

Gesetzgebung:  
gesetzliche  
Maßnahmen,  
Normen,  
Vorschriften,  
Kontrolle, Strafe



## Handlungsempfehlungen

Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums an die BAG:

- **Daten für Taten**
- **Unfallschwerpunkte**
- **Risikogruppen**
- **Evidenz von Maßnahmen**
- **Anknüpfung an bestehende Strukturen**





## Handlungsempfehlungen: Konzentration auf Risikogruppen

Säuglinge  
kleine Kinder

} Steigende Krankenhauszahlen

Sozial Benachteiligte/  
Migrantenfamilien

- Verkehrsunfälle sind häufiger in Familien mit niedrigem Sozialstatus
- Verbrühungen/Verbrennungen sind bei Jungen bis 5 Jahren mit Migrationshintergrund um das 10- bzw. 6-fache häufiger
- Verbrühungsunfälle sind in Mehrkindfamilien häufiger
- Lauflernhilfen werden häufiger in Familien mit niedrigem Sozialstatus benutzt



## Handlungsempfehlungen: Einbindung Unfallprävention in bestehende Angebote

### Persönliche Ansprache von Eltern

- in Form von Hausbesuchen (Familienhebammen, Sozialpädagogen, Kinderkrankenschwestern, Ehrenamtler)
- in Form von Beratungsgesprächen (Kinderarzt, Präventionsassistentin)
- in Form von Elterngruppen

### Gesundheitswesen und Jugendhilfe verzahnen

**Aus- und Fortbildung für beteiligte Berufsgruppen, z.B. Krankenschwestern, Sozialpädagogen, Hebammen, Heilerufe**

- über Kommunen
- über Berufsverbände
- im Betreuungsbereich, z.B. Tagespflege
- über die Landesebene (Landesjugendämter, Landesvereinigungen)

### Unterstützungen für Netzwerke

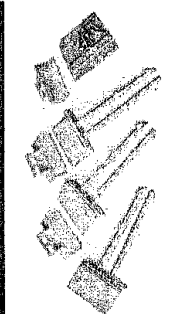
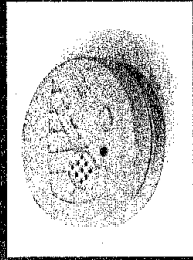
- gemeindeorientierte Zugänge, z.B. Safe Community als Modell





# Kinderunfälle sind vermeidbar!

A collage of images illustrating child safety hazards. The central image shows a child climbing a staircase with a railing. To the left, a child is playing with a toy. To the right, a child is riding a bicycle. Below the central image, there are two safety icons: a 'GS' mark and a '0-3' age restriction symbol. Above the central image, there are two more images: a circular object with a grid pattern and a collection of small tools or toys.



Anlage 6



## Kinderunfälle im häuslichen Umfeld - Thermische Verletzungen -

Öffentliche Anhörung der Kinderkommission des Deutschen Bundestages, 9. Februar 2011



**Paulinchen e.V.**  
Initiative für brandverletzte Kinder

Paulinchen e.V. [info@paulinchen.de](mailto:info@paulinchen.de)

# Zahlen zu thermisch verletzten Kindern

(unter 15 Jahren)



- ca. 31.500 Verbrennungs- und Verbrühungsunfälle/Jahr werden ärztlich versorgt
- davon ca. 6000 brandverletzte Kinder/Jahr stationär

Quellen: A. Hentler, Sonderauswertung aus dem Public use file des Kinder- und Jugendgesundheits surveys 2007  
Krankheitsdiagnostik des Statistischen Bundesamtes; Statistisches Bundesamt (Hrsg. 2010): Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen, Wiesbaden

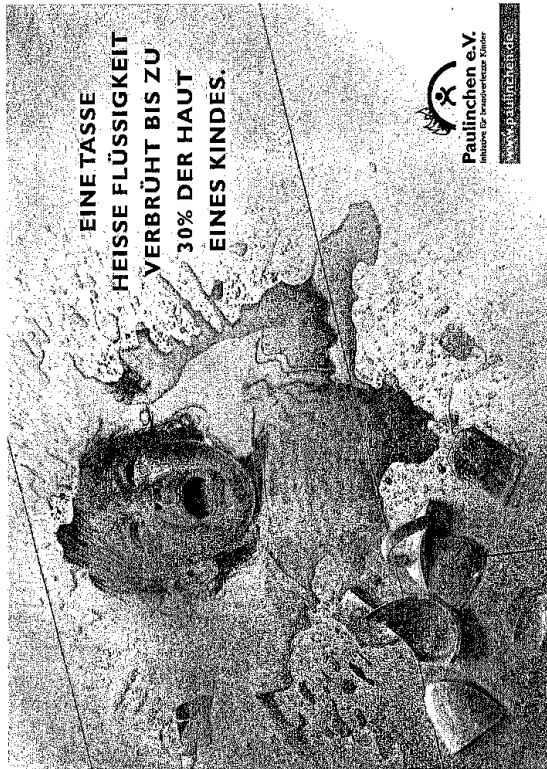


**Paulinchen e.V.**

# Unfallursache Nr.1 ist die Verbrühung!

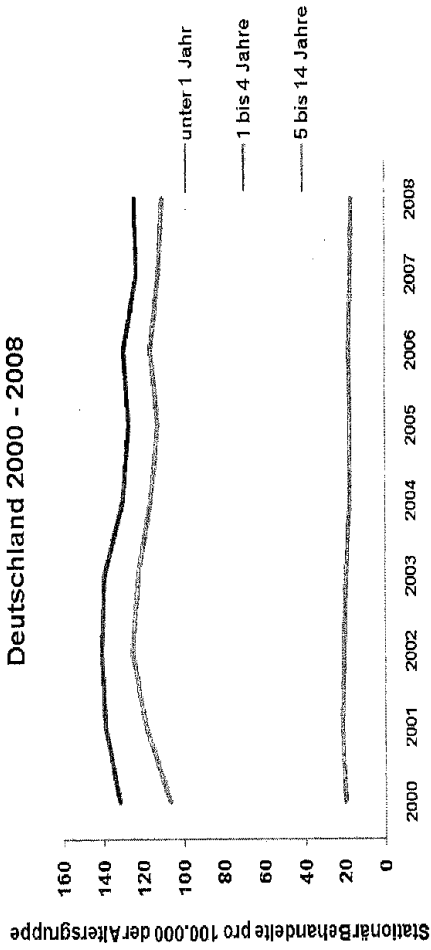
... mit heißen Flüssigkeiten durch  
Herunterziehen, Übergießen, Eintauchen,  
Hineinfallen

Weitere Ursachen z.B.  
Kontaktverbrennungen, Grillunfälle mit  
Brandbeschleunigern, Zündeln, Kerzen,  
Hausbrände, Feuerwerkskörper,  
Stromunfälle, Verätzungen



## Kinder unter 5 Jahren haben das höchste Risiko

Stationäre Behandlungsquoten von Kindern mit thermischen Verletzungen Deutschland 2000 - 2008



Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik

## 76 % aller Kinder und Jugendlichen mit thermischen Verletzungen betreffen Kinder unter 5 Jahren

Quellen: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Unfälle, Gewalt, Selbstverletzungen bei Kindern und Jugendlichen, 2010, Wiesbaden  
Dr. Gabriele Elisäßer, LGA Brandenburg, 2011

Paulinchen e.V.

[info@paulinchen.de](mailto:info@paulinchen.de)



Paulinchen e.V.

## Brandverletzung, was bedeutet das?



- **extrem schmerzhafte Verletzung**  
(Tiefe, Ausdehnung, Lokalisation)
- **zahlreiche Operationen**
- **monatelange, oft jahrelange Behandlung** (Kompression, Krankengymnastik, Ergotherapie, Eincremen, Narbenmassage...)
- **lebenslange, stigmatisierende Narben**
- **großes Leid in den betroffenen Familien**

## Prävention hilft diese Unfälle zu verhüten!

- **Eltern frühzeitig, gezielt schulen** (besonders Risikofamilien/Migranten)
- **bessere, genauere, verwertbare Daten** (Unfallhergang, Produktbeteiligung...)
- **mehr Mittel für Prävention**

## Kinder mit thermischen Verletzungen:

- wenn Indikation in spezialisierte Verbrennungszentren
- alle notwendigen Leistungen sollte KK bezahlen (Therapien, Kompression...)
- besseres, selbstverständliches Rehabilitationsangebot (für schwer brandverletzte Kinder)





## **Wann sollte ein Kind in einem spezialisierten Zentrum behandelt werden?**

- **Kinder unter 1 Jahr mit mehr als 5 % verletzter Körperoberfläche**
- **Kinder über 1 Jahr mit mehr als 10 % verletzter Körperoberfläche**
- **Immer wenn Gesicht, Hände, Füße oder Genital betroffen sind**
- **Wenn Verdacht auf ein Inhalationstrauma besteht**
- **Wenn eine Stromverletzung oder eine Verätzung vorliegt**

Quellen: AWMF-Leitlinie „Thermische Verletzungen im Kindesalter“ (1/2009); Empfehlungen des Arbeitskreises „Das schwerbrandverletzte Kind“



Paulinchen e.V. [info@paulinchen.de](mailto:info@paulinchen.de)



---

# Kind und Verkehr

---

Fakten und Hintergründe zur sicheren Teilnahme  
von Kindern im Straßenverkehr

Dr. Walter Eichendorf  
Präsident

---

# Kind und Verkehr

---

Deutscher Verkehrssicherheitsrat ist Dachverband mit ca. 230 Mitgliedern (Verkehrssicherheitsinstitutionen, Automobilclubs, Automobilwirtschaft, Versicherungswirtschaft, Berufsgenossenschaften, Bundesländer)

Finanzierung im Wesentlichen durch DGUV, BMVBS, Mitgliedsbeiträge

---

# Kind und Verkehr

---

Verunglückte Kinder unter 15 J. in 2009

**30.845** Kinder verunglückt (31.648 in 2008)

- davon **25.849** leicht verletzt (26.674 in 2008)
- davon **4.906** schwer verletzt (4.872 in 2008)
- davon **90** getötet (102 in 2008)

(Prognose BAST: 100 in 2010)

# Kind und Verkehr

---

- Entwicklung der Unfallzahlen für Kinder seit Jahren grundsätzlich positiv (in 1970 wurden 2.167 Kinder bei Verkehrsunfällen getötet, 70.332 verletzt)

Allerdings:

- Anzahl der Kinder insgesamt rückläufig
  - Kinder sind weniger unterwegs
  - Je niedriger absolute Zahl, desto schwieriger weitere Erfolge
-

# Kind und Verkehr

---

## Hauptrisiken für Kinder im Straßenverkehr

- Mitfahrt im PKW ca. 58% (0 bis 6 Jahre)  
26% als Fußgänger und 9,4% als Fahrradbenutzer
- Fußgänger und PKW je ca. 34% (6 bis 10 Jahre)  
27% als Fahrradbenutzer
- Radfahrer ca. 50% (10 bis 15 Jahre)  
24% als Pkw-Insasse und 20% als Fußgänger

# Kind und Verkehr

---

- DVR engagiert sich seit seiner Gründung (1969) mit Finanzierung durch BMVBS in Verkehrssicherheitsarbeit für Vorschulkinder
- Bundesweites Programm ‚Kind und Verkehr‘ (ca. 800 speziell ausgebildete Moderatoren)

wesentliche Zielgruppe: Eltern  
seit 2009 auch gemeinsame Projekte  
Moderator/Erzieherin/Kinder



# Kind und Verkehr

---

Seit Fusion von Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und Bundesverband der Unfallkassen (BUK) zur

Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)

ist DVR auch in schulischer Verkehrssicherheitsarbeit aktiv (Schwerpunkt: Kinder als Radfahrer)



# Kind und Verkehr

---

Zentrale Strategie für Arbeit des DVR ist

**VISION ZERO.**

**KEINER KOMMT UM. ALLE KOMMEN AN.**

Hauptrisikobereiche  
,Kinder als Mitfahrer' und ,Kinder als Radfahrer'  
stehen daher im Mittelpunkt der zukünftigen  
Verkehrssicherheitsarbeit für diese Zielgruppe.



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat

# Kind und Verkehr

---

Anknüpfungspunkte für Verkehrssicherheitsarbeit mit anderen Präventionsbereichen:

- Unfallprävention ist zu allererst Aufgabe der Eltern
- Gemeinsame Strategie zur Ansprache von Familien mit niedrigem Sozialstatus
- Gemeinsame Strategie zur Ansprache von Familien mit Migrationshintergrund



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat

**Das Leitbild für die  
Verkehrssicherheitsarbeit des DVR  
und seiner Mitglieder**

---

**VISION ZERO.**

**KEINER KOMMT UM. ALLE KOMMEN AN.**

---



## **Aufgaben des DVR**

---

- **Förderung** von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit aller Verkehrsteilnehmer, vor allem in den Bereichen Verkehrstechnik, Verkehrserziehung und -aufklärung, Verkehrsrecht, Verkehrsüberwachung
- **Koordinierung** der Verkehrssicherheitsaktivitäten seiner Mitglieder
- **Neu- und Weiterentwicklung** von Verkehrssicherheitsprogrammen gemäß wissenschaftlicher Erkenntnisse



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

# Vs Deutschland vs. EU Länder + 3

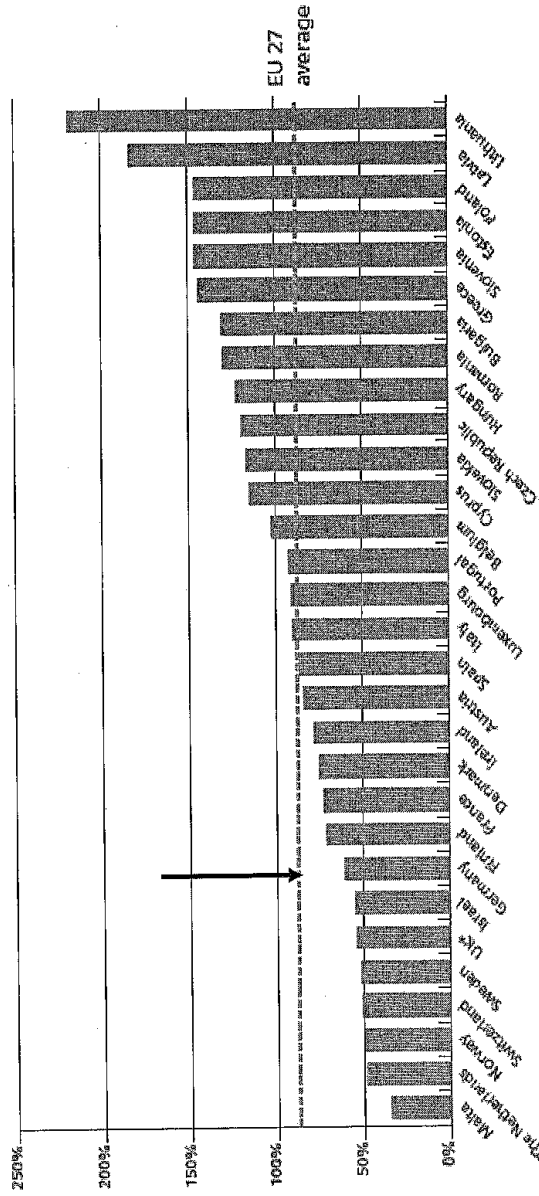


Fig.5 Road deaths per million population in 2007

\* BE, DK, FI, DE, GR, IE, IT and ES: provisional figures or national estimates based on provisional figures were used for 2007 as final figures for 2007 were not yet available at the time of print.

\*\* 2006 figures were used in the case of the UK as numbers of road deaths in 2007 were not yet available at the time of print.



Deutscher  
Verkehrswissenschaftler e.V.

## **Kernpunkte der Vision Zero (1)**

---

1. Alle Menschen haben Anspruch darauf, sich im Straßenraum gemäß ihrer Bedürfnisse und ohne Angst vor gesundheitlichen Schäden zu bewegen.
2. Tote und Schwerverletzte im Straßenverkehr sind nicht akzeptierbar.
3. Die Bedingungen im Straßenverkehr sind so zu gestalten, dass keine schweren oder tödlichen Verletzungen resultieren.
4. Die Gestaltung des Straßenverkehrsystems richtet sich nach der Verletzlichkeit des menschlichen Körpers sowie den physischen und psychischen Fähigkeiten und Grenzen der Menschen.
5. Maßstab sind die verletzlichsten VerkehrsteilnehmerInnen.



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

## **Kernpunkte der Vision Zero (2)**

---

6. Die Verantwortlichkeiten werden neu verteilt: Staat schafft menschengerechte Verkehrsbedingungen, Industrie verbessert Produkte, VTeilnehmer handeln eigenverantwortlich.
7. VZ= fehlertolerantes Sicherheitssystem und motivierende Sicherheitskultur.
8. Sicherheit darf Mobilität nicht einschränken. Einschränkungen sind zuerst bei denjenigen vorzunehmen, die Gefahren für andere schaffen.
9. Unfallvermeidende Maßnahmen haben Priorität, dann erst Vermeidung und Verminderung von schweren Folgen.
10. Es gilt, die häufigsten und gleichartigen Unfallursachen zu eliminieren.



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

---

## Vision Zero und DVR

---

Vision Zero bringt einen **veränderten Blickwinkel** in die Verkehrssicherheitsarbeit, weil im Fokus Maßnahmen stehen, die das System **Straßenverkehr an den Menschen anpassen** und der Forderung Rechnung tragen, dass **Fehler nicht Tod oder Behinderungen** zur Folge haben sollen.

Es darum, noch stärker auf die Maßnahmen zu setzen, die **gezielt** auf die Brennpunkte im Verkehrsgeschehen ausgerichtet sind. Diese Maßnahmen sind häufig komplex und bedeuten eine **verstärkte Verantwortungsübernahme** von denjenigen, die für die Ausgestaltung des Systems Straßenverkehr Verantwortung tragen.



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

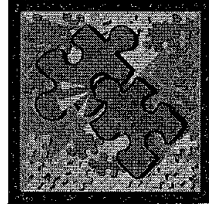


## Vision Zero und DVR

---

Neben technischen und rechtlichen Maßnahmen ist die Verantwortungübernahme des Menschen unabdingbar – sei es als **Unternehmer, als Politiker oder direkt als Verkehrsteilnehmer.**

Für den DVR ist die **systemische Betrachtung** der Verkehrssicherheit und ihrer Problembereiche ein neuer Ansatz, der zu einer **interdisziplinären** Herangehensweise führt.





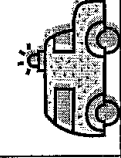
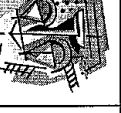


Interdisziplinäre  
Zusammenarbeit soll  
verstärkt werden



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

# Umsetzung von Vision Zero in die Ausschussarbeit des DVR

## AUSSCHÜSSE

Themen	Fahrzeugtechnik	Verkehrstechnik	Verkehrsmedizin & Rettungswesen	Recht	Kinder & Jugendliche	Erwachsene
						
Selbsterklärende Straße		F				X
Ärzte und VS			F	X	X	(X)
Infoportal			F			
Krankheit und Straße			F			
Helme Radfahrer			F			
Absicherung			F			
Notfallrettung			F			
Berufskraftfahrer-qualifikation				F		
EU RL Geldbuße				F		
Alkohol & Drogen			X	F		

Matrix zur ausschussübergreifenden Behandlung der Themen

- Auszug -



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

## **9 Themen mit besonderer Priorität**

---

- Erhöhung der Motorradsicherheit durch straßenverkehrstechnische Maßnahmen
- Junge Fahrerinnen und Fahrer
- Gurtanlegequote
- Fahrerassistenzsysteme in Pkw und Nutzfahrzeugen
- Alkohol, Drogen, Medikamente



## 9 Themen mit besonderer Priorität

---

- Verkürzung von Rettungszeiten
- Überwachung am Beispiel der Geschwindigkeitskontrolle
- Schaffung von zentralen Controllinginstrumenten zur Unfalldatenerfassung und –auswertung in den Bundesländern
- Forcierung der Unfallkommissionsarbeit



# Raster zur Operationalisierung

---

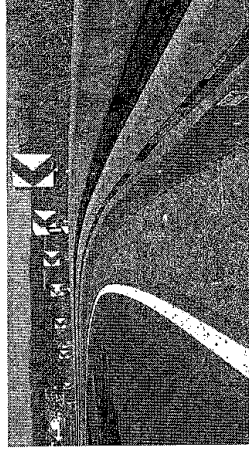
- Thema
- Problematik
- Ziele
- Bestandsaufnahme DVR-intern
- Kooperation mit anderen Ausschüssen
- Ableitung von Maßnahmen
- Zielgruppen
- Abstimmung Geschäftsführung/Abstimmung Vorstand
- Evaluierung
- Statusbericht



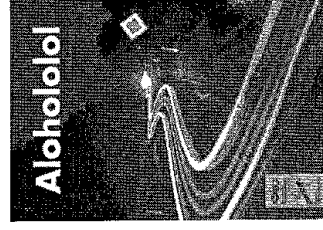
## Umsetzung von Vision Zero in die Ausschussarbeit des DVR - Beispiele

---

- Erhöhung der Motorradsicherheit durch straßenverkehrstechnische Maßnahmen



- Erhöhung der Insassensicherung (Gurtquote)



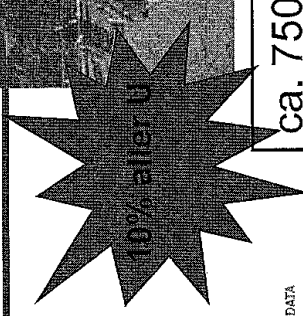
- Reduzierung alkoholbedingter Unfälle



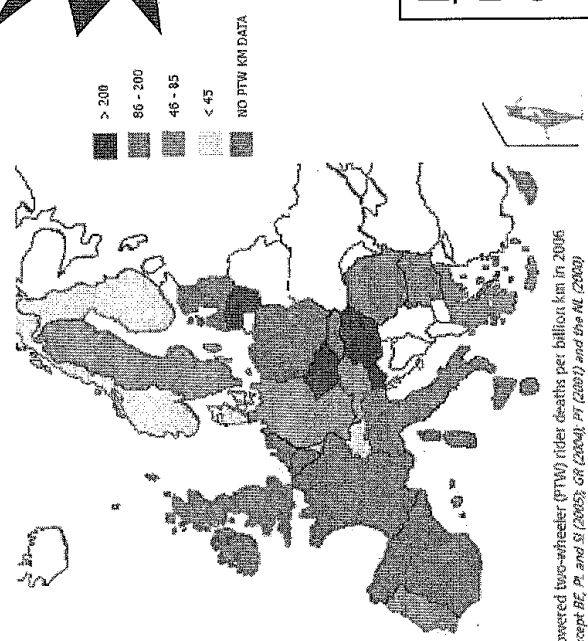
Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

## Beispiel 1:

# Motorradsicherheit



ca. 750 Getötete pro Jahr  
hohe Unfallschwere



Powered two-wheeler (PTW) rider deaths per billion km in 2006  
Except BE, PL and SI (2005), GR (2004), PT (2007) and the AE (2000)

Quelle: EITSC

Hauptunfallursachen:  
nicht angepasste  
Geschwindigkeit,  
Überholen,  
Vorfahrt/Vorrang und  
falsche Straßennutzung



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

## **Beispiel Motorradsicherheit - Ausschussarbeit**

<b>Fahrzeugtechnik</b>	<b>Erwachsene Verkehrsteilnehmer</b>
<b>Kinder und jugendliche Verkehrsteilnehmer</b>	
<b>Verkehrsmedizin, Erste Hilfe und Rettungswesen</b>	
<b>Straßenverkehrstechnik</b>	<b>Verkehrsrecht</b>





## **Maßnahmen zur Motorradsicherheit**

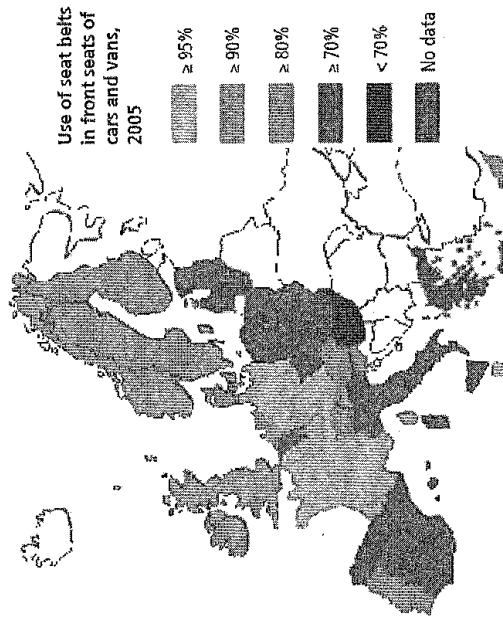
---

- Vorstandsbeschluss 2008 als Ergebnis ausschussübergreifender Beratungen mit Empfehlungen zu den Bereichen Mensch-Fahrzeug-Straße
- Unterstützung der Verbreitung des MVMot 2007 z.B. durch das DVR/GDV Symposium am 21/22. Sept. 09
- „German Safety Tour“ - Sicherheitstraining im Realverkehr <http://www.german-safety-tour.de/2009/>



## Beispiel 2:

# Erhöhung der Insassensicherung



Deutschland weist im europäischen Vergleich hohe Sicherungsquoten auf, aber.....

- Sicherung von Kindern im Pkw?
- Gurtanlegequote Lkw-Fahrer?
- Gurtanlegequote innerorts und auf Rücksitzen?

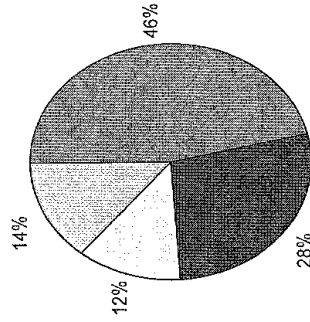


Deutscher Verkehrssicherheitsrat e.V.

# Insassensicherheit in Deutschland

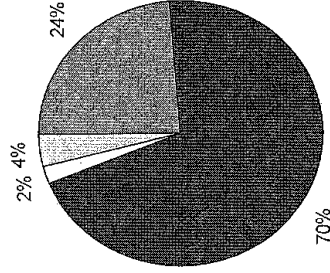
## ADAC Kindersitzcheck 2008

Sicherung von Kindern im Pkw  
auf dem Weg zur Schule



■ nur mit Sitzhöchern ■ vollwertiger Kindersitz  
□ völlig ungesichert □ nur mit Dreipunktgurt

Sicherung von Kindern im Pkw  
auf dem Weg zum Kindergarten



■ nur mit Sitzhöchern ■ vollwertiger Kindersitz  
□ völlig ungesichert □ nur mit Dreipunktgurt

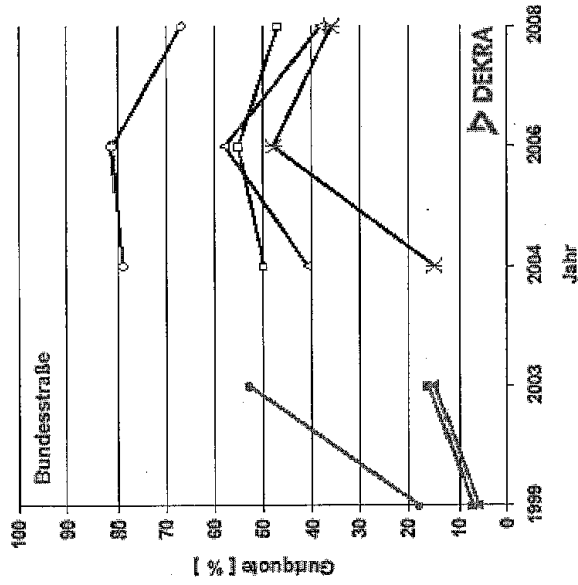


Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

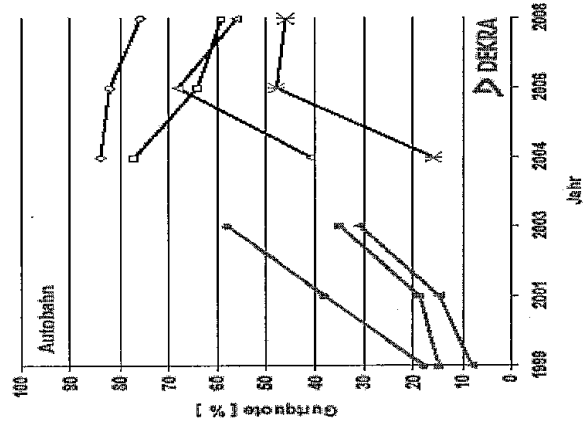
**Kinder unter 6 Jahren verunglücken zu 57% im PKW, zwischen 6 und 10 Jahren zu 37%.**

# Gurtanlegequote Lkw-Fahrer

DEKRA Verkehrsbeobachtungen



DEKRA Verkehrsbeobachtungen



ATZ  
live

- Lkw bis 3,5 t
- Lkw über 3,5 bis 7,5 t
- Lkw über 7,5 bis 12 t
- Lkw über 12 t
- Lkw bis 3,5 t
- Lkw über 3,5 bis 7,5 t

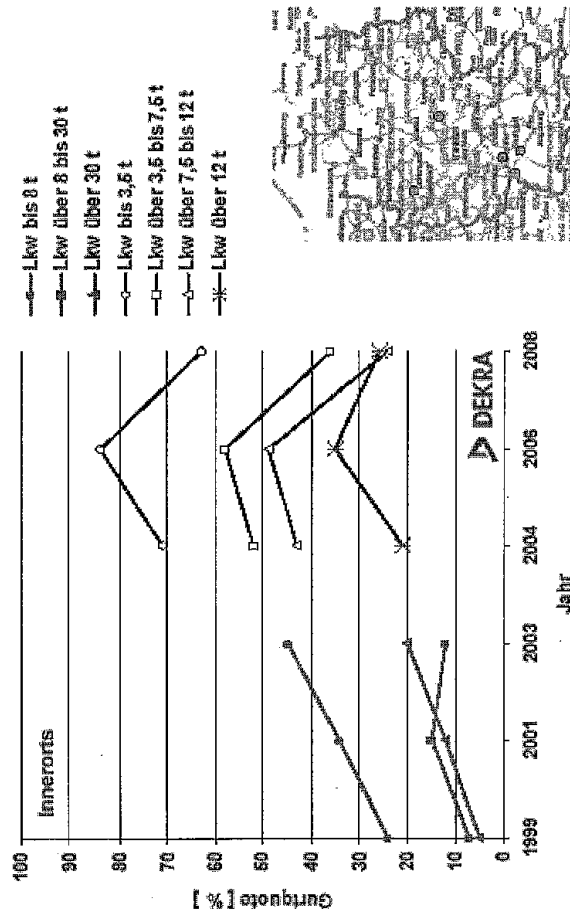


Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

# Gurtanlegequote Lkw-Fahrer

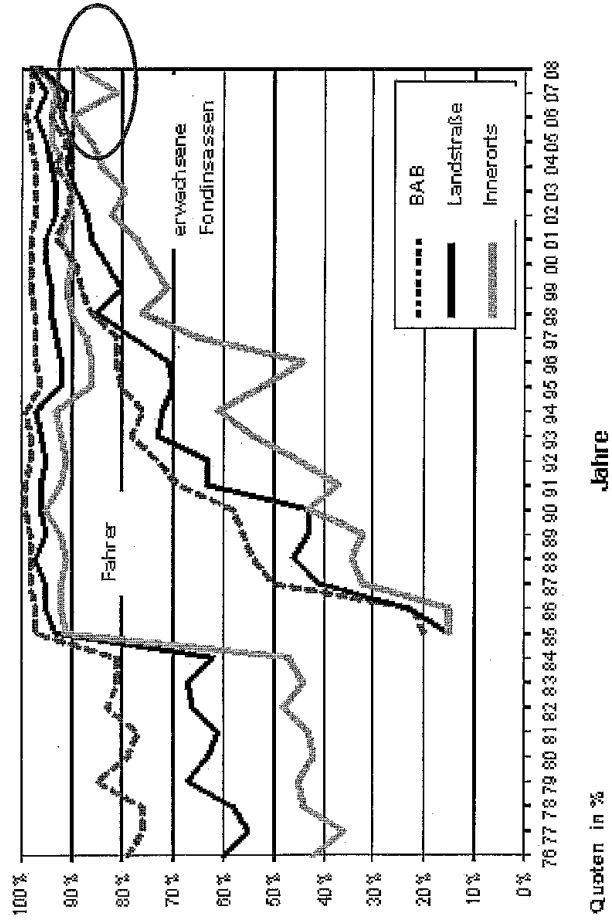
DEKRA Verkehrsbeobachtungen

ATZ live



Deutscher Verkehrsicherheitsrat e.V.

# Gurtanlegequote Rücksitze



Quoten in %  
Jahre  
1976 bis 1996: nur westliche Bundesländer, ab 1997: gesamtes Bundesgebiet



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

# Ausschussarbeit

---

Fahrzeugtechnik	Erwachsene Verkehrsteilnehmer
Kinder und jugendliche Verkehrsteilnehmer	
Verkehrsmedizin, Erste Hilfe und Rettungswesen	
Straßenverkehrstechnik	Verkehrsrecht



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

## **Maßnahmen zur Erhöhung der Insassensicherung**

---

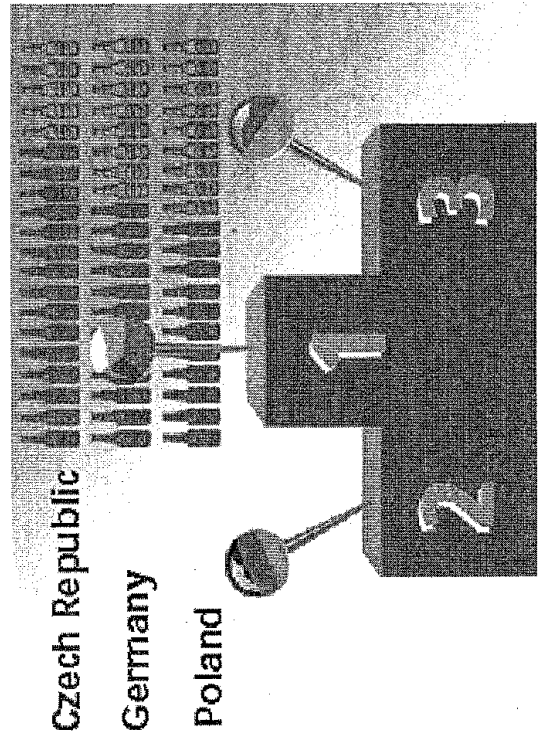
- Aufklärung und Information zur Sicherung von Kindern im Pkw im Rahmen des KuV – Programms sowie „Sicher im Auto“ (ADAC)
- Kampagne „Hat’s geklickt?“ für Lkw-Fahrer
- auf EU-Ebene: RL für verpflichtende Einführung von ISOFIX, Einführung eines europaweiten Bewertungssystems der KRS, Förderung der Entwicklung von seat belt reminder
- Gezielte polizeiliche Überwachungsmaßnahmen





Beispiel 3:

## Reduzierung alkoholbedingter Unfälle



Rückgang der Getöteten wg. alkoholbedingter Unfälle in D sank von 1996-98 bis 2006 um 6,2%.

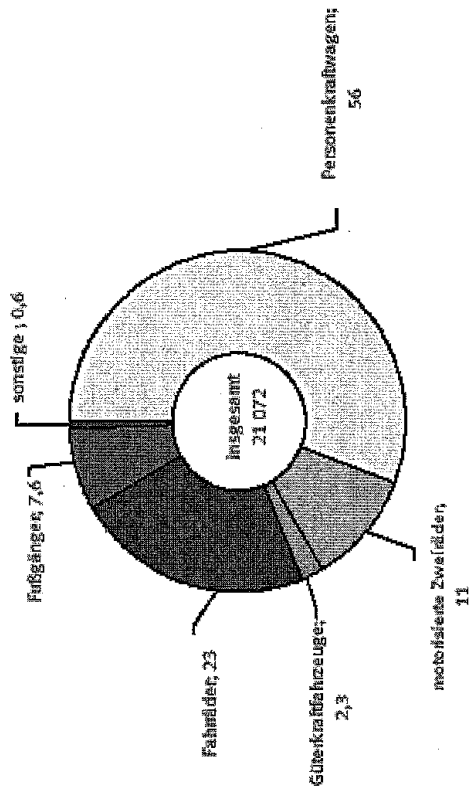
Quelle: ETSC, 2007



Deutscher Verkehrssicherheitsrat e.V.

# Alkoholbedingte Unfälle

Alkoholisierter Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen 2007  
Anteile in Prozent



47% der Beteiligten  
zw. 18 und 34  
Jahre alt

89% Männer

67% der Beteiligten  
über 1,1 Promille  
BAK

Quelle: Destatis, 2007



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

# Ausschüsse des DVR

---

Fahrzeugtechnik	Erwachsene Verkehrsteilnehmer
Kinder und jugendliche Verkehrsteilnehmer	
Verkehrsmedizin, Erste Hilfe und Rettungswesen	
Straßenverkehrstechnik	Verkehrsrecht



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.

## **Maßnahmen**

---

- Neuauflage Broschüre „Suchtprobleme im Betrieb“ (2008)
- Internetbasiertes Informationsportal (ab 2010)
- Entwicklung neuer Medien zur Prävention alkoholbedingter Unfälle für Multiplikatoren (geplant für 2009)
- Einsatz von atemalkoholsensitiven Wegfahrsperrern?



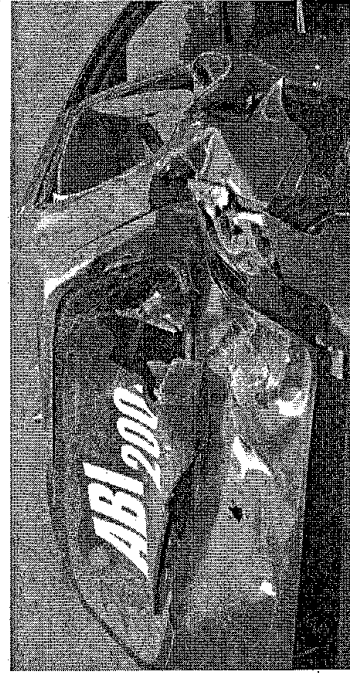
# Mehrjährige Kampagnen



 **Runter vom Gas!**



 **Runter vom Gas!**



 **Runter vom Gas!**

**Runter vom Gas!  
Risiko raus!  
(DGUV ab 2010)**

  
Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.

---

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat e.V.