

# rezeptfrei

Sonderausgabe, Juli 2012

**JOURNAL** für Mitarbeiter, Patienten und Freunde des Klinikums



**KLINIKUM  
ASCHAFFENBURG**

Festschrift

50 Jahre Kinderklinik



50 Jahre erfolgreiche  
Kindermedizin in Aschaffenburg





# DAS BESTE für Ihr Baby von A-Z



Beste Marken • Größte Auswahl • Kleinste Preise



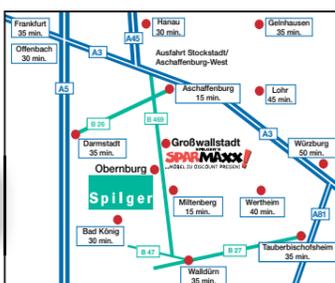
Direkt an der B 469, Abfahrt Oberburg Nord

Wohn-Center Spilger GmbH & Co. KG Einrichtungshaus  
Römerstraße 115 • 63785 Oberburg  
Tel.: 06022/504-0 • Fax: 06022/504-133

Öffnungszeiten:  
Montag - Freitag 10.00 - 19.00 Uhr  
Samstag 10.00 - 18.00 Uhr



www.spilger.de



# 50 Jahre Kinderklinik

Einladung zum großen

**Kinderfest** Samstag, 21. Juli 2012, 12 bis 17 Uhr

Feiern Sie mit uns!

50 Jahre schon betreut die Aschaffener Kinderklinik am Hasenkopf kleine und große Kinder. Darüber freuen wir uns sehr. Besuchen Sie uns bei unserem großen Kinderfest. Viele Attraktionen und ein Tag voller Spaß für unsere kleinen Besucher erwarten Sie direkt an der Kinderklinik.

**Programm:**

**12 Uhr s.t.** Musikalische Eröffnung und Grußworte von Landrat Dr. Ulrich Reuter, Oberbürgermeister Klaus Herzog, Klinik-Geschäftsleiterin Katrin Reiser. Es spielt das Trompeten-Ensemble der Städt. Musikschule, Ltg. Wolfgang Huhn.

**ca. 13 Uhr bis 17 Uhr** **Kinderfest**

**mit:** Hüpfburg, Spielstraße, Pupp doktor, KlinikClowns, Krankenwagen, Feuerwehr, Tombola, Kuchentheke und vielen weiteren Attraktionen

**18.30** Jubiläumsgottesdienst in der Klinikkapelle

**ab 19 Uhr** Fest für ehemalige und aktive Mitarbeiter



## Inhalt

Programm Kinderfest	3	Lernen trotz Krankheit	17
Inhaltsverzeichnis	3	50 Jahre Kinder- und Jugendmedizin in Aschaffenburg	18
Grußworte	4-5	Neonatalogie und päd. Intensivmedizin	19
Mehr als 50 Jahre Einsatz für kranke Kinder	6-7	Von Pionierarbeit zu hochprofessioneller Medizin	20-21
Die aktuellen Chefs	8	Aus alt mach neu	22
Ärztliche Leiter der Kinderklinik	9	Der Förderkreis	23
Anfänge der Kinderkrankenpflege	10	Impressum	23
„So war’s früher“	12-14	Unsere Projekte	24-25
Schwieriger Lebensbeginn	15	Besondere Angebote	26-27
„Ich rieche noch die Düfte“	16	Laufende Forschungsprojekte	28
Im Labor	17	Wichtige Publikationen	30-31

**Sehr geehrte Festgäste,**

über 40.000 Kinder und Jugendliche leben in der Stadt und im Landkreis Aschaffenburg. Viele von ihnen haben im Klinikum das Licht der Welt erblickt.



Ein kleiner Teil der Kinder – und manchmal sogar schon ihre Eltern – waren bereits Patient in der Kinderklinik und sei es nur, dass sie nach kleinen Blessuren versorgt wurden. Andere sind zu früh auf die Welt gekommen. Sie durften hier im geschützten Raum und mit hervorragender Betreuung durch Kinderärzte und Pflegekräfte nachholen, was im Mutterleib nicht möglich war.

Seit neuestem haben Kinder mit chronischen oder mehrfachen Erkrankungen oder Behinderungen hier eine kompetente Anlaufstelle in besonderer Qualität, nämlich im neuen Sozialpädiatrischen Zentrum.

Die Kinderklinik gewährleistet eben Sicherheit in der medizinischen Versorgung der jungen Generation am Bayerischen Untermain und weit darüber hinaus.

Wir freuen uns, dass diese Versorgung über die Kinderklinik in den vergangenen fünf Jahrzehnten eine stetige und erfolgreiche Weiterentwicklung widerspiegelt. Die Ärzte, die in fünf Jahrzehnten das Haus geleitet haben, die Kinderkrankenschwestern, von denen viele hier an der Berufsfachschule für Kinderkrankenpflege ausgebildet wurden, sowie auch alle anderen Mitarbeiter haben entscheidend dazu beigetragen, dass die Kinderklinik heute hohe Anerkennung genießt.

Als Vorsitzender des Krankenhauszweckverbandes sage ich allen Dank, die sich in den vergangenen 50 Jahren für unser Klinikum im Allgemeinen und die Kinderklinik im Besonderen eingebracht haben. Wie schön, wenn Erfolge so sichtbar sind wie in diesem runden Jubiläum der Kinderklinik.

**Alles Gute für die nächsten 50 Jahre wünscht mit besten Grüßen**

**Dr. Ulrich Reuter,**

*Landrat und Vorsitzender des Krankenhauszweckverbandes*

**Sehr geehrte Leser und Leserinnen,**

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Seit der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts setzt sich diese Erkenntnis immer besser durch.

Für Aschaffenburg bedeutet das konkret: Vor über 50 Jahren hat der Stadtrat von Aschaffenburg beschlossen, die stets zu knappe Kinderabteilung am Städtischen Krankenhaus auszulagern. Er hat damals für weniger als fünf Millionen Mark ein Haus mitten in eine schöne Umgebung mit frischer Luft gesetzt. Das Ergebnis sehen wir heute vor uns.

In der Festschrift zum Jubiläum berichten Mitarbeiter des Hauses von Ausstattung und Behandlungsmethoden früherer Jahre. Eltern durften ihre Kinder während des Aufenthalts im Krankenhaus nicht besuchen. Fast unvorstellbar mag es für heutige Eltern sein, dass kranke Kinder oft wochenlang von Vater und Mutter getrennt wurden und sich nur durch eine Fensterscheibe zuwinken konnten.

Diese Zeiten sind zum Glück vorbei. Kinder bleiben in der Regel nur noch wenige Tage im Krankenhaus, oft werden die Eltern mit aufgenommen. Ähnlich rasant sind die Fortschritte der Medizin verlaufen. Gab es zu Anfangszeiten der Kinderklinik kaum Antibiotika, so sind heute, dank bester Behandlung, auch chronische Erkrankungen kein Hindernis für eine glückliche Zukunft.

Die Kinderklinik und die dort mit viel Engagement arbeitenden Menschen verschiedener Berufsgruppen sind der Garant dafür, dass für Kinder getan wird, was möglich ist. Ich danke allen, die tagtäglich dafür arbeiten oder gearbeitet haben, dass unsere Kinder schnellstmöglich wieder gesund werden.

**Der Kinderklinik wünsche ich alles Gute für die Zukunft.**

**Klaus Herzog**

*Oberbürgermeister und stellvertretender Vorsitzender des Krankenhauszweckverbandes*



## RETTE EIN KIND ...

**Liebe Klinikmitarbeiter, liebe Patienten und Besucher,**

„Rette ein Kind und du rettest die Welt“, sagte der russische Dichter Dostojewski. In diesem Sinn freuen wir uns über das 50-jährige Jubiläum der Kinderklinik Aschaffenburg. Sie hat viel Gutes bewirkt seit einem halben Jahrhundert.

Außen und vor allem innen präsentiert sich die modernisierte Kinderklinik in bestem Glanz. Auch in der medizinischen Behandlung ist das Haus Spitze. Angebote wie die Neuropädiatrie, das neue SPZ und die Perinatalmedizin gibt es in weiter Umgebung nicht. Zum dritten Mal in Folge hat das Perinatalzentrum, Abteilung Neonatologie mit der Frauenklinik, bestens abgeschnitten. Erneut wurde ein Spitzenplatz in Bayern erreicht. Darüber freut sich das Klinikum, darüber freuen sich alle Mitarbeiter und ganz besonders freut sich eine weitere Gruppe: Die Eltern unserer kleinen Patienten. Für sie hat das Klinikum in ein oder dem anderen Fall tatsächlich „die Welt“ gerettet.

Ich gratuliere der Klinik und all ihren Mitarbeitern zum Erfolg und wünsche weiterhin viele gute Jahrzehnte

**Herzlich, Ihre Katrin Reiser**

*Geschäftsleitung Klinikum Aschaffenburg*



**Sehr geehrte Leser und Leserinnen,**

50 Jahre Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Hasenkopf. Unsere Kinderklinik war und ist die Keimzelle des Klinikums Aschaffenburg am Hasenkopf. Sie ist mit 50 Jahren der älteste Teil des Klinikkomplexes.

Seit 50 Jahren wird Spitzenmedizin für kranke Kinder und Jugendliche praktiziert. Die Fortschritte der Medizin, auch für unsere Kleinsten, lassen sich beeindruckend an den Erfolgen der Abteilung für Neonatologie der Kinderklinik erkennen, die seit Jahren in den vorderen Rängen, teilweise auf Platz 1, der Qualitätsmedizin in Bayern zu finden ist. Ich wünsche der Kinderklinik für die nächsten 50 Jahre eine glückliche Hand und soviel Erfolg im Umgang mit unseren kleinen Patienten wie in den vergangenen 50 Jahren.

**Ihr Prof. Dr. med. Michael Freund**

*Ärztlicher Direktor, Klinikum Aschaffenburg*



**Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitarbeiter aller Professionen der Kinderklinik und liebe Freunde der Kinderklinik,**

mit einem 50-jährigen Geburtstag verbindet man ja oft ein Jubiläum mit Anlass zum Rückblick auf das Geschaffene, die damit verbundenen Mühen, aber auch Glanzpunkte der Entwicklung und nicht zuletzt eine Würdigung der Wegbegleiter.

Als Obmann der niedergelassenen Kinderärzte im Bereich Aschaffenburg grüße ich deshalb stellvertretend alle Gäste.

Welche Bedeutung die Kinderheilkunde heute in unserer Gesellschaft zu verteidigen hat, mag schon allein die Tatsache unterstreichen, dass heute mehr als 10.000 Kinder- und Jugendärzte in ihrem eigenen Berufsverband organisiert sind, während es vor ca. 80 Jahren gerade mal gut 1.400 Pädiater in ganz Deutschland gab. Von diesen erlitten damals mehr als die Hälfte aller Kinderärzte durch die Nürnberger Gesetze ein dramatisches Schicksal.

Die Kinderheilkunde hat sich aber wieder etabliert, in unserem eigenen Lebensraum hier nicht zuletzt durch die nun seit 50 Jahren bestehende Kinderklinik. Hier wurden über all die Jahre die aktuellen medizinischen Standards für eine solide Versorgung der Jüngsten und Schwächsten in unserer Region vorangebracht. Und nun beschreitet die Klinik mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum wieder einen neuen Entwicklungsabschnitt. So mancher „Niedergelassene“ der Region Aschaffenburg ist aus dieser Klinik hervorgegangen – das verbindet.

Und so kehrt für diesen Anlass der/die ein oder andere in seinen ehemaligen „Heimathafen“ zum Feiern zurück.

So wie wir unseren eigenen Kindern Vertrauen und Zutrauen schenken, damit sie aus ihren Fähigkeiten und Ressourcen eine Entwicklung zu Stärke und Reife nehmen, genau so vertrauen wir auf die zukünftige Weiterentwicklung „unserer“ Kinderklinik. Ich wünsche allen ein großartiges Fest.

**Herzliche Grüße**

**Roland Zeller**

*Obmann der Kinder- und Jugendärzte*



## Mehr als 50 Jahre Einsatz für kranke Kinder

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Das gilt für gesunde, umso mehr für kranke Kinder. Mit der Eröffnung einer eigenen Kinderklinik im Jahr 1962 zollte die Stadt Aschaffenburg dieser Einsicht Anerkennung. Wie wurden Kinder zuvor versorgt? Welchen Lauf nahm die klinische Kindermedizin in Aschaffenburg? Dem forschte Prof. Dr. Dr. Peter Brunner nach, vor seiner Emeritierung von 1979 bis 1997 Chefarzt der Pathologie, zunächst im Alten Krankenhaus und ab 1989 im Klinikum.

Das fünfzigjährige Bestehen der Kinderklinik am Hasenkopf in Aschaffenburg rechtfertigt, ja fordert einen kurzen Rückblick auf die stationäre Versorgung kranker Kinder in den vergangenen Jahrzehnten am Untermain.



Das Städtische Krankenhaus in Aschaffenburg: Ab 1930 gibt es einen Kindertrakt

Darüber soll nicht vergessen werden die Zeit vor der Erbauung des jetzigen Gebäude-Jubilars am Hasenkopf, in der auch im alten Städtischen Krankenhaus in der Lamprechtstraße kranke Kinder betreut worden sind. Dieses, im Jahre 1824 gegründet, umfasste allerdings noch bis weit in das 20. Jahrhundert hinein keine spezielle Kinderabteilung. Erst ab etwa 1930 taucht dieser Begriff in einer Denkschrift der Stadt Aschaffenburg zur Erweiterung des Städtischen Krankenhauses auf. Im Zweiten Weltkrieg sollte der „Kindertrakt“ weitgehend zerstört werden. Die damaligen Stadtväter gaben dem Wiederaufbau bald nach Kriegsende Priorität, denn bereits im Dezember 1945 war er wieder bezugsfertig.

Die Behandlung kranker Kinder erfolgte damals durch die Ärzte der internen und chirurgischen Abteilung, von Kinderärzten ist zumindest in den Akten keine Rede. Dieser unbefriedigende Zustand wurde von der Stadt gebessert, indem der „Kinderfacharzt“ Dr. Karl Weipert zunächst als „Gastarzt“ ab dem 24. Januar 1949 zur Betreuung der Säuglingsabteilung berufen wurde – allerdings ohne Vergütung von Seiten der Stadt (*Sitzungsprotokoll der Stadt, Krankenhausausschuss, 24. 1. 1949*). Man muss an die damaligen



Die neu gebaute Kinderklinik am Hasenkopf

Schwierigkeiten denken. Nicht ohne Stolz wurde in der lokalen Presse im November 1957 berichtet, die Arbeitszeit der Krankenschwestern sei seit April 1956 von 60 auf 54 Wochenstunden herabgesetzt worden (*Main-Echo, 8. 11. 1957*). Weipert wirbt bereits 1956 für die Impfung gegen Kinderlähmung.

Die Kinderabteilung wird während der 50-er Jahre erweitert, trotzdem ist sie alsbald wieder überfüllt. Zur Lösung des Dauerproblems macht nun der Stadtrat „Nägeln mit Köpfen“. In einer recht hitzigen Ratssitzung wird am 7. Oktober 1958 der Beschluss gefasst, zwischen Godels- und Büchelberg eine neue Kinderklinik zu errichten. Der Kostenvoranschlag beträgt reichlich 4,5 Millionen DM und umfasst Grundstück, Erschließungskosten, Bau und Einrichtung der Klinik. Selbst Belange des Luftschutzes werden in der Planung erörtert (*Volksblatt, 7. 7. 1959*). Nach zweijähriger Bauzeit wird die Klinik am 12. Januar 1962 eröffnet, sie enthält 120 Betten in 6 Abteilungen. Zum ersten

Die Kinderklinik liegt inmitten von Baumäckern und Wiesen. Rechts das „Rote Haus“, das Wohnheim für die Schwesternschülerinnen



Foto links: Stadt- und Stiftsarchiv, weitere: privat



Gut eingepackt geht's an die frische Luft: Schwester Hedwig (rechts) und Stationshilfe Gusti mit Kindern

Chefarzt der neuerbauten Klinik wird der langjährige „Gastarzt“ aus dem alten Krankenhaus, Dr. Karl Weipert, bestellt. Die Schwesternschaft stellt zunächst mehrheitlich das Bayerische Rote Kreuz, noch im Eröffnungsjahr wird die Stelle einer Kindergärtnerin geschaffen.

Dr. Weipert sollte nur eine kurze Amtszeit beschieden sein, denn er erkrankte schwer, so dass der damalige Oberarzt Dr. Oskar Margraf ab April 1965 bis Dezember 1966 mit der Wahrnehmung der Chefarztstelle beauftragt wurde. In die Zeit seines Kommissariates fällt die Gründung der Kinderkrankenpflegeschule im Oktober 1966, die er noch bis zum Jahre 1986 als Lehrer begleiten sollte.

Das Interregnum wurde mit der Wahl von Professor Dr. Franz Schmid, dem Oberarzt der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg, zum Chefarzt in Aschaffenburg beendet. Schmid war Herausgeber des Handbuchs der Kinderheilkunde, besonders sachkundig in der Röntgenologie und in der Behandlung von Kindern mit Down-Syndrom. Vielfache wissenschaftliche Auszeichnungen erhielt er. Sein Steckpferd ist die Zelltherapie gewesen.

Unter Schmid's Leitung stieg die Zahl der stationär in der Klinik behandelten Kinder von 1100 bei Gründung der Kinderklinik auf 2800 im Jahre 1984 bei einer Verweildauer von durchschnittlich 6 Tagen. Der Personalstand hatte sich bereits im Jahre 1973 auf 51 Pflegekräfte und 10 Ärzte erhöht (*Stadtrat, Sitzungsprotokoll Hauptsanat, 8.1. 1973*). Angehörige schwerkranker Kinder können ab Mitte der 70-er Jahre mit ihrem Kind in der Klinik übernachten. Mit Ablauf März 1985 trat Schmid aus Altersgründen in den Ruhestand und die Kinderärztin Dr. Christa Steenpaß, Oberärztin der Klinik, wurde bis zur Neubesetzung der Chefarztposition mit der Leitung der Kinderklinik beauftragt. Als Schülerin von Schmid widmete sie sich ebenfalls der Zelltherapie und baute ein Zentrum für juvenile Diabetiker auf.

Am 1. Dezember 1985 trat Professor Dr. Markwart Gabriel, Oberarzt der Universitäts-Kinderklinik Göttingen, die Chefarztstelle in Aschaffenburg an. Seine Arbeitsschwerpunkte lagen in der Neonatologie und Neuropädiatrie. Unter seiner Leitung erfolgte eine Gebäudesanierung der in die Jahre gekommenen Kinderklinik



Der langjährige Leiter der Kinderklinik, Prof. Dr. Fanz Schmid, mit Patientinnen

mit massivem Umbau; nur die Außenmauern sind damals stehen geblieben (*Main-Echo, 12. 1. 1990*). Die Sanierung war im Oktober 1992 abgeschlossen, der Kostenpunkt betrug 20,8 Millionen DM (*Main-Echo, 16. 10. 1992*).

Gabriel förderte den vom damaligen Chefarzt der Frauenklinik, Professor Dr. Eberhard Strobel, inaugurierten Plan, eine Hebammenschule am Klinikum Aschaffenburg zu gründen, somit die Voraussetzung schaffend für die Anerkennung als Perinatalzentrum. Zu Ende der Amtstätigkeit Gabriels wurden jährlich 5600 Patienten stationär betreut, wobei die durchschnittliche Liegezeit nur noch 4 bis 4,5 Tage betrug. Mit Bedenken sah Gabriel die zunehmende Ökonomisierung der Medizin. Mit dem 60. Lebensjahr schied Gabriel auf eigenen Wunsch am 30. September 2006 aus dem aktiven Dienst der Kinderklinik aus.

Prof. Dr. Dr. Peter Brunner

### Quellen für Abbildungen und Daten:

- Sitzungsniederschriften des Stadtrates Aschaffenburg,
- Akten aus dem Stadt- und Stiftsarchiv Aschaffenburg,
- Denkschrift zur Erweiterung des Stadtkrankenhauses zu Aschaffenburg im Jahr 1930,
- Bayer, Dr. Josef: Bericht über das Städtische Krankenhaus Aschaffenburg für die Jahre 1912 und 1913. Aschaffenburg 1914
- Privatarchive der Chefarzte, Leitenden Ärzte und deren Familien

### Periodica:

- Aschaffener Volkszeitung, Aschaffener Zeitung, Beobachter am Main, Main-Echo,
- rezeptfrei, Journal für das Klinikum Aschaffenburg

## „Wir arbeiten als Team“ – die aktuellen Chefs

Für einen nahtlosen Übergang nach dem Abschied des Chefarztes Prof. Dr. Markwart Gabriel hatte bereits im Februar 2006 die Chefarztrunde und die Zweckverbandsversammlung den Leitenden Oberarzt, Dr. Christian Wieg, als Leitenden Arzt der neuen medizinisch eigenständigen Abteilung im Klinikum gewählt, der Abteilung für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin. Vom 1. Oktober 2006 bis zum 31. Dezember 2006 leitete Dr. Wieg als kommissarischer Chefarzt die gesamte Kinderklinik. Wieg, 53 Jahre, hatte sein Medizin-Studium in Hamburg absolviert, ebenso die Facharzt-Ausbildung der Pädiatrie und die Schwerpunktausbildung der Neonatologie.

Er war in den Jahren 1992 bis 2000 Oberarzt in der Kinderklinik Hanau und von 2000 bis 2006 Leitender Oberarzt der Kinderklinik Aschaffenburg. Kurzzeitig nahm Wieg eine Berufung zum Chefarzt der Kinderklinik in Witten an, bevor er im Oktober 2006 die Rückberufung nach Aschaffenburg erhielt. Fachliche Schwerpunkte sind die Neonatologie, päd. Intensivmedizin, Kinderkardiologie, Endokrinologie. Mitarbeit: Gesellschaft für Neonatologie und päd. Intensivmedizin. Zum Januar 2007 wurde Privatdozent Dr. Jörg Klepper Chefarzt der Kinderklinik. Das Konstrukt einer eigenständigen Abteilung innerhalb der Kinderklinik blieb erhalten. Klepper, 47 Jahre, hatte in Frankfurt und

Würzburg Medizin studiert. Auslandsaufenthalte führten ihn in die Schweiz und nach Großbritannien. Die pädiatrische Facharzt-Ausbildung absolvierte Klepper in Würzburg und Essen. Von 1997 bis 1999 schloss sich ein DFG-Stipendium an der Columbia University New York an. Seine Habilitation erstellte Klepper über den „GLUT1-Defekt“. Von 2002 bis 2007 war er Oberarzt und Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums der Universitäts-Kinderklinik in Essen, bis er nach Aschaffenburg wechselte. Medizinische Schwerpunkte: Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie, Epilepsie, ketogene Diät, Stoffwechsel- und syndromale Erkrankungen. Mitarbeit an Leitlinien der Gesellschaft für Neuropädiatrie. //

Gesundheit in besten Händen



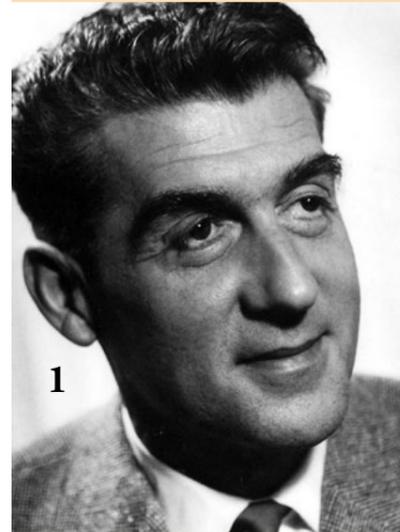
# SICHERE LEISTUNGEN FÜR IHR KIND!

Wir wollen, dass Ihr Kind gesund bleibt. Nutzen Sie die Vorteile der Gesundheitskasse: vom Kinderarztтарif über Vorsorgeuntersuchungen bis zum Familienpaket – mit vielen Zusatznutzen. Weitere Infos unter [www.aok.de/bayern](http://www.aok.de/bayern)



## Ärztliche Leiter der Kinderklinik

Eine Vielzahl von Kinderärzten war in 50 Jahren mit der Behandlung der kleinen Patienten befasst. Entscheidend für die medizinische Schwerpunktsetzung und prägend bei Organisation, Ausrichtung und Qualität sind die Ärzte an der Spitze. Hier eine Übersicht über die ärztlichen Leiter und Chefarzte der Kinderklinik in den vergangenen 50 Jahren.



1

Foto: privat

**Dr. Karl Weipert (1)**, geb. 3. Juni 1910 in Schöllkrippen, verst. 4. Juli 1966 in Aschaffenburg. Er leitete vom 1. Juli 1949 bis 31. Dezember 1961 die Kinderabteilung des Stadtkrankenhauses in der Lamprechtstraße im Nebenamt. Vom 1. Januar 1962 bis zu seinem Tod war Weipert Chefarzt der neu erbauten Kinderklinik am Hasenkopf.

**Dr. Oskar Margraf (2)**, geb. 8. August 1919 in Nürnberg, gest. 20. Juni 2004 in Aschaffenburg. Wegen Erkrankung von Weipert leitete Margraf ab 26. April 1965 bis 31. Dezember 1966 die Kinderklinik kommissarisch.

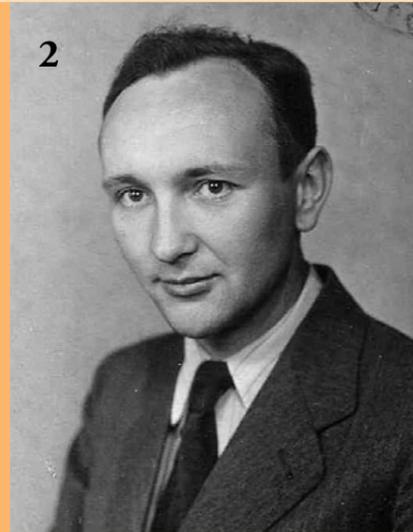
**Prof. Dr. Franz Schmid (3)**, geb. 13. März 1920 in Lauterbach/Sud., gest. am 31. März 1985 in Aschaffenburg, Chefarzt vom 1. Januar 1967 bis 31. März 1985

**Dr. Christa Steenpaß (4)**, geb. 19. Januar 1951 in Nürnberg, vom 1. April 1985 bis 30. November 1985 kommissarische Leitung der Kinderklinik

**Prof. Dr. Markwart Gabriel (5)**, geb. 16. September 1946 in Bayreuth, Chefarzt vom 1. Dezember 1985 bis 30. September 2006

**Dr. Christian Wieg (6)**, geb. 16. Juni 1959 in Hamburg, vom 1. Oktober 2006 bis 31. Dezember 2006 kommissarischer Leiter der Kinderklinik, heute Leitender Arzt der Abteilung Neonatologie und päd. Intensivmedizin

**Prof. Dr. Jörg Klepper (7)**, geb. 19. Januar 1965 in Frankfurt a.M., ab 1. Januar 2007 bis heute Chefarzt der Kinderklinik.



2

Foto: Stadt- und Stiftsarchiv



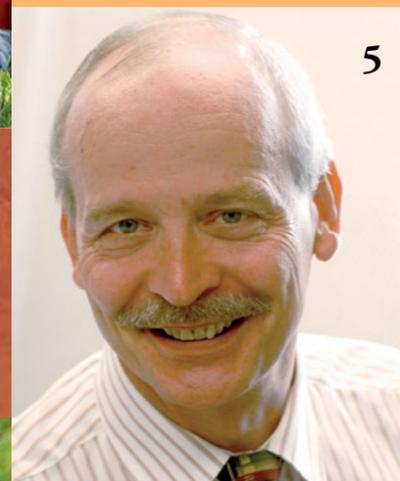
3

Foto: privat



4

Foto: privat



5



6

3 Fotos: bf



7

# Anfänge der Kinderkrankenpflege: Bonbons inklusive

Neben den Kinderärzten gehören auch Kinderkrankenschwestern unverzichtbar zum Team. Um stets qualifizierten Nachwuchszu finden, entstanden schon bald Pläne, diesen selbst auszubilden. Über die Anfänge der Berufsfachschule für Kinderkrankenpflege berichtet Schulleiterin Mechthild Löwenstein.

Am 1. Oktober 1966 kurz nach Inkrafttreten des 2. Krankenpflegegesetzes in der Bundesrepublik Deutschland gründete Oberin Schwester Ruth Schriever mit Unterstützung von Oberarzt Dr. Oskar Margraf die Kinderkrankenpflegeschule am Hasenkopf. Die dreijährige Ausbildung der Schülerinnen begann mit einem vierwöchigen Praxiseinsatz auf den Stationen, wo sie zunächst lernten, wie ein Bett sauber und faltenfrei zu beziehen ist. Danach schloss sich obligatorisch der sogenannte Einführungsblock an. Den theoretischen Unterricht von insgesamt 1200 Stunden übernahmen Ärzte aus der Kinderklinik, Apotheker, Lehrer allgemeinbildender Schulen und die Verwaltungsleiter. Oberarzt Dr. Margraf, liebevoll „Oskar“ genannt, brachte zu seinem Unterricht mindestens zehn Bücher mit, um den Schülerinnen eindrücklich zu demonstrieren, wo sie das notwendige Fachwissen nachlesen können. Für den Verwaltungsleiter Herrn Junker stellte Sr. Ruth Schriever sehr zu ihrem Leidwesen einen Aschenbecher bereit. Rauchen war auch zu dieser Zeit im Unterricht nicht gestattet, jedoch üblich. Den ersten Anatomieunterricht übernahm Herr Dr. Actasch, bis er leider kurz vor den Examenprüfungen in die Türkei zum

Wehrdienst abberufen wurde. Auch der Chefarzt und ärztliche Schulleiter, Prof. Dr. Franz Schmid, gab regelmäßig Unterricht und interessierte sich für das Wohlergehen der Schülerinnen. Alle Schülerinnen wohnten in Zweibettzimmern im benachbarten Wohnheim. Dort genossen sie Vollverpflegung und intensive Betreuung durch die Schulleitung. Nachdem damals erst mit 21 Jahren die Volljährigkeit erreicht war, mussten alle pünktlich um 22 Uhr in ihren Zimmern sein. Die zuverlässige Kontrolle versüßte Schwester Ruth Schriever mit Bonbons. Das Zusammenleben zeigte einen ausgeprägten Internatscharakter, bei dem viele geplante und spontane Feten heute noch in guter Erinnerung vieler Kinderkrankenschwestern sind. Sr. Ruth Schriever hatte vielfältige Aufgaben als Schulleitung und Klinikleitung. Doch noch heute denkt sie, nach eigener Aussage, gerne an die schöne Zeit zurück, in der ihr die Arbeit mit Schülerinnen immer Spaß bereitet hat.

*Mechthild Löwenstein  
Schulleitung der BFS für Krankenpflege und  
BFS für Kinderkrankenpflege*



Das erste Examen fand drei Jahre nach Gründung der Schule statt, rechts: Ausschnitt aus Volksblatt, 23. 8. 1969

## Erneuter Erfolg für die Kinderklinik Alle 19 Schülerinnen bestanden Examen



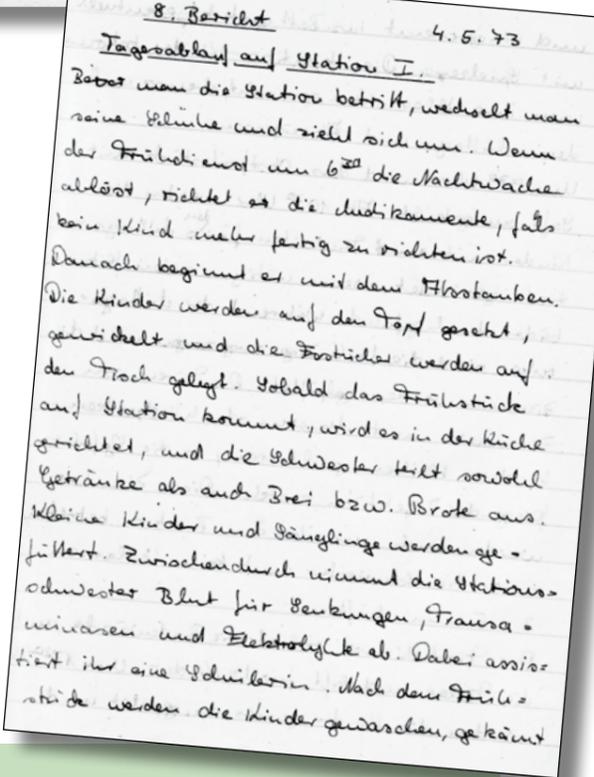
Wie schon im Vorjahr dürfen die Verantwortlichen der Berufsfachschule für Kinderkrankenpflege in der Kinderklinik stolz auf die diesjährigen Examenresultate sein: Zweimal die Note eins, dreizehnmal die Note zwei und viermal die Note drei. Mit diesem Ergebnis, das weit über dem Landesdurchschnitt liegt, waren die 19 zukünftigen Schülerinnen können ab 1. Oktober 1978 als Kinderkrankenschwestern schon einen Arbeitsplatz gefunden haben. Sieben der exzellenten Schülerinnen können als 1. Oktober 1978 als Kinderkrankenschwestern schon einen Arbeitsplatz gefunden haben. Sieben der exzellenten Schülerinnen können als 1. Oktober 1978 als Kinderkrankenschwestern schon einen Arbeitsplatz gefunden haben. Sieben der exzellenten Schülerinnen können als 1. Oktober 1978 als Kinderkrankenschwestern schon einen Arbeitsplatz gefunden haben.

links oben: Main-Echo-Meldung aus dem Jahr 1978

rechts: Berichtsheft von Schülerin Erika Schlett



Das Foto zeigt ein Kind im Krankenhausbett.



## Märchenhaft: Eine Geschichte aus uralten Zeiten

### Liebe Kinder!

Ihr seid heute alle so schön versammelt und deshalb möchte ich Euch eine Geschichte erzählen. Es war einmal eine Schar von jungen, hübschen Mägdelein. Die kamen aus kleinen, putzigen Dörfern und großen, weiten Städten. Eines Tages aber hielten sie es zu Hause nicht mehr aus, und sie zogen ans Ende der Welt. Hinaus vor die Stadt auf einen hohen Berg. Dort wohnten sie in einem großen, roten Haus mit vielen blankgeputzten Fenstern. Sehr bald hatten sie sich alle lieb und waren miteinander glücklich und zufrieden. Sie tanzten, lachten, sangen und tranken viel und regelmäßig bis spät in die dunkle Nacht hinein. Dabei vergrämten sie sich manch arme Seele. Man hörte ihren lieblichen Gesang von Weitem über den Berg schallen und alle freuten sich darüber. Früh morgens beim ersten Hahnenschrei gingen sie über die Straße in das andere große, rote Haus, in dem viele kranke Kinder lagen. In diesem Haus arbeiteten viele Leute, die den Kindern helfen wollten. Männer und Frauen mit langen, wallenden Gewändern waren immer gleich zur Stelle, wenn sie gebraucht wurden. Der Herrscher über diese weiße Schar war ein großer, weißer Riese, der alles konnte, der alles wusste und vor allem nie die Ruhe verlor. Und weil diese Leute die ganze Arbeit nicht mehr bewältigen konnten, halfen die fleißigen Mägdelein einen Teil der Arbeit zu putzen und spülen. Sie schrieben Berichte und machten außerdem noch viele schöne Sachen.

Aber was glaubt Ihr, wenn sie einmal nicht aufgepasst und etwas verkehrt gemacht hatten... Dann, ja dann kamen die großen, weißen Frauen zusammen und hielten Rat, wie sie das wohl ändern könnten, damit es den Mägdelein nicht zu wohl ergehe. Unter diesen weißen Frauen war auch noch eine gute Fee, die aber auch sehr oft ihre liebe Not mit den Mägdelein hatte. Sie musste die ganze Schar unter eine Haube bringen. Nachschauen, ob sie im Bett lagen und auch regelmäßig zum Essen gingen. Dort an den langen, weiß gedeckten Tischen. Denn sie sollten ja bei Kräften bleiben, um eines Tages die Probe zu bestehen.

Wie im Flug verging nun die Zeit. Es wurde Frühling, es wurde Sommer und schließlich kam der Herbst. Die Mägdelein lernten von Tag zu Tag mehr. Und als in die Köpfe, die am Anfang ziemlich leer waren, nichts mehr hineinging, machten sie ihre Prüfung. Trotz aller Widerwärtigkeiten bestanden alle die Probe.

Und nun gingen sie frohen Mutes aus dem großen, roten Haus hinaus in die große, weite Welt, um sich den Wind um die Nase wehen zu lassen.

Und sicher nahmen sie viele schöne Erinnerungen mit und werden oft an die Zeit in dem großen, roten Haus zurückdenken. Aber es kamen andere Mädchen und es werden noch viele andere kommen. Sie alle werden das gleiche Märchen erleben ...

(verfasst Ruth Schriever, ab Januar 1964 Oberin, Schulgründerin)

## Info-Splitter : „So war's früher“

Als die neue Kinderklinik eröffnet wird, gilt sie als höchst modern. Natürlich waren hier auch Küche, Milchküche und Funktionsräume wie Labor und Röntgenraum untergebracht: Schließlich stand die Klinik allein auf weiter Flur. Mitarbeiter erinnern sich an eine Zeit, an Begebenheiten und an Methoden, die heute mit Distanz betrachtet werden.

### Das Gebäude

**Maria Pohl, Stationshilfe :** Am 6. Februar 1962 war mein erster Arbeitstag. Die Stationen 1, 2 und 3 waren schon in Betrieb. Später wurden dann auch 4, 5 und zuletzt die 6 in Betrieb genommen. Auf dem Parkplatz vor der Kinderklinik landete hin und wieder ein Hubschrauber. Im Jahr 1986 brachte er den bayerischen Ministerpräsidenten Franz Josef Strauß zur Grundsteinlegung für den Bau des Klinikums.

**Wolfgang Lutz, Werkstattleiter:** Von 1965 bis 1976 wohnte ich mit meiner Familie in der Hausmeisterwohnung, die im Untergeschoss direkt in die Kinderklinik führte. Es gibt noch heute einen Tunnel von der Heizzentrale der Kinderklinik zum Schülerinnenwohnheim. Unter der Treppe – jetzt Päd. 4 – lag ein Kiosk. Zu Pausenzeiten konnte das Personal Getränke und Eis kaufen.

### Erika Schlett, Kinderkrankenschwester:

Ich arbeite seit 1971 am Hasenkopf. Eine Raumübersicht: Im Erdgeschoss lagen die Ambulanz mit Aufnahme, mit den Dienstzimmern des Chefarztes, des Oberarztes und der Oberin. Dazu kamen das Labor mit Röntgen- und Durchleuchtungsraum, Kindergarten, Krankengymnastikraum, EEG sowie Arztzimmer und Kapelle, in der Sonntagsmessen und Tauffeiern stattfanden. Im 1. Stock lagen die Stationen 1, die Infektionsstation, und 4, die Station für Säuglinge und Krabbelkinder. Im 2. Stock befanden sich die Station 2, Schulkinder, und 5, die Neugeborenen-Station.

Im 3. Stock schließlich fand man Station 3 für Klein- und Kindergartenkinder sowie Station 6, die Frühgeburten-Station.

Das Untergeschoss beherbergte die Küche und drei Personal-Casinos, nämlich den Speiseraum für Ärzte und Verwaltung, dort wurden die Speisen serviert. Hier stand auch ein Kühlschrank mit Vesperplatte für den Dienstarzt. Es gab den Speiseraum für Schwestern und Schülerinnen und den dritten Speiseraum für Hausmeister und Stationshilfen. Ferner waren hier untergebracht: die Küche – für Patienten und Personal wurde sehr gutes Essen gekocht – dazu ein Lagerraum, zwei Kühlhäuser, eine Gemüseputzküche und die Spülküche. Dazu kamen die Milchküche mit Aufenthaltsraum, mit reinem und unreinem Raum sowie Lager und Technikräume. Es gab die Wäscherei mit Mangel- und Nähzimmer, die Apotheke und die Treppe zur Hausmeisterwohnung. „Die Kalte Villa“ nannten wir die Leichenkammer; sie war kahl und trist und nur über die Außenrampe zu erreichen.

Sämtlicher Klinikbedarf wurde von den Hausmeistern mit dem Klinikbus vom Haupthaus in der Stadt angeliefert. Am Hasenkopf stand nur der Bau der Klinik mit Parkplatz, Hof und Garage und

das „Rote Haus“, das Wohnhaus für Schülerinnen und Schwestern.

### Die Ausstattung

**Wolfgang Lutz:** In den 70-er Jahren haben wir in der Werkstatt fünf Quarzlampen zusammengeschweißt und geschraubt für die Phototherapie. Für die Sauerstoffflaschen waren die fahrbaren Teile auch von uns verschweißt. In Zusammenarbeit mit der Fa. Dräger haben wir Mitte der 70-er ein fahrbares Beatmungsgerät mit Druckluft und O<sub>2</sub> zusammengebaut.

**Irmgard Wombacher, Kinderkrankenschwester:** Täglich hatten wir 200 Fläschchen zu richten, nur für die Station 6. Für das gesamte Haus, auch die Neugeborenenzimmer, waren das täglich 350 Flaschen. Muttermilch wurde abgekocht!

Es gab in der Milchküche zwei Vollzeit-Schwestern und eine Stationshilfe. Gespült wurde in einer halbautomatischen Spülmaschine. Die Flaschen mussten dreimal gespült werden, dazu die Metalldeckel und Nummernringe bis 100. Es gab drei Sterilisatoren in der Milchküche. Im Spätdienst wurden 50 Liter Wasser gekocht, um morgens Milchnahrungen und Breie anzurühren. Für Gemüsebreie wurden auch Einbrennen gemacht.

**Traudl Gröger:** Auf der Infektionsstation hatten alle Zimmer Schleusen, Bad, Toilette und Codex (Urinflaschen- und Topfspüler). Auf Station 2 und 3 gab es nur im unreinen Raum einen

### Erinnert haben sich:

- Maria Pohl:** Stationshilfe von 1962 bis zum Renteneintritt  
**Wolfgang Lutz:** Werkstattleiter Kinderklinik, ab 2000 bis 2003  
 Technischer Leiter für das Klinikum  
**Brigitte Aulbach,** Kinderkrankenschwester von 1968 bis 1980, früher Station 4  
**Erika Schlett,** Kinderkrankenschwester seit 1975, seit 1971 Kinderklinik am Hasenkopf, früher Station 3, jetzt EEG  
**Irmgard Wombacher,** Kinderkrankenschwester, von April 1964 bis zum Renteneintritt 2005, Einsatzort Milchküche  
**Barbara Rückert,** Kinderkrankenschwester, seit 1969 im Haus bis zum Antritt der Altersteilzeit in 2012  
**Traudl Gröger,** Kinderkrankenschwester seit 1977, ehemalige Infektionsstation 1, jetzt Päd 4/6  
**Annelore Bernburg,** Kinderkrankenschwester, 1969 zunächst Frühgeborenen-Station 6, danach Chefambulanz bis 1986.



Fotos: privat

Fein gemacht für die Besuchszeit: Kinder im Laufstall auf Station 3

Codex. Kinder hatten keine eigene Wäsche. Waschmaschine, Trockner und Bügeleisen waren auf Station. Die Windelpakete mit allen Ausscheidungen wurden in speziellen Eimern mit Lösung gesammelt und nach bestimmter Zeit komplett in die Waschmaschine geschüttet. Es gab eine zentrale Abhöranlage für jedes Zimmer. So wurden wir als Schülerinnen oft bei der Arbeit überwacht.

### Rund um das Personal:

**Maria Pohl:** Die erste Oberin vom Bayerischen Roten Kreuz hieß Schwester Caritas, sie war sehr streng. Sie fuhr einen dunkelblauen Porsche und hatte als ständigen Begleiter einen rothaarigen Dackel.  
**Wolfgang Lutz:** Mit meinen Kollegen teilte ich mir viele Fahrdienste. Wir transportierten zum Beispiel Milchflaschen und Apothekenmaterial von und zum Krankenhaus. Zudem holten wir Schülerinnen und Vorschülerinnen ab. Am Sonntag sammelten wir vor Dienstbeginn um 6 Uhr von Großostheim bis Johannesberg auch Schwestern und Reinigungspersonal ein, da kaum jemand ein Auto hatte und keine öffentlichen Verkehrsmittel fuhren.

**Erika Schlett:** Zum Januar 1983 gab es für die gesamte Kinderklinik 37 Planstellen bei 120 Betten auf 6 Stationen. Die Wochenarbeitszeit betrug 45, später 42 Stunden in Teildienst. Es gab keine Dienstpläne oder geplantes Frei. Der Nachtdienst dauerte von 19.30 Uhr bis 6 Uhr; meist hatte man 10 oder 14 Nächte hintereinander zu leisten.

**Barbara Rückert:** Jede Station hatte ihre eigene Putzkraft in Vollzeit. Nachts war nur ein Arzt für das gesamte Haus zuständig. Ab 1974 wurden die ersten Arztpiepser getestet, vorher nur Telefon-suche. Zu Prof. Schmid's Zeiten waren öfter „Festchen“ angesagt, Fasching, Sommerfest, Modenschau, Examenfeier... Die Küche sorgte für das leibliche Wohl. Es wurden lustige Aufführungen gemacht. Wenn Professor Schmid „Wir lagen vor Madagaskar“ anstimmte, befand sich die Stimmung auf dem Höhepunkt.

### Kleine Patienten – und wie sie behandelt wurden

**Barbara Rückert:** Bei Aufnahme wurden alle Kinder, egal wie alt und krank, ausgezogen, gebadet und mit klinikeigener Wäsche bekleidet. Alles war genäht in der Nähstube von Frau Fischer.

**Erika Schlett:** Die durchschnittliche Verweildauer unserer Patienten lag in den 70-er Jahren bei 18 Tagen. Zwei Drittel der Kinder waren aus der Türkei, Italien u.a. Die Patientenakten und -kurven wurden nur von der Stationschwester geführt. In den Einheiten gab es Blöcke oder Hefte zum Eintragen von Temperatur, Puls und Stuhlgang. Alle Kinder wurden nachts aus Sicherheitsgründen zum Schlafen an allen Extremitäten mit Wickelbändern fixiert. Pampers gab es ab 1978, anfangs durften sie nur am Wochenende genutzt werden!

**Brigitte Aulbach:** Stationschwester Johanna war sehr bewandert in physikalischen Therapien. Bei Bronchitis wurden Senfwickel angelegt, ohne Wissen des Stationsarztes, der nichts von solchen Hausmitteln hielt. Kalte Abgussbäder waren an der Tagesordnung. Zum Mittagsschlaf wurden alle Kinder in Freiluft gelegt – Winter wie Sommer. Nahezu jedes zweite Kind wurde damals wegen Subduralhämatom mehrmals an der Fontanelle punktiert.



Dokumentationen und Schriftverkehr – Schwester Annelore in der Chefambulanz

**Traudl Gröger:** Auf der Infektionsstation hatten wir Kinder vor allem mit Hepatitis, Pertussis, Meningitis, Salmonellen, TBC, Masern, Windpocken. Vor allem die Hepatitis-Kinder sind mir in Erinnerung, da sie oft über Monate im Zimmer isoliert waren und mit Leberwickeln, strenger Diät und Karlsbader Salz behandelt, heute denke ich, gequält wurden.

**Annelore Bernburg:** In der Chefambulanz von Prof. Dr. Schmid gab es nicht nur sogenannte normale Erkrankungen von Kindern. Die Patienten waren Behinderte mit Down-Syndrom, frühkindlichen Hirnschäden, auch Erwachsene und Jugendliche mit MS oder Friedreich'schen Ataxien. Patienten und auch Gastärzte kamen aus England, Irland, Griechenland, Schweiz, Belgien, Israel und Australien, Canada, USA, Indien.

**Barbara Rückert:** Es gab keine Monitore oder Perfusoren. Die Infusionen liefen über Tropfsystem aus einer Flasche über eine „starre Nadel“, die mit Gips am Kopf des Kindes befestigt war. Mit dem Stethoskop wurde der Puls bei Bedarf gezählt und die Atmung „per Sicht“ eingestellt. Blutdruckmessung gab es nicht. Blutgasanalyse und Blutzucker wurden vom Labor bestimmt. Leistenbrüche wurden mit Bruchband (speziell Krawattenknoten) fixiert, Nabelbruch mit Leukoplast im Dachziegelverbund. In den

Zimmern hingen UV-Lampen, die zur Decke hin strahlten. Sie dienten zur Desinfektion und Keimreduzierung.

#### Besuchszeiten

**Maria Pohl:** Zu den Besuchszeiten – Mittwoch und Sonntag von 15 bis 16 Uhr – brachte ein Stadtbus die Eltern vom Hauptbahnhof zur Kinderklinik, parkte dort vor Station 1. Der Busfahrer trank mit den Schwestern einen Kaffee und fuhr um 16 Uhr wieder zurück in die Stadt. Die Eltern durften ihre Kinder nur über den Balkon oder durch ein Fenster in der Türe sehen.

**Barbara Rückert:** Säuglinge, die Besuch hatten, wurden an das Fenster geschoben. Auskunft gab die Stationschwester durch ein kleines Türchen in der Glasscheibe am Schreibtisch.

**Brigitte Aulbach:** Die Kinder wurden für die Besuchszeit mit bestickten Schürzchen hergerichtet und mit dem Kissen in eine Ecke des Bettes gesetzt, besser mit einem Wickelband gebunden.

**Erika Schlett:** Ab Ende 1978 durften die Eltern täglich – außer am Montag – zur Besuchszeit für eine Stunde zu den Kindern in die Zimmer. Dazu mussten sie Schutzkittel und Schuhüberzieher überstreifen. Bei Patienten, die wochen- oder monatelang stationär lagen, gab es auch schon davor Ausnahmen unter Einhaltung strenger hygienischer Maßnahmen. Erst AKIK – das Aktionsko-



Foto: privat

Blutabnahme: Ohne Eltern fühlen sich Kinder dem Klinikalltag ausgeliefert. Seit 1978 gibt es tägliche Besuchszeit und seit den Achtziger Jahren Rooming-In

mitee Kind im Krankenhaus – eine Elternvereinigung, 1968 in Frankfurt gegründet, setzte sich für regelmäßige Besuchszeiten, unbegrenzte Anwesenheit eines Elternteiles am Tag und zuletzt rund um die Uhr ein.

In der Kinderklinik gab es Rooming-In ab ca. 1980 vereinzelt. Ab 1982 wurden die Stationen 5 und 6 vereint und die alte Station 5 wurde als Eltern-Kind-Station an Station 2 angeschlossen. red

## Schwieriger Lebensbeginn: Frühgeborene

Kinder, die zu früh geboren werden, bedürfen besonderer, höchst kundiger Fürsorge. Das galt auch schon in den Siebziger Jahren. Die medizinische Behandlung freilich steckte noch in den Kinderschuhen. Lesen Sie, was damals anders war.

Im Oktober 1975 kam ich als frisch examinierte Kinderkrankenschwester auf unsere damalige Frühgeborenenstation. Insgesamt 8 Schwestern versorgten rund 18 bis 20 Frühgeborene, die ab der 28. Schwangerschaftswoche zur Welt gekommen waren.

Wir hatten sechs Inkubatoren, Wärmebettchen und Nestchen. Die Kinder wurden uns aus den umliegenden Geburtskliniken, ohne einen Abholdienst mit Arzt und Schwester, zuverlegt. Unsere Arbeit bestand überwiegend aus füttern (alle zwei bis drei Stunden) und wickeln. Besonders gut mussten wir die kleinen Patienten nach dem klinischen Aussehen beurteilen: Wir hatten ja keinerlei Überwachungsmonitore.

Als Infusionen gab es Glucoselösung, die mit zwei Tropfen pro Minute über zwei Tage hinweg langsam eintropfte. Die Tropfenzahl wurde mit der Uhr ausgezählt, Perfusoren gab es noch nicht. Kinder, die während der Geburt an Sauerstoffmangel litten, bekamen einen sogenannten *Asphyxiotropf* (85ml Glucose 10%+15ml Natriumbikarbonat). Eine Blutgasanalyse konnte nur im Labor gemacht werden.

Aufgabe von uns Schwestern war die Assistenz beim Blutaustausch, den wir damals sehr oft durchführen mussten.

Anleitung in der Pflege ihres Kindes konnten wir den Eltern nicht geben, da sie ihr Kind nur zweimal die Woche durch die Fensterscheibe sehen konnten. Eine Mutter hatte ihr Kind oft erst nach etwa acht Wochen zum ersten Mal im Arm.

Das Betreten der Station war nur über eine Schleuse möglich, in der Kleidung und Schuhe gewechselt wurden. Pflegedokumentation und Kurvenführung waren Aufgabe der Stationsleitung.



Foto: privat

Blutaustausch, eine häufige Maßnahme, im Bild Dr. Margraf mit Schwester

1978 begannen die Kinderärzte Dr. Ringert und Dr. Friedrichs mit der maschinellen Beatmung beim Frühgeborenen. Unser erstes Beatmungsgerät war der Spiromat, eine große Maschine, die das halbe Zimmer ausfüllte. Es folgte der Baby-Bird und die Pulmarca-Box, eine Atemhilfe mit kontinuierlich negativem Druck.

1980/81 wurde unter der Leitung von Dr. Ronald Schmid unsere Station erweitert und umgebaut. Erstmals war der Anfang einer Frühchenintensiv-Station gegeben. Wir bekamen sechs Beatmungsplätze mit Babylog und Überwachungsmonitore.

1985 mit dem Antritt von Chefarzt Prof. Dr. Gabriel wurde unsere Intensivstation weiter auf den damals neuesten Stand gebracht. Weitere Beatmungsplätze folgten, dazu neue Geräte wie Pulsoximeter, Blutdruckmessgerät, Transoxode, später die Transkapnode zur pCo<sub>2</sub>-Messung.

Unser Stellenplan wurde erhöht. Dazu kamen mehrere neue Schwestern mit Intensivverfahren zur Hilfe.

Nach der Sanierung der gesamten Kinderklinik im Jahre 1992 zogen wir vom 3. Stock ins Kellergeschoss in eine schöne, neugestaltete Frühgeborenen-Station mit pädiatrischer Intensivstation. Die erneute Modernisierung im Jahr 2011 ist nur ein äußeres Zeichen für eine nachhaltige medizinische Entwicklung in der Frühgeborenen-Behandlung. Bis heute entwickelt sich die Station immer wieder nach dem neuesten Stand der Medizin weiter.

Barbara Theobald,  
Kinderkrankenschwester

E-Paper:  
Jetzt 2 Wochen  
GRATIS  
testen!

\* Ihre Zeitung ist da, wo Sie gerade sind!

Lesen Sie Ihre Tageszeitung auch online: kompakt, übersichtlich, komfortabel, umfangreiche Suchfunktionen, jeden Morgen ab 5 Uhr. Das neueste aus Ihrem Heimatort, aus der Region und der ganzen Welt.

Zeitungslesen so einfach wie noch nie. Unverzichtbar, um mitreden zu können.

[www.main-netz.de/service/abonnament](http://www.main-netz.de/service/abonnament)

Main Echo  
Bote vom Unterrhein  
Lohrer Echo  
Wertheimer Zeitung



Intensivbehandlung (undatiert) und Beatmungseinheit Baby-Coy: Der lange Weg zu einer adäquaten Frühgeborenen-Medizin

## Klinik-Familie: „Ich rieche noch die Düfte“

**Die Lage weitab am Rand der Stadt, die Selbstversorgung in Küche, Technik und Labor macht die Kinderklinik zu etwas Besonderem. Sie schweißt die Mitarbeiter zu einer Klinik-Familie zusammen. Ein Bericht aus Station 2.**

Die Küchenchefin Irene Balzer war Diätassistentin, eine Respektsperson, von der ich viel lernen durfte. Ihr zur Seite standen eine weitere Diätassistentin und eine Beiköchin, eine liebevolle Seele in der Küchenfamilie. Zu dieser „Familie“ zählten drei bis vier Frauen, die hier ihren festen Arbeitsplatz hatten, sowie fünf junge Mädchen, die ihr soziales Jahr leisteten und auf den Beginn der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester warteten.

Am 1. September 1974 startete ich hier meine „Klinik-Karriere“. Die erste Handlung war drei Eimer Kartoffel schälen, in der Gemüseküche. Jeden Morgen um 7 Uhr teilte die Chefkin die Arbeiten ein. Donnerstags gab es für die Breikostkinder immer frisch passiertes Hirn, das vorher von uns ordentlich gesäubert werden musste. Donnerstags den freien Tag vor dem Arbeitswochenende zu haben, war sehr beliebt. Streng wurde noch nach vielen Diätregeln gekocht. Es gab Nephrose I und II Diät, Leber I und II, Diabetikeressen und mehr, nicht nur für die Patienten, sondern auch für das Klinikpersonal.

festation eines *Diabetes mellitus* war es normal, dass der Patient vier bis sechs Wochen stationär war. Mittwochs und freitags war Einbestellungstag. Je nach Blutzuckerwerten wurden die Mädchen und Jungen, in einem Abstand von 4 bis 8 Wochen, für einen Tag aufgenommen. Den Urin brachten sie von zu Hause in einem Marmelade- oder Gurkenglas mit. Der Blutzucker wurde dreimal am Tag vom Labor bestimmt.

Viele Patienten waren zu Zeiten von Professor Dr. Franz Schmid Kinder, Jugendliche und zum Teil auch Erwachsene mit geistigen und körperlichen Behinderungen. Weit über Deutschland hinaus, hatte er sich einen Namen in der Frischzellentherapie gemacht. Für Eltern von Kindern mit Down-Syndrom, apallischem Syndrom und sonstigen schweren Behinderungen war die Kinderklinik letzte Hilfe und Anlaufstelle. Oft wohnten die begleitenden Eltern im Schülerinnen- oder Schwesternwohnheim.

Auch damals schon gab es psychisch kranke Kinder. Meine erste Patientin mit Anorexie betreute ich im Herbst 1978 als junge Schwester. Sie kam aus Frankfurt.

Eine strukturelle Explosion gab es am 12. Juli 1982. Was lange in verschiedenen Köpfen rumort hatte, wurde schnell und überraschend in die Praxis umgesetzt: Die Säuglingsstation wurde geschlossen, die Türen geöffnet, und eine große Station mit Rooming-In Zimmern eingerichtet. Wir Schwestern sind mit dem Hausmeister in den Keller des Schülerinnenwohnheimes gegangen und haben noch brauchbare Betten und zweitürige Holzkleiderschränke ausgesucht, um die Zimmer für die Eltern mit Kind herzurichten.

Das ehemalige große Arztzimmer wurde von uns Schwestern als Esszimmer für die Kinder eingerichtet. Wir haben die Wände mit großen Bildern bemalt.

Es war eine turbulente Zeit. Die Station war bunt gemischt. In einem Zimmer lag ein Neugeborenes in einem Inkubator mit Gelbsucht, und im Zimmer nebenan war eine junge Dame im Alter von 33 Jahren mit Down-Syndrom untergebracht.

Eine große „Familie“ eben, die sich etwa an einem Geburtstag im Schwesternzimmer ein Gläschen Sekt mit Kuchen gönnte. Auch saßen dann Patienten mit am Tisch. Gelegentlich zog sich ein Patient mit Down-Syndrom den Arztkittel mit Stethoskop an, spazierte herum und begrüßte die Eltern auf der Station.

Ich habe hier viele Menschen hinein- und hinausgehen sehen. Mit Unterbrechungen bin ich immer noch da. Ich bin nicht hinausgekommen in die große weite (Klinik-)Welt.

Und stellt Euch vor, ich habe nichts vermisst.

*Beate Willig,*

*Kinderkrankenschwester, Päd 2*



Auch Patienten feiern mit in der „Klinikfamilie“

Foto: privat

Wenn ich im Kellergeschoss an den Räumen, jetzt Päd 4/6, vorbeilaufe, dann rieche ich manchmal die Düfte von damals und sehe die riesigen Dampfkessel genau vor mir. Ich benutze den Personaleingang oft, wenn ich zum Dienst auf die Päd 2 gehe. Diese Bezeichnung Päd 2 gibt es seit der ersten Renovierung und dem Umbau im Jahr 1991. Vorher waren wir einfach Station 2, die mit Kindern von 6 bis 16 Jahren belegt war. Chirurgie und Urologie waren uns fremd, diese Patienten wurden im städtischen Krankenhaus in der Stadtmitte behandelt.

Unter den vielfältigen Krankheitsbildern sind Diabetiker und die Patienten mit Behinderungen zu erwähnen. Bei einer Erstmani-

## Im Labor der Kinderklinik:

Die Kinderklinik verfügte 1975 über 120 Betten, wir waren vier Laborantinnen. Das Labor war besetzt von 7.30 bis 18.30 Uhr mit anschließender Rufbereitschaft und am Wochenende in der Regel von 10 bis 13 Uhr. Selten musste man länger bleiben.

Um 7.30 Uhr warteten schon die Diabetes-Kinder vor der Tür auf die Blutzuckerabnahme, die wir auch schnell bestimmen mussten. Danach erst gab es Frühstück. Eine Kollegin ging auf Station für die kapillären Blutentnahmen, ca. 20 bis 30 Blutbilder, für die man jeweils 3 verschiedene Glaspipetten benötigte, und für die Astrup-Untersuchungen zur Blutgasmessung. Diese erfolgte im Labor an einem höchst abenteuerlichen Gerät Marke Eigenbau, bestückt mit zwei großen Gasflaschen, Glaskammern und vielen Schläuchen, alles brodelte und dampfte und flog manchmal auseinander.

Pro Tag gab es rund 5 bis 10 venöse Blutentnahmen. Die Reagenzien für die Bestimmungen wurden mit großen Glaspipetten pipettiert und mit der Probe angesetzt. Die Messung erfolgte dann an einem einfachen Eppendorffphotometer mit Abflussregulierung mittels Schlauchklemme ins Waschbecken.

Enzymmessungen erfolgten im Minutentakt mit der Stoppuhr. Teststreifen für Urine gab es noch keine, nur eine Farbtablette für Ketonbestimmungen, alles andere wurde im Reagenzglas analysiert. Es wurde viel geröntgt, vor allem bei behinderten Kindern (aus der ganzen Welt kamen Kinder mit Down-Syndrom) wurden zur Entwicklungsüberwachung und Diagnostik der Schädel in zwei Ebenen und die Hände geröntgt. Dies erforderte meist große Überredungskünste durch uns Mitarbeiterinnen.

Die Entwicklung der Röntgenbilder erfolgte nasschemisch per Hand in unserer Dunkelkammer, dort wurden auch die Aufnahmen zum Trocknen aufgehängt. Eine Besonderheit bei den EKGs war die Aufzeichnung des Herzschalls mittels eines Mikrofon durch die Ärzte. Wir hatten viel zu tun, da jede Bestimmung einzeln per Hand ausgeführt wurde und die vorhandenen Geräte einen beträchtlichen Pflegeaufwand hatten.

Die Dienste während der Rufbereitschaft waren jedoch wesentlich ruhiger, da die Menschen nicht so schnell ins Krankenhaus gingen.

*Ursula Bayer, Elke Bolczek*

## Lernen trotz Krankheit – die Klinikschule

### 1984

Gekoppelt an den Modellversuch „Hausunterricht für kranke Kinder und Jugendliche“ werden erstmals auch Patienten der Kinderklinik unterrichtlich betreut durch die Lehrerin Monika Mücke-Ackermann.

Ziel war es, längerfristig erkrankten Patienten u. a. die Angst zu nehmen, dass sie in ihren schulischen Leistungen zurückbleiben und evt. ein Schuljahr wiederholen müssen.

### 1985

wird der „Krankenhausunterricht für Kinder und Jugendliche“ an den Aschaffburger Krankenhäusern (Kinderklinik, Hofgartenklinik und Städtisches Krankenhaus) fest eingerichtet. Lehrerin ist Ursula Großmann. Die Einrichtung ist angegliedert an die Fröbelschule Aschaffenburg. Bei Ausstattung und Unterbringung wird noch weitgehend improvisiert. Jedoch nehmen Schüler das Angebot gerne an, da die sehr individuelle Betreuung es jedem einzelnen Schüler ermöglicht, Lernerfolge bewusster zu erleben und Selbstsicherheit in Bezug auf schulische Leistungen zu gewinnen.

### 1986

Als weiterer Lehrer übernimmt Günter Pröll mit geringem Stundenkontingent die Betreuung der Schüler in der Kinderchirurgie im alten Krankenhaus.

### 1987

Lehrkraft Elfi Schneider mit 20 Wochenstunden löst ihn ab (1987-1992).



Foto: bf-archiv

### 2003

Ursula Großmann unterrichtet mit 25 bis 27 Wochenstunden nur noch die Schüler in der Kinderklinik. Unterbringung und Ausstattung werden nach und nach den Bedürfnissen einer funktionierenden Bildungseinrichtung angepasst.

Bedingt durch kürzere Liegezeiten war die Klinikschule jedoch seit der Gesundheitsreform immer weniger ausgelastet. Dies änderte sich mit der Errichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie grundlegend.

### 2004

Die Dr. Albert-Liebmann-Schule übernimmt in Trägerschaft der Caritas die Klinikschule. Eine weitere Lehrkraft, Ariana Hurlebusch, wird mit ebenfalls mit vollem Stundenkontingent zusätzlich eingesetzt.

Das Klinikum wird um ein eigenes Gebäude für die „Schule für Kranke“ erweitert. Hier werden nun schwerpunktmäßig die Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie von zwei Lehrkräften unterrichtet, aber auch Patienten der Kinderklinik können weiterhin angemeldet werden.

*Ursula Großmann*

## 50 Jahre Kinder- und Jugendmedizin in Aschaffenburg

1962, sechzehn Jahre nach Kriegsende, wurde die Kinderklinik Aschaffenburg auf dem Hasenkopf eingeweiht. Sie lag idyllisch inmitten von Apfelbäumen im Naturschutzgebiet und versorgte sich über die eigene Küche, das Personal-Casino, das Labor selbst. Chirurgische und andere medizinische Abteilungen gab es nur im Krankenhaus in der Stadt. Zweimal pro Woche brachte ein Bus aus der Stadt Eltern an den Hasenkopf, sie betrachteten ihre Kinder durch ein Sichtfenster – und fuhren wieder zurück.

Vieles hat sich seitdem geändert. So spiegelt sich die Entwicklung der Kinderheilkunde auch in der Geschichte der Aschaffener Kinderklinik:

In den 60-er Jahren wurde gerade begonnen, gegen Kinderlähmung zu impfen, die Kindersterblichkeit lag bei 5,5 % (heute 0,7 %). Es gab nur wenige Antibiotika, keine Intensivmedizin für Kinder und keine Frühgeborenenmedizin. Krebs bei Kindern wurde erst seit 1980 systematisch erfasst und erfolgreich behandelt. Dennoch wuchs die Kinderklinik unter der Leitung von Professor Dr. Franz Schmid und verzeichnete steten Zuwachs an stationär und ambulant behandelten Kindern. Schmid's besonderes Anliegen war die Behandlung von behinderten Kindern in ihrer ganzen Persönlichkeit und ihrem ganzen familiären Umfeld. Ein Novum in der Kinderheilkunde! Es bescherte Aschaffenburg viel Zulauf. Der Neubau des Klinikums Aschaffenburg am Hasenkopf – Eröffnung 1989 – markierte die Wende zur interdisziplinären modernen Medizin mit Schwerpunktversorgung der gesamten Region bayerischer Untermain.

Es war das Verdienst von Chefarzt Prof. Dr. Markwart Gabriel, diesen Wandel in eine moderne, leistungsfähige Kinderklinik erfolgreich gestaltet zu haben. Das Leistungsangebot konnte nun wesentlich verbreitert werden, Neuropädiatrie und Neugeborenen- / Kinderintensivmedizin entstanden als Schwerpunkte innerhalb der Kinderheilkunde. Wie aus der Tabelle ersichtlich, nahm in 50 Jahren trotz abnehmender Betten die Anzahl der betreuten Kinder stetig zu. Dies war bedingt durch eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus und eine stetig steigende Anzahl von betreuenden Ärzten und Schwestern / Pflegern.

### Die Klinik heute

Der letzte Chefarztwechsel im Jahr 2007 und die vergangenen fünf Jahre haben der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erhebliche Veränderungen gebracht. Eine Tagesklinik zur Betreuung von Kurzeingriffen entstand, ebenso eine „Intermediate Care“ Station (IMC) für schwerkranke und pflegeintensive Kinder. Intern wurden Arbeitszeiterfassung und Dienstzeitregelung neu strukturiert. Zum Jubiläumsjahr nahm das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) als Schwerpunktambulanz für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche seine Arbeit auf. Es schließt einen echten Versorgungsempass in der Region und schlägt die Brücke zwischen klinischer und ambulanter Kinderheilkunde.

Im Umfeld der medizinischen Neuerungen wurden dank großzügiger Zuwendungen weitere Projekte verwirklicht: Die Visite der Klinikclowns, ein neuer Kinderspielplatz, bewacht von einem

Sandstein-„Dino“ aus der Steinmetzschule, eine kinderfreundliche Gestaltung und die psychologische Betreuung von Eltern stationärer Kinder. Allen Spendern und dem Förderkreis an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön!

Die Kinderklinik nennt sich jetzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, da die Versorgung aller Altersstufen – vom Frühgeborenen bis zum 18-Jährigen – Aufgabe der modernen Pädiatrie sind. Hinzugekommen sind weitere Elemente einer modernen, erfolgreichen Kinderheilkunde: die Berufsfachschule für Kinderkrankenpflege, Lehre und Forschung durch den Status als Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg sowie ein Förderkreis, der in den vergangenen fünf Jahren nahezu 300.000 Euro an Spenden bereitgestellt hat. Dies und oben genannte Projekte sind eine beeindruckende Leistung und spiegeln eindrucksvoll die Akzeptanz der Klinik in der Region wider.

### Die Herausforderungen der Zukunft

Die Region braucht weiterhin eine große und leistungsstarke Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Immer noch werden in deutschen Krankenhäusern mehr als die Hälfte aller Schulkinder in Erwachsenenabteilungen untergebracht – Kinder gehören in eine Kinderklinik!

- Der Standort ist attraktiv: In der Region bayerischer Untermain mit 1.500 Quadratkilometern leben heute etwa 370.000 Menschen, davon 70.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.
- Es muss ein breites medizinisches Angebot für Kinder und Jugendliche mit Schwerpunktcompetenzen angeboten werden. Derzeit gibt es in Aschaffenburg zwei von vier anerkannten Schwerpunktcompetenzen im Bereich Kinderheilkunde (Neuropädiatrie und Neugeborenenheilkunde/ pädiatrische Intensivmedizin). Sozialpädiatrie, Neurodermitisberatung, Magen-Darm-Erkrankungen und weitere Kompetenzen befinden sich im Aufbau.
- Die Kinderheilkunde wird zunehmend „ambulant“, das bedeutet kürzere Liegezeiten, mehr ambulante Eingriffe etc.. Nötig ist der Ausbau einer engen Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Medizin gemeinsam mit den weiteren Abteilungen des Klinikums und den niedergelassenen ärztlichen Kollegen.
- Dazu muss die Attraktivität des Hauses sowohl für Patienten und deren Eltern, als auch für die Mitarbeiter weiter gesteigert werden – hier erfährt die Klinik aktuell große Unterstützung durch intensive Maßnahmen des Gesamtklinikums Aschaffenburg.

Prof. Dr. Jörg Klepper, Chefarzt

### Zahlen & Fakten der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Aschaffenburg:

	Betten	stat. Fälle pro Jahr	Verweildauer	Ärzte	Pflegekräfte	Kindersterblichkeit*
1962	120	1.100	22 Tage	11	47	5,5%
2012	96	5.000	4 Tage	28	102	0,7%

\*bezogen auf Deutschland

## Erfolgreich: Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin

Innerhalb der Kinderklinik bildet die Abteilung für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin gemeinsam mit der Geburtshilfe ein „Level 1-Perinatalzentrum“. Das ist die höchste deutsche Versorgungsstufe für Früh- und Neugeborene. Das Perinatalzentrum Aschaffenburg hat auch im Jahr 2011 nach BAQ-Angaben bayernweit am besten abgeschnitten.

Behandelt werden in dieser Abteilung alle Erkrankungen im Neugeborenenalter. Schwerpunkt: Die Therapie kleiner und unreifer Frühgeborener. Etwa 700 Neugeborene und schwerkranke Kinder sind jährlich unsere Patienten. Damit zählt Aschaffenburg zu den größten Zentren im Umkreis von 150 Kilometern. Versorgt werden ca. 60 Frühgeborene unter 1500 Gramm, davon 35 bis 40 Kinder unter 1250 Gramm pro Jahr.

Schwerstkranke, auch beatmete Kinder außerhalb des Neugeborenenalters werden in einem gesonderten Bereich der Intensivstation therapiert.

Zur Abteilung gehört neben der Intensivstation (20 Betten mit 12 Intensivbehandlungsplätzen) die Mutter-Kind-Einheit (NME) mit 8 Plätzen. Dort erhalten Neugeborene direkt am Bett der Mutter, auf der Geburtsstation im Haupthaus, die richtige kinderärztliche Versorgung. Die Erweiterung der NME ist für Ende 2012 geplant.

### Schwerpunkte der Abteilung:

- Versorgung extrem kleiner Frühgeborener < 1000 g Geburtsgewicht
- Entwicklungsfördernde Neugeborenenbehandlung
- Spezielle patientengesteuerte Beatmungsverfahren
- Behandlung von Neugeborenen mit angeborenen Herzfehlern
- Neurochirurgische Behandlung von Neugeborenen (gemeinsam mit der Klinik für Neurochirurgie)
- Behandlung von neurologischen Erkrankungen bei Neugeborenen (gemeinsam mit der Neuropädiatrie)
- Behandlung von unfallverletzten Kindern inkl. Hirnverletzungen (gemeinsam mit der Klinik für Neurochirurgie und der Klinik für Unfallchirurgie)

Als Klinik im Deutschen Frühgeborenenetzwerk (GNN) vergleichen wir uns mit den deutschen Top-Zentren und nehmen an mehreren bedeutenden deutschen Multicenterstudien teil (S. 28). Fachärzte der Kinderheilkunde können für die volle Weiterbildungszeit den Schwerpunkt Neonatologie erlernen.

Bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht kleiner als 1500 Gramm wird im korrigierten Alter von 12 und 24 Monaten eine standardisierte Entwicklungstestung (Bayley II Test) durchgeführt.

### Und schließlich:

Dass sich die Eltern unserer kleinen Patienten gut aufgehoben fühlen, liegt uns besonders am Herzen. Neben der intensiven Betreuung durch Ärzte und Pflegepersonal gibt es einmal monatlich (an jedem zweiten Dienstag / Monat) einen Elterngesprächskreis und eine enge Vernetzung mit der Frühgeborenenelterngruppe „Kleiner Spatz“.

Inzwischen ist die Beatmungsvermeidung mittels der „Surfactantgabe ohne Tubus“ der primäre Behandlungsstandard des Atemnotsyndroms in der Neugeborenenabteilung. Es geht dabei um viel mehr als nur um diese Prozedur. Die so behandelten Kinder brauchen keine Beruhigungsmittel, weniger Kreislaufmedikamente und können besser ernährt werden.

Den Vergleichsdaten mit den deutschen Spitzenzentren (*German Neonatal Network*) der Jahre 2009 und 2010 kann man entnehmen, dass in Aschaffenburg eine besonders hohe Überlebensrate für kleinste Frühgeborene zwischen 340 Gramm und 1490 Gramm besteht (95,7 % vs. 91,9 %), und die Komplikationen „schwere Netzhauterkrankung“ (2,1 % vs. 3,9 %), „Hirnblutung“ (7,5 % vs. 18 %) und „Darmoperationen“ (2,3 % vs. 3,9 %) besonders selten sind.

Lilly ist ein gutes Beispiel: Heute ist sie sechs Jahre alt und hat trotz extremer Frühgeburt (25 SSW, 850g), fünf Herzfehlern und mehrfachen Operationen, alle Chancen ein normales Leben zu führen. Lilly freut sich sehr auf die Schule.

Als zentralen Faktor für solche Erfolge sehen wir die engagierte Mitarbeit der Eltern. Das beginnt beim *Kangarooing* kurz nach der Geburt, dem Streicheln und Wiegen der Kinder mit viel Hautkontakt. Das läuft über das Bestärken der Eltern, der Mütter, die sich oft genug nicht nur Sorgen über die Entwicklungsprognose der Kinder machen, sondern sich mit Selbstvorwürfen quälen: „Wir wollen Eltern hinweg helfen über das Trauma Frühgeburt“. Die Selbsthilfegruppe für Eltern macht Mut und entlastet.

Unser Motto: „Frühgeborene Kinder brauchen starke Eltern und Eltern brauchen starke frühgeborene Kinder.“

Dr. Christian Wieg,  
Leitender Arzt

# Von Pionierarbeit zu hochprofessioneller Medizin

Innerhalb der gesamten Pädiatrie nahm die Versorgung von Frühgeborenen eine besonders stürmische Entwicklung. Gehen Sie mit uns auf eine spannende Zeitreise durch die Welt und durch die Geschichte der Neonatologie in Aschaffenburg.

## 1961

Was war 1961 eigentlich in der Welt los? Am 21. Januar trat John F. Kennedy sein Amt als amerikanischer Präsident an, im August folgte der Bau der Berliner Mauer, der 1. FC Nürnberg wurde deutscher Fußballmeister.

In der Kinderheilkunde spielten die Erkrankungen der Neugeborenen eine untergeordnete Rolle, was sich u.a. in einer dramatisch hohen neonatalen Sterblichkeit von 3 Prozent ausdrückte. Heute liegt diese Quote fast 100-fach niedriger. Die Neugeborenen-Sepsis konnte nur unzureichend behandelt werden, da quasi nur intramuskuläre Antibiotika gegeben werden konnten. Ein damals sehr verbreitetes Antibiotikum, das *Chloramphenicol*, führte bei einigen Neugeborenen zu tödlichen Nebenwirkungen.

Kinder von Müttern mit *Diabetes mellitus* hatten eine hohe Sterblichkeit, weil deren Lungen unterentwickelt waren oder tödliche Unterzuckerungen nach der Geburt auftraten.

Die ersten Kinder der *Thalomid*-Katastrophe, als Contergan bekannt, wurden mit fehlgebildeten Extremitäten geboren.

Die 50-Prozent-Überlebensgrenze für Frühgeborene lag bei etwa 1500 Gramm. In den USA wurden Frühgeborene seit Anfang der 50-er Jahre erfolgreich mit Sauerstoff behandelt, der Preis dafür war aber extrem hoch. Ein großer Teil dieser Menschen entwickelte eine durch extrem hohe Sauerstoffwerte ausgelöste Netzhauterkrankung – Retinopathy of the Preterm – mit nachfolgender Blindheit.

Einen großen Erfolg gab es aber doch: 1958 war erstmals die Möglichkeit einer Lichttherapie (Phototherapie) zur Behandlung der Neugeborenenengelbsucht beschrieben worden. Vorher war die einzige Behandlungsmöglichkeit der Blutaustausch, um die Ansammlung des gelben Blutfarbstoffs im Gehirn, und damit unausweichliche Hirnschäden zu verhindern.

Es gab noch weitere Bedrohungen für Neugeborene, die wir heute quasi nicht mehr kennen. Würden Kinder ohne ausreichende Schilddrüsenfunktion geboren, so zeigten sich die ersten Symptome oft erst Monat nach der Geburt – da war die Gehirnschädigung aber schon nicht mehr zu verhindern. Eine andere ähnliche angeborene Stoffwechselstörung, mit gleicher Konsequenz war die *Phenylketonurie* (PKU), eine Abbaustörung eines Eiweißbestandteils, die unausweichlich zu schwersten Hirnschäden führte.

Dabei ist in beiden Fällen die Therapie denkbar einfach. Schilddrüsenhormon kann man einfach schlucken und mit einer Diät kann die PKU positiv beeinflusst werden. Nur muss die Therapie in den ersten Lebenstagen beginnen. Diese beiden Erkrankungen führten zu den Bemühungen, flächendeckend bei jedem Neugeborenen ein sogenanntes Stoffwechselscreening einzuführen, wobei aus einigen

Tropfen Blut auf einer Papierkarte diese Diagnosen zu stellen sind. Erst 1970 waren diese Bemühungen in Deutschland erfolgreich. 1999 wurde dann in Bayern eine neue Methode eingeführt, die jetzt die Diagnose von hunderten, auch sehr seltenen Stoffwechselerkrankungen aus nur vier Blutstropfen ermöglicht.

Es ist somit verständlich, dass im Jahre 1961 die Neugeborenenmedizin für die neu geschaffene Kinderklinik am Hasenkopf in Aschaffenburg keine Rolle spielte.

Der erste große Schritt in diese Richtung wurde 15 Jahre später durch die Kollegen Dr. Friedrich und Dr. Ringert im Jahre 1976 getan.

Sie begannen zu dieser Zeit mit zwei Beatmungsgeräten Neugeborene zu beatmen, allerdings so wie in vielen anderen deutschen Kliniken zunächst nicht mit dem erhofften Erfolg. 1976 wurde in Palo Alto die Firma Apple gegründet. Ohne diese Einleitung einer neuen technischen Ära hätte die Entwicklung neuer, erfolgreicher Beatmungsgeräte keine Chance gehabt.

1978 der zweite wichtige Schritt: Erstmals wurde eine Infusionstherapie für Frühgeborene in Aschaffenburg durch die beiden genannten Kollegen entwickelt.

Es scheint aus heutiger Sicht geradezu unfassbar, dass in dieser Zeit kein Kind eine Monitorüberwachung für Herz oder Atemtätigkeit hatte. Ein Sauerstoffmonitoring konnte nur blutig in einem komplizierten Messverfahren erfolgen.

Im Zeitraum 1976 bis 1980 lag die Neugeborenensterblichkeit bei 0,9% in Deutschland, d.h. die Bemühungen um das Leben von Neu- und Frühgeborenen zeigte deutliche Erfolge. Dabei war die Einführung sogenannter Perinatalzentren, z.B. in Zürich und Frankfurt am Main, in denen Frauenärzte und Kinderärzte gemeinsam arbeiteten, ein Meilenstein.

Das Jahr 1980 ist mit zwei weltpolitischen Ereignissen verbunden: Die UdSSR marschierte in Afghanistan ein und auf dem Münchner Oktoberfest wurde ein rechtsradikaler Bombenanschlag verübt. In diesem Jahr wurde der Grundstock für das Perinatalzentrum von Dr. Ronald Schmid gelegt. Die Station Päd 6 im Dachstockwerk der Kinderklinik wurde umgebaut zu einer Intensivstation. Es wurden spezielle Beatmungsgeräte für die Neugeborenenbeatmung und erste Hautmessgeräte für die Sauerstoffspannung im Blut der Patienten angeschafft.

Zwischen 1980 und 1987 entwickelten sich in Deutschland zunehmend Zentren unter der Führung verschiedener junger Kinderärzte, die die Neugeborenenmedizin in den USA erlernt hatten. In Göttingen war Prof. F. J. Schulte schon früh an der neurologischen

## 1976

## 1980

Entwicklung von Neugeborenen interessiert, bevor er Ordinarius in Hamburg wurde. Aus seiner Arbeitsgruppe bewarb sich 1985 sein Oberarzt, Professor Markwart Gabriel, für die Chefarztnachfolge in Aschaffenburg.

## 1985

1985 begann die Amtsperiode von Michael Gorbatschow in der UdSSR und leitete damit eine Wende in der Weltordnung ein. Auch in der Neonatologie begann jetzt eine dramatische, positive Entwicklung, was auch nötig war, da die neonatale Sterblichkeit immer noch bei 0,8% lag. Professor Dr. Markwart Gabriel nahm seine Tätigkeit am 1.12.1985 in Aschaffenburg auf, und mit ihm wurde die moderne Neonatologie eingeführt. Überwachungsmonitore, gute Beatmungsgeräte und vor allem eine kontinuierliche Schulung des Pflegepersonals mit Herzblut legten den Grundstein für eine äußerst erfolgreiche Entwicklung. Hohe Ansprüche und kritische Auseinandersetzung mit dem Fach charakterisieren eine unglaubliche Pionierleistung. Unterstützung erhielt Prof. Gabriel von Frau Dr. Görz, die immer verfügbar war und selbstlos die Station Päd 4/6 nach vorne brachte. Ein Meilenstein war 1990 die weltweite Einführung der Surfactant-Therapie, die zu einer erheblichen Verbesserung des Überlebens von Frühgeborenen führte.

## 2000

Im Jahre 2000 verließ Frau Dr. Birgit Görz die Klinik und der Autor folgte ihr zunächst als Oberarzt. Die „Päd 4/6“ hatte schon 12 Beatmungsplätze und 8 Überwachungsplätze, jährlich wurden dort 700 Kinder behandelt, davon ca. 50 < 1500g.

Das Millennium war erreicht, und damit erfolgte erneut ein (zufälliger) Paradigmenwechsel in der Behandlung von Früh- und Neugeborenen. Zwar gelang es vielen kleinen Frühgeborenen das Überleben zu ermöglichen, allerdings zum Preis von Lungenschäden, Hirnschäden und Augenschäden. Und so stellte sich die Frage, ob nicht viele, letztlich unbewiesene Therapiedogmen in Frage gestellt werden mussten. Dazu gehörten die Entscheidungskriterien, wer wann beatmet werden muss, was bei der Geburt an Unterstützung notwendig ist und vieles mehr. Letztlich zeigte sich: „Weniger ist mehr“

## 2006

2006 Fußball WM in Deutschland, ein Sommermärchen und am Ende, am 30. 9. 2006 nahm Professor Gabriel seinen Abschied. Sein Erbe, für die Pädiatrie und Neuropädiatrie trat Professor Klepper an, die Neonatologie wurde eine eigenständige Abteilung in der Kinderklinik unter der Leitung des Autors. Der eingeschlagene Weg, einer hochklassigen, wissenschaftlich untermauerten Früh- und Neugeborenenmedizin wurde intensiviert, die Abteilung nahm federführend an internationalen und multizentrischen Studien teil und erarbeitete sich in der deutschen „Szene“ einen Ruf als Zentrum mit einer extrem niedrigen Sterblichkeit und sehr niedrigen Komplikationsraten. Nach der externen Qualitätskontrolle (BAQ) gehört es zu den Besten in der Republik.

Dazu gehört natürlich eine intensive Zusammenarbeit im Perinatalzentrum mit der Frauenklinik, die Dank des Einsatzes von Herrn Professor Teichmann und seinem Team außergewöhnlich gut ist. Ein weiterer Fokus liegt in der Elternarbeit, die integrierende,

psychologisch gestützte Betreuung der Eltern ist ein bedeutender Baustein in der Therapie der kleinsten Patienten geworden.

Etwas ganz Besonderes gibt es neben der Päd 4/6 seit Oktober 2006, nämlich eine Mutter-Kind Einheit in der Frauenklinik. Die Medizin, d.h. Ärzte und Schwestern der Neonatologie, betreuen dort kranke Neugeborene, und vermeiden damit die Trennung von Mutter und Kind – wenn dieses behandelt werden muss.

Dr. Christian Wieg

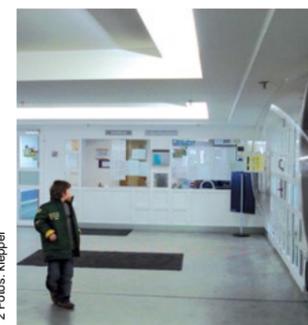


Fotos: bf-archiv



## Ein Haus verändert sich

Die schlichte Betonfassade mit rasterförmiger Anordnung von Türen, Fenstern und Balkonen: Damit ist die am 12. Januar 1962 eröffnete Kinderklinik ein typischer Bau der 60-er Jahre. Das äußere Gesicht des Hauses blieb über Jahrzehnte weitgehend unverändert. Innen aber wurde es immer wieder umgebaut. Zunächst dienten die Zugänge über die Balkone als Hygieneschleusen. In den verschiedenen Stockwerken waren Kinder unterschiedlicher Altersgruppen zusammengefasst. Das Erdgeschoss beherbergte Arztzimmer, Funktions- und Behandlungsräume. Im Untergeschoss lagen Wirtschaftsräume, musste die damals autarke Klinik doch Küche, Personal-Casino, Lager und mehr bereithalten. Die Umstrukturierungen der nächsten Jahrzehnte erfolgten, um das Haus geänderten Erkenntnissen der Kindermedizin anzupassen. Erste größte Maßnahme war in den Jahren 1980 / 1982 der Umbau im 3. Stock zu einer Frühgeborenen-Intensiv-Station. Gleichzeitig wurden die ersten Rooming-In- Zimmer als Unterkunft für Eltern geschaffen – heute ist Rooming-In bedarfsorientiert auf allen Stationen, inklusive Tagesklinik, möglich. Nachdem 1989 das gesamte Klinikum am Hasenkopf eingezogen war, wurde die Kinderklinik auch logistisch dem Haupthaus angeschlossen. In die frei gewordenen Wirtschaftsräume im Untergeschoss zog die Kinder-Intensivstation mit Neu- und Frühgeborenen-Abteilung. Dieser massive Umbau war im Oktober 1992 abgeschlossen (siehe Seite 5). Als nächste größere Investition folgte die Modernisierung der Kinderklinik. Damit verbunden war eine erneute innere Umstrukturierung (siehe nebenstehender Artikel und Seite 26/27). lh



2 Fotos: Klepper

## Aus alt mach neu: die Kinderklinik



Von November 2010 bis September 2011 dauerte die jüngste Baumaßnahme, die das gesamte Klinikgebäude erfasste. Stockwerk für Stockwerk wurden die Stationen leer gestellt und insgesamt für 1,3 Millionen Euro modernisiert und kindgerecht gestaltet. Die Stationen erhielten neue Böden und Wandfarben. Bögen und Wellen unterbrechen heute den Flurboden. So erleichtern sie die Orientierung, stimulieren die Phantasie der Kinder und vertreiben Krankenhaus-Atmosphäre. Versorgungsleitungen wanderten aus Knie- in Oberkopfhöhe der Kinder. Im ersten Stock, wo einst nur Säuglingsversorgung vorgesehen war, entstanden neue Bäder, Teile der Station wurden zur Kinder-IMC aufgerüstet. Im Erdgeschoss heißt jetzt ein offener, niedriger Empfangstresen auch die kleinen Patienten willkommen. „Villa Kunterbunt“, der Kindergarten, prunkt mit einer Lichtinsel. Für das Personal entstand ein zentraler Aufenthaltsraum. Von der Modernisierung profitiert hat auch die Intensivstation im Untergeschoss. Sie erhielt ein Elternzimmer mit Küche und Liege; großzügige Sponsoren stifteten die Möbel. Sämtliche bunten Extras finanzieren sich aus den Spenden des Fördervereins Kinderklinik. Das Farbkonzept erstellte das Architekturbüro Ritter und Bauer in Aschaffenburg. lh

Fast nicht wieder zu erkennen: Zwei Beispiele gelungener Modernisierung in der Kinderklinik

1. Information mit offenem Empfangstresen (Bild unten links)
2. Wartebereich vor der Päd 4/6 (Bild unten rechts)



3 Fotos: lh



## Große Taten für kleine Helden

Seit Jahren schafft es der Förderkreis Kinderklinik, mit Ideen, Einsatzfreude und mit bestem Erfolg die Bedingungen für die kleinen Patienten und ihre Eltern zu verbessern.

„Ein Krankenhausaufenthalt ist für niemanden schön – und für ein Kind schon gar nicht.“ Aus diesem Grund wurde im März 2008 der Förderkreis für die Kinderklinik ins Leben gerufen. Ziel war und ist es, die stressige und anstrengende Zeit eines Klinikaufenthaltes für die kleinen Patienten und ihre Eltern so angenehm wie möglich zu machen. Der Vorstandsvorsitzenden Yvette Klink und ihren engagierten Mitstreitern aus dem Vorstand gelang es in den vergangenen vier Jahren mit viel persönlichem Einsatz und in enger Zusammenarbeit mit der Klinikleitung, dem Pflegepersonal und der Krankenhausverwaltung die Kinderklinik kindgerechter werden zu lassen und den Klinikalltag aktiv mit zu gestalten. Das erste Großprojekt war der vier Tonnen schwere Dinosaurier aus Mainsandstein. Er begrüßt als Wappentier des Fördervereins seit 2009 die Gäste des Spielplatzes an der Kinderklinik. Im Jahr 2010 unterstützte der Förderkreis mit einem kinderfreundlichen Gestaltungskonzept den Umbau der Kinderklinik.



Dank der Arbeit des Förderkreises konnten zahlreiche Projekte rund um die Kinderklinik auf den Weg gebracht werden. Spendenübergaben an die Zweckverbandsvorsitzenden im Februar 2009 (oben) und im Dezember 2011



Eine echte Herzensangelegenheit war von Beginn an die professionelle psychologische Unterstützung von Eltern schwerstkranker Kinder. Dank der vielen Spenden ist unser Förderkreis seit zwei Jahren kontinuierlich in der Lage, eine Psychologin vor Ort einzusetzen. Doch nicht nur diese großen Projekte wurden vom Förderkreis ideell und finanziell unterstützt. Auch viele kleinere Vorhaben, wie etwa die Neugestaltung des Kindergartens „Villa Kunterbunt“, die Einrichtung eines ehrenamtlichen Hilfsdienstes, die Anschaffung zusätzlicher technischer Geräte sowie von Büchern und Spielen, die Kostenübernahme geeigneter Fortbildungsmaßnahmen des Pflegepersonals, die „Notkasse“ zur Übernahme von Fahrtkosten betroffener Eltern und noch vieles mehr wurden vom Förderkreis unterstützt und gefördert.

Auch in Zukunft gibt es viel zu tun! Das neue Sozialpädiatrische Zentrum wird der Förderkreis im Rahmen seiner Möglichkeiten unterstützen, die Aufenthalts- und Spielbereiche der einzelnen Stationen sollen noch kindgerechter gestaltet werden, und, und, und... All dies wäre ohne Sie nicht möglich gewesen!

Deshalb sagen wir an dieser Stelle herzlich Danke an all die kleinen und großen privaten Spender, an die vielen Organisationen, Firmen und Geschäftsleute, die uns in den vergangenen Jahren auf vielfältige Art und Weise unterstützt haben. Ihr großes Engagement ermutigt uns dazu, auch in Zukunft im Sinne aller kleinen Patienten weiterzuarbeiten!

Maika Abke, Förderkreis Kinderklinik

### Möchten Sie die Arbeit des Förderkreises unterstützen?

Förderkreis für die Kinderklinik Aschaffenburg e.V.

Spendenkonto 66 88 888, bei Raiffeisenbank Aschaffenburg eG, BLZ 795 625 14 oder

Spendenkonto 110 92 780, bei Sparkasse Aschaffenburg-Alzenau, BLZ 795 500 00

### Impressum

Diese Festschrift vom Juli 2012 ist eine Sonderausgabe der Klinikzeitung „rezeptfrei“, zum 50-jährigen Bestehen der Kinderklinik Aschaffenburg.

**Herausgeber:** Krankenhauszweckverband, Am Hasenkopf 1, 63739 Aschaffenburg, Katrin Reiser, Geschäftsleiterin (V.i.S.d.P.)

**Anzeigen:** Helmut Büttner, Dora Lutz-Hilgarth

**Redaktionsleitung:** Dora Lutz-Hilgarth

**Mitarbeit:** Prof. Dr. Jörg Klepper, Dr. Christian Wieg, Erika Schlett, Barbara Theobald, Beate Willig u.a.m.

**Lektorat:** Birgit Fresow

**Grafik & Layout:** Katja Elger

**Fotos:** Björn Friedrich (bf), Lutz-Hilgarth (lh) und viele andere mehr

**Druck:** Grafik Druck Steiner, Alzenau

**Redaktionsanschrift**

**extern:** Klinik-Journal „rezeptfrei“, Poststelle, Postfach 100652, 63704 Aschaffenburg  
**intern:** Poststelle  
**mail:** rezeptfrei@klinikum-aschaffenburg.de

Die Redaktion behält sich die Überarbeitung von Beiträgen vor.

„rezeptfrei“ finden Sie auch unter: [www.klinikum-aschaffenburg.de](http://www.klinikum-aschaffenburg.de)

## KlinikClowns: Die haben den Dreh raus!

„Die Clowns drehen die Stimmung“, sagt der Chefarzt der Kinderklinik, Prof. Dr. med. Jörg Klepper anerkennend. Denn Lachen, die beste Medizin, wird auch im Klinikum Aschaffenburg im Zuge ganzheitlicher Heilmethoden eingesetzt. Der Chefarzt ist ein großer Fan seiner bunten „Kollegen“.



Die Raiffeisenbank hat für Aschaffenburg schon vor fünf Jahren die Initiative ergriffen und finanziert kontinuierlich Einsätze von „Dr. Baby“ und „Dr. Nieswurz“, nach einigen Jahren flankiert vom Förderkreis der Kinderklinik. Wenn also durch die Kinderklinik jubelndes Gelächter schallt, dann tauchen ziemlich sicher bald zwei bunte Menschen mit breitem Lächeln und weiten Armen auf: KlinikClowns schenken den kleinen Patienten eine Nase voll Freude und Heiterkeit. Denn wer lacht, hat wieder Lebensmut – und mehr Widerstandskraft.

Der in Freising ansässige Verein KlinikClowns e.V. schickt über fünfzig Clowns immer paarweise zu Kindern in Kinderkliniken, schwerkranken Erwachsenen, in Seniorenheime und Einrichtungen für behinderte Menschen. Die professionellen Lachdoktoren werden überall angefragt, doch der Verein finanziert seine Arbeit ausschließlich über Spenden und Benefizaktionen. Bisher konnten die KlinikClowns immer sicher kommen – auch dank vieler Spenden aus der Bevölkerung. Danke dafür und herzliche Glückwünsche an die Geburtstags-Kinderklinik, die die KlinikClowns auch weiterhin sehr gerne besuchen!

*Elisabeth Makepeace, Vorsitzende von KlinikClowns e.V.*



Fotos: privat

## Spielplatz: Rotarier legten Hand an

Wenn direkt vor der Kinderklinik die Kleinen unterm Sonnensegel im Sand buddeln, andere in der Nestschaukel schwingen und größere Kinder in den Boulderstangen klettern, dann hat der Spielplatz seinen Zweck erfüllt.

Gestiftet wurde er von den beiden Rotary-Clubs in Aschaffenburg, um das Umfeld für Besucherkinder, kleine Patienten und ihre Eltern freundlicher zu gestalten. Bei dem Lokal-Projekt 2009 legten die damaligen Präsidenten selbst Hand an: Volker Bohlender, Rotary Club Aschaffenburg-Schönbusch, und Ove-Jens Kraak, Rotary Clubs Aschaffenburg, schlugen gemeinsam den ersten der Tripp-Trapp-Stämme ein. Seit der feierlichen Übergabe im Sommer 2009 erwartet ein schöner Spielplatz direkt vor dem Eingang der Kinderklinik die kleinen Patienten und ihre Geschwister. Die Eltern können derzeit im Grünen picknicken.

Auch der Umlaufweg als Rennstrecke lässt sich empfehlen: Er ist chefarztlich getestet.



Foto: bharcev

Fotos: lh

## Die schönsten Klinikfeste

Das Puppenkind ist krank? Frau Doktor, bitte übernehmen Sie! Und die Spritze am Klinikfest tut gar nicht weh. Seit dem Jahr 2007 sind die Feste an der Kinderklinik schöne Tradition und eine Freude für Große und Kleine. Dann finden Hunderte von Kindern den Weg an den Hasenkopf. Wo sonst erlebt man Action, Clowns, Hüpfburg, dazu Feuerwehr und Krankenwagen auf einmal? Und wer mal krank wird, muss keine Angst haben. Das Haus kennt er schon. Am 21. Juli ist es wieder soweit. Die Kinder freuen sich schon. red



Fotos: privat

## Alle lieben Dino



Foto: Göttemann

Fotos: lh

Er wiegt 12 Tonnen, ist aus rotem Sandstein und entzückt alle Kinder: Seit Sommer 2009 begrüßt der Sandstein-Dino die Besucher der Kinderklinik. Gefertigt wurde er von Meisterschülern der Aschaffener Steinmetzschule unter Leitung von Ulrike Ader. Transport und Aufstellung übernahmen das THW Aschaffenburg-Obernburg und die Freiwillige Feuerwehr. Das Gartenbauamt hatte das Umfeld geschaffen. Nach Aufstellung legten die Steinmetze unter Meister Ralf Erben letzte Hand an. Der Dino wurde umgesetzt als Projekt des Förderkreises Kinderklinik, der von vielen Spendern Zuwendungen erhalten hatte. Das Urtier ist auch die Symbolfigur des Förderkreises. lh



## Psychologische Betreuung



Foto: bf

Isabel Wondrak bietet Unterstützung in kritischer Situation

**Wenn Kinder schwerkrank sind, wenn Babys zu früh oder mit Behinderung geboren wurden, stellt das für Eltern eine seelische Ausnahmesituation dar. „Jeder geht mit dramatischen, potenziell traumatischen Ereignissen anders um“, sagt Diplom-Psychologin Isabel Wondrak. Seit April 2010 bietet sie Eltern bei Bedarf Gespräche und Hilfe an. Diese Maßnahme wird vom Förderkreis Kinderklinik finanziert.**

**Frau Wondrak, wie muss man sich Ihre Arbeit vorstellen?**

An zwei Tagen die Woche, Dienstags und Donnerstags, besuche ich die Zimmer auf der Neugeborenen- und Intensiv-Station Päd 4 / 6. So ergeben sich Möglichkeiten, mit Eltern ins Gespräch zu kommen. Wer möchte, kann mit mir einen Einzeltermin vereinbaren. Ärzte und Pflegepersonal der Päd 4 / 6, der NME und der IMC geben manchmal Hinweise, wer möglicherweise etwas Unterstützung brauchen könnte. Am Donnerstag von 16 bis 18 Uhr, besteht im Aufenthaltsraum der Eltern ein Gesprächskreisangebot. So kommen auch Eltern untereinander in Kontakt. Zudem biete ich im SPZ ab Juli eine monatliche Gesprächsgruppe für Eltern von Frühgeborenen an sowie eine weitere Gruppe für Eltern chronisch kranker und behinderter Kinder.

**In welcher Situation befinden sich die Eltern?**

Das ist höchst unterschiedlich. Manche stehen unter Schock, andere spüren Verzweiflung oder überspielen die Situation. Damit umzugehen ist eine besondere Herausforderung. Eltern reagieren mit Erschöpfung, Trauer oder Depression auf das Ereignis. Aggressionen, Schuldgefühle, Ängste – alles ist möglich. Ich versuche deutlich zu machen, dass das normale Reaktionen auf eine unnormale Situation sind. Sprechen entlastet. Je frühzeitiger, desto besser das Ergebnis.

**Warum muss eine so wichtige Hilfe über Spenden finanziert werden?**

Die wenigsten Kliniken habe dafür Gelder bereit gestellt. Aber deutschlandweit wächst die Erkenntnis, dass diese Krisenintervention langfristig wirksam ist und in vielfacher Hinsicht präventiv wirkt. Psychologische Betreuung unterstützt Eltern in dieser Ausnahmesituation. *red*

## Tagesklinik



Die 8-Betten-Tagesklinik ist seit dem Jahr 2010 der geeignete Ort, wenn sich Kinder nach kleinen Eingriffen, wie bei Leistenhernien, erholen. Hier warten sie auf ihren geplanten Eingriff oder sie verbringen nach Operation und Nach-OP-Phase im Aufwachraum des Haupthauses noch etwas Zeit unter besonderer Aufsicht, bevor sie nach Hause oder auf die Station entlassen werden. So entlastet die Tagesklinik andere Stationen von pflegerisch oder medizinisch sehr aufwändig zu betreuenden Patienten. Die Tagesklinik hat von 7 bis 17 Uhr geöffnet. *lh*

## IMC



Foto: lh

Nico, 11 Monate, mag nicht essen und steht als sehr kleiner Frühgeborener ohnehin unter genauer Beobachtung. Er ist ein typischer Patient für die IMC, die Intermediate-Care-Station, die zusammen mit der Infektionsstation die Päd 1 bildet. Technische Ausstattung, Monitorüberwachung an jedem Bett, besonders geschulte Pflegekräfte erlauben auf dieser Station, die Patienten jeden Alters optimal zu betreuen, die keine Intensivmedizin brauchen, aber zu krank sind für eine normale Station.

„Mit dem Bau der IMC und der Umstrukturierung haben wir am stärksten in die Abläufe der Kinderklinik eingegriffen, seit der großen Baumaßnahme 1992“, sagt der pflegerische Abteilungsleiter Michael Ricny, der die Umstrukturierung leitete. Weitere Stationen: Päd 2 für Schulkinder, Päd 3 für Kleinkinder, Päd 4 / 6 für Neugeborene und Intensiv-Kinder. *lh*

## NME plus

Das Modell findet noch immer deutschlandweite Beachtung: Neugeborene, die nicht ganz gesund sind, also in geringem Maß Überwachung und pädiatrische Betreuung brauchen, werden in Aschaffenburg seit 2006 auf der NME betreut, der Neonatal-maternalen Einheit. Diese „virtuelle Station“ liegt auf der Geburtsstation der Frauenklinik im Haupthaus. Kinderärzte und Kinderkrankenschwestern kommen zur Behandlung direkt an das Bett der Mutter. Trennung durch die Aufnahme auf die Intensivstation wird verhindert.

Das NME-Prinzip ist so erfolgreich, dass es ausgeweitet wird. Ab Herbst wird es NME plus auf der Geburtsstation geben. Mit NME plus wird das Aufnahmespektrum möglicher Erkrankungen ausgeweitet. Zugleich kommen Kinder, deren Mütter bereits entlassen wurden, in den Genuss besonderer Aufmerksamkeit. Hier ist auch Platz für Kinder, Mehrlinge oder Frühgeborene, die an sich gesund, aber noch zu klein sind für eine Entlassung nach Hause. „Für diese Pappelkinder, die im Wesentlichen vor allem Wärme, Nahrung und Zuwendung brauchen, ist es von Vorteil, wenn sie in der Phase des stabilen Wachstums nicht in der eher unruhigen Intensivstation mit ihrer Lärmkulisse liegen“, sagt Oliver Stangl,

## SPZ: Alles unter einem Dach

**Kinder, die chronisch krank, behindert oder von Behinderung bedroht sind, erhalten in der neuesten Einrichtung der Kinderklinik, dem SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) seit April und vermehrt seit Juli Therapieangebote aus einer Hand.**

Das SPZ ist Anlaufstelle für Kinder im Neugeborenenalter, speziell für Frühgeborene aus dem Perinatalzentrum, aber ebenso für Kinder, die unter chronischen Krankheiten, wie Diabetes oder Asthma leiden, die Behinderungen, Epilepsien oder Entwicklungsverzögerungen aufweisen oder von ihnen bedroht sind, bis hin zu behinderten Jugendlichen.

Bisher mussten Eltern die Anfahrt in die SPZ nach Würzburg oder Frankfurt auf sich nehmen. Oder sie mussten die unterschiedlichen Anlaufstellen und Therapeuten zur Behandlung ihrer Kinder selbst koordinieren. Manche werden ganz verzichtet haben.

Derzeit noch im Pavillon, nach Fertigstellung der neuen Räume in Ebene 1 im Klinikhaupthaus, finden Eltern alle SPZ-Angebote unter einem Dach.

Neben dem Chefarzt Prof. Dr. Jörg Klepper (Bildmitte) bilden zwei Fachärztinnen der Kinderheilkunde, Dr. Nicole Stachelscheid (rechts daneben) und Dr. Denise Reimnitz (rotes T-Shirt) sowie die Krankenschwester Adriana Mirea als organisatorische Leiterin (links neben Klepper) das Leitungsteam. Eine weitere Ärztin, zwei Kinderkrankenschwestern, dazu eine Psychologin, zwei Physiotherapeutinnen, ein Ergotherapeut, eine Logopädin und eine



Foto: lh

Emma, fünf Wochen zu früh geboren, verlässt mit stolzen 2330 Gramm die NME nach Hause. Der Kinderarzt Oliver Stangl und Schwester Nicole Schell haben sie direkt auf der Geburtsstation betreut.

Oberarzt der NME. Die Intensivstation bleibt dann frei für Kinder, die den hohen technischen Aufwand zum Gedeihen brauchen.

Dr. Christian Wieg, Leiter der Abteilung Neonatologie und päd. Intensivmedizin, sieht in NME plus einen neuen Baustein für hochwertige Perinatalmedizin im Level-1-Zentrum. *red*



Sekretärin komplettieren das Team aus 12 Personen auf 8,5 Stellen. Überweist der behandelnde Kinderarzt ein Kind zur speziellen Begutachtung an das SPZ, erstellen die Spezialisten dort nach ausführlicher Anamnese eine Therapieempfehlung, in die alle betroffenen Bereiche eingebunden sind.

Den Therapieplan erhalten die Eltern, aber auch der einweisende Kinderarzt sowie eventuell beteiligte Frühförderstellen (bis zum Alter von sechs Jahren). Danach entscheiden Kinderarzt und Eltern, wo welche Behandlung stattfinden soll, heimatnah bei bekannten Therapeuten des Kindes oder im SPZ bei koordinierten Sammelterminen. „Wir bieten eine Entlastung im knappen Therapieangebot, speziell in ländlichen Gebieten“, sagt Dr. Stachelscheid. *red*

## Laufende Forschungsprojekte

Das Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsklinik Würzburg. Damit beteiligen sich die Kliniken auch an vielfältigen medizinischen Forschungsprojekten. Patienten profitieren so stets vom neuesten Stand der Wissenschaft.

### Longitudinalstudie zur klinischen Präsentation und Therapieerfolg der ketogenen Diät bei Patienten mit Glut1-Defekt

Studienleiter: Prof. Dr. J. Klepper

In Zusammenarbeit mit den Universitäten Essen und Nijmegen sowie dem Elternverein Glut1-Defekt e.V.

Studie: Das menschliche Gehirn benötigt Glukose zur Energiegewinnung. Ein defekter Glukosetransport in das Gehirn ist Ursache des Glut1-Defektes. Die entstehende „Energiekrise im Gehirn“ verursacht eine globale Entwicklungsverzögerung, Epilepsie und eine komplexe Bewegungsstörung. Dabei zeigen sich mit zunehmender Patientenzahl immer komplexere Symptome der Erkrankung. Durch eine ketogene Diät ist die Erkrankung erfolgreich therapierbar. Ziel der Studie ist die Erfassung des klinischen Phänotyps, mögliche Korrelationen zu Labor und/oder Genetik, sowie das Ansprechen der einzelnen Symptome auf die ketogene Diät.

### European registry and network for metabolic diseases affecting the brain (E-MAB)

Studienleiter: Dr. Th. Opladen, Universität Heidelberg

Sektionsleiter: Prof. Dr. J. Klepper

Beantragt: Beteiligung an der Erstellung eines europäischen Netzwerks und einer europäischen Datenbank für neurometabolische Erkrankungen (Arbeitstitel: E-MAB: European network on metabolic diseases affecting the brain). Ziel ist, die Klinik, Therapie und Prognose seltener neurometabolischer Erkrankungen systematisch zu erfassen, um bessere Aussagen hinsichtlich des natürlichen Verlaufs und z.B. der Effektivität der verschiedenen Therapieoptionen machen zu können. Beteiligt an der Studiensektion „Glut1-Defekt“.

### NINSAPP-Studie

Koord. : PD Dr. Angela Kribs (Köln), Lok. Studienleiter : Dr. Wieg Klinische Multizenterstudie (RCT, Überwachung ZKS Köln) zur Untersuchung der Surfactantgabe ohne Tubusbeatmung bei extrem kleinen Frühgeborenen zwischen 23 + 0 und 26 + 6 Schwangerschaftswochen (DfG)

Seit Dezember 2009, Patientenrekrutierung abgeschlossen

### GNN Studie

Koordinator: Prof. Göpel (Lübeck), Lokaler Studienleiter : Dr. Wieg Kohortenstudie Frühgeborene < 1500g, genetische Basisdaten, Behandlungsdaten, Outcome-Daten Bundesdeutsche Multizenterstudie des German Neonatal Network (BMG, DfG). Seit 2009

### Prospektive Sepsis-Studie

Koordinatorin: K. Moser (Aschaffenburg), Studienltg: Dr. Wieg, PD Dr. Härtel (Lübeck)

Klinische Studie zur prospektiven Erfassung der Darmbesiedelung mit Mikroorganismen bei kleinen FG < 1500g in zwei deutschen Zentren (Aschaffenburg, Lübeck)

*In Vorbereitung:*

### Euclids-Studie

Koordinator Dr. Zens, Graz, Lokaler Studienleiter: Dr. Wieg Identifikation von genetischen Einflüssen bei dem Verlauf von septischen Erkrankungen bei pädiatrischen Intensivpatienten. Europäische Multizenterstudie (Start 2013)

### NeoVita-Studie

Koordinator: Dr. Meyer, Homburg, Lokaler Studienleiter : Dr. Wieg Multizentrische RCT Studie zur Vitamin A Therapie bei Frühgeborenen < 1500g (Start 12/2012)

### Next-generation Sequencing bei rezessiven Patienten mit Glut1-Defekt

Studienleiter: Prof. Dr. J. Klepper

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Humangenetik Universität Nijmegen, Niederlande und dem Elternverein Glut1-Defekt e.V.

Studie: In 70 bis 80% aller Patienten mit Glut1-Defekt sind Mutationen im SLC2A1-Gen nachweisbar. SLC2A1-negative Patienten könnten nach vorläufigen Daten Veränderungen im MARVELD3-Gen auf Chromosom 16, welches ein tight-junction-Protein mit unbekannter Funktion codiert, zeigen. Somit könnte dieses Gen ebenfalls für den Glut1-Defekt verantwortlich sein. Ziel der Studie ist, Patienten ohne nachweisbare SLC2A1-Mutation auf Veränderungen im MARVELD3-Gen zu untersuchen und bei positivem Mutationsnachweis Gen und dessen Genprodukte zu analysieren.

### Klinische Studie über die Behandlung von Atransferrinämie-Patienten mit Apotransferrin

Studienl: Prof. Dr. J. Klepper, OÄ O. Stangl und K. Moser

In Zusammenarbeit mit Sanquin Plasma Products, Amsterdam Studie: Atransferrinämie ist eine seltene Krankheit, bei der das Protein Transferrin fehlt. Transferrin transportiert Eisen in einer sicheren nicht toxischen Form im Blut. Bei fehlendem Eisen bezeichnet man das Transferrin-Molekül als Apotransferrin. Die geringe Menge Apotransferrin bei Atransferrinämie-Patienten führt zu einer Eisenüberladung von Organen und Geweben und verursacht Infektionen und Blutarmut. Für diese Krankheit besteht bislang keine bewährte Behandlung. In dieser Studie wird untersucht, ob die Infusion von humanem Apotransferrin bei Patienten mit angeborener Atransferrinämie wirksam und sicher ist und welche Apotransferrin-Dosierung am wirksamsten ist.



## Wieder die Nr.1: Ihre Sparkasse.

Zum 2. Mal in Folge bestätigt es der Focus Money CityContest: Die beste Kundenbetreuung erhalten Sie bei Ihrer Sparkasse. Kein Zufall, denn Ihre Wünsche und Ziele stehen in unserem Fokus. Gut für die Menschen. Gut für die Region.

 Sparkasse Aschaffenburg-Alzenau



Als kunden- und serviceorientiertes Unternehmen wollen wir Sie täglich aufs Neue überzeugen – versprochen. Erfahren Sie alles über unsere Qualitätsversprechen unter [www.spk-aschaffenburg.de/qualitaet](http://www.spk-aschaffenburg.de/qualitaet).

Neonatalogie, pädiatrische Intensivmedizin

## > Strom für die Stadt. Günstige Preise und persönlicher Service.



Infos im Servicecenter  
Werkstr. 2 oder unter  
Tel. (06021) 391-333

Ihre Stadtwerke  
[www.stwab.de](http://www.stwab.de)



## Wichtige Publikationen seit 2007, Prof. Dr. Jörg Klepper, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

- Klepper J, Engelbrecht V, Scheffer H, van der Knaap MS, Fiedler A. **GLUT1 deficiency with delayed myelination responding to ketogenic diet.** In *Pediatr Neurol*. 2007 Aug;37(2):130-3.
- Grasemann H, Tschiedel E, Groch M, Klepper J, Ratjen F. **Exhaled nitric oxide in children after accidental exposure to chlorine gas.** In *Inhal Toxicol*. 2007 Aug;19(10):895-8.
- Klepper J, Leidecker B. **GLUT1 deficiency syndrome--2007 update.** In *Dev Med Child Neurol*. 2007 Sep;49(9):707-16. Review.
- Rice G, Patrick T, Parmar R, Taylor CF, Aeby A, Aicardi J, Artuch R, Montalto SA, Bacino CA, Barroso B, Baxter P, Benko WS, Bergmann C, Bertini E, Biancheri R, Blair EM, Blau N, Bonthron DT, Briggs T, Brueton LA, Brunner HG, Burke CJ, Carr IM, Carvalho DR, Chandler KE, Christen HJ, Corry PC, Cowan FM, Cox H, D'Arrigo S, Dean J, De Laet C, De Praeter C, Dery C, Ferrie CD, Flintoff K, Frints SG, Garcia-Cazorla A, Gener B, Goizet C, Goutieres F, Green AJ, Guet A, Hamel BC, Hayward BE, Heiberg A, Hennekam RC, Husson M, Jackson AP, Jayatunga R, Jiang YH, Kant SG, Kao A, King MD, Kingston HM, Klepper J, van der Knaap MS, Kornberg AJ, Kotzot D, Kratzer W, Lacombe D, Lagae L, Landrieu PG, Lanzi G, Leitch A, Lim MJ, Livingston JH, Lourenco CM, Lyall EG, Lynch SA, Lyons MJ, Marom D, McClure JB, McWilliam R, Melancon SB, Mewasingh LD, Moutard ML, Nischal KK, Ostergaard JR, Prendiville J, Rasmussen M, Rogers RC, Roland D, Rosser EM, Rostasy K, Roubertie A, Sanchis A, Schiffmann R, Scholl-Burgi S, Seal S, Shalev SA, Corcoles CS, Sinha GP, Soler D, Spiegel R, Stephenson JB, Tacke U, Tan TY, Till M, Tolmie JL, Tomlin P, Vagnarelli F, Valente EM, Van Coster RN, Van der Aa N, Vanderver A, Vles JS, Voit T, Wassmer E, Weschke B, Whiteford ML, Willemsen MA, Zankl A, Zuberi SM, Orcesi S, Fazzi E, Lebon P, Crow YJ. **Clinical and molecular phenotype of Aicardi-Goutieres syndrome.** In *Am J Hum Genet*. 2007 Oct;81(4):713-25.
- Klepper J, Heringhaus A, Wurthmann C, Voit T. **Expect the unexpected: favourable outcome in Munchausen by proxy syndrome.** In *Eur J Pediatr*. 2008 Sep;167(9):1085-8.
- Kossoff EH, Zupec-Kania BA, Amark PE, Ballaban-Gil KR, Christina Bergqvist AG, Blackford R, Buchhalter JR, Caraballo RH, Helen Cross J, Dahlin MG, Donner EJ, Klepper J, Jehle RS, Kim HD, Christiana Liu YM, Nation J, Nordli DR Jr, Pfeifer HH, Rho JM, Stafstrom CE, Thiele EA, Turner Z, Wirrell EC, Wheelless JW, Veggiotti P, Vining EP; Charlie Foundation, Practice Committee of the Child Neurology Society; Practice Committee of the Child Neurology Society; International Ketogenic Diet Study Group. **Optimal clinical management of children receiving the ketogenic diet: recommendations of the International Ketogenic Diet Study Group.** In *Epilepsia*. 2009 Feb;50(2):304-17.
- Rauchenzauner M, Klepper J, Leidecker B, Luef G, Rostasy K, Ebenbichler C. **The ketogenic diet in children with Glut1 deficiency syndrome and epilepsy.** In *J Pediatr*. 2008 Nov;153(5):716-8.
- Bauer R, Hudson J, Müller HD, Sommer C, Dekomien G, Bourke J, Routledge D, Bushby K, Klepper J, Straub V. **Does delta-sarcoglycan-associated autosomal-dominant cardiomyopathy exist?** In *Eur J Hum Genet*. 2009 Sep;17(9):1148-53.
- Bagci S, Zschocke J, Hoffmann GF, Bast T, Klepper J, Müller A, Heep A, Bartmann P, Franz AR. **Pyridoxal phosphate-dependent neonatal epileptic encephalopathy.** In *BMJ Case Rep*. 2009;2009
- Klepper J. **Glucose transporter deficiency syndrome (GLUT1DS) and the ketogenic diet.** In *Epilepsia*. 2008 Nov;49 Suppl 8:46-9. Review.
- Leen WG, Klepper J, Verbeek MM, Leferink M, Hofste T, van Engelen BG, Wevers RA, Arthur T, Bahi-Buisson N, Ballhausen D, Bekhof J, van Bogaert P, Carrilho I, Chabrol B, Champion MP, Coldwell J, Clayton P, Donner E, Evangelou A, Ebinger F, Farrell K, Forsyth RJ, de Goede CG, Gross S, Grunewald S, Holthausen H, Jayawant S, Lachlan K, Laugel V, Leppig K, Lim MJ, Mancini G, Marina AD, Martorell L, McMenamin J, Meuwissen ME, Mundy H, Nilsson NO, Panzer A, Poll-The BT, Rauscher C, Rouselle CM, Sandvig I, Scheffner T, Sheridan E, Simpson N, Sykora P, Tomlinson R, Trounce J, Webb D, Weschke B, Scheffer H, Willemsen MA. **Glucose transporter-1 deficiency syndrome: the expanding clinical and genetic spectrum of a treatable disorder.** In *Brain*. 2010 Mar;133(Pt 3):655-70.
- Klepper J, Scheffer H, Elsaid MF, Kamsteeg EJ, Leferink M, Ben-Omran T. **Autosomal recessive inheritance of GLUT1 deficiency syndrome.** In *Neuropediatrics*. 2009 Oct;40(5):207-10.
- Klepper J. **GLUT1 deficiency syndrome in clinical practice.** In *Epilepsy Res*. 2011 Mar 5.
- Byrne S, Kearns J, Carolan R, Mc Menamin J, Klepper J, Webb D. **Refractory absence epilepsy associated with GLUT-1 deficiency syndrome.** In *Epilepsia*. 2011 May;52(5):1021-4.
- Fung EL, Ho YY, Hui J, Wong JH, Ng TB, Fong NY, Klepper J, Tsui KW. **First report of GLUT1 deficiency syndrome in Chinese patients with novel and hot spot mutations in SLC2A1 gene.** In *Brain Dev*. 2011 Feb;33(2):170-3.
- Gökben S, Yılmaz S, Klepper J, Serdaroglu G, Tekgül H. **Video/EEG recording of myoclonic absences in GLUT1 deficiency syndrome with a hot-spot R126C mutation in the SLC2A1 gene.** In *Epilepsy Behav*. 2011 Jun;21(2):200-2.
- Koy A, Assmann B, Klepper J, Mayatepek E. **Glucose transporter type 1 deficiency syndrome with carbohydrate-responsive symptoms but without epilepsy.** In *Dev Med Child Neurol*. 2011 Dec;53(12):1154-6.
- Klepper J, Leidecker B. **Ketogene Diät bei refraktärer Epilepsie im Kindesalter.** In *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2011(8):739-744.
- Neal, Elizabeth (Buchbeitrag Klepper J: The ketogenic diet in the treatment of neurological disorders). **Dietary Treatment of Epilepsy and other Neurological Disorders.** In *A Practical Guide*, 1. Edition August 2012
- Klepper J, Santer R: Disorders of glucose transport. In: Saudubray J-M, van den Berghe G, Walter JH(eds.): **Inborn Metabolic diseases – diagnosis and treatment**, 5th ed, 2012.

## Wichtige Publikationen seit 2006, Dr. Christian Wieg, Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin

- Wilhelm M. u. Wieg C., **Postnatale Primärversorgung und Morbidität bei FG< 1250g.** In *Z Geburtshilfe Neonatol* 2006; GNPI Suppl.
- Wieg C. u. Wilhelm M., **„Minimal Feeding“ in der ersten Lebenswoche.** In *Z Geburtshilfe Neonatol* 2007; GNPI Suppl.
- Spiegler J, Gilhaus A, König IR, Kattner E, Vochem M, Küster H, Möller J, Müller D, Kribs A, Segerer H, Wieg C, Nikischin W, von der Wense A, Gebauer C, Herting E, Göpel W., **Polymorphisms in the Renin-Angiotensin System and Outcome of Very-Low-Birthweight Infants.** In *Neonatology* 2009 Jul 2;97(1):10-14.
- Härtel C, Haase B, Browning-Carmo K, Gebauer C, Kattner E, Kribs A, Segerer H, Teig N, Wense A, Wieg C, Herting E, Göpel W., **Does the enteral feeding advancement affect short-term outcomes in very low birth weight infants?** In *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009 Apr;48(4):464-70.
- Spiegler J, Kattner E, Vochem M, Küster H, Möller J, Müller D, Kribs A, Segerer H, Wieg C, Nikischin W, von der Wense A, Gebauer C, Herting E, Göpel W., **Very low birth weight infants as a model to study genetic influences on neonatal weight gain.** In *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008 Jan;46(1):113-6.
- Kribs A, Härtel C, Kattner E, Vochem M, Küster H, Möller J, Müller D, Segerer H, Wieg C, Gebauer C, Nikischin W, Wense A, Herting E, Roth B, Göpel W., **Surfactant without intubation in preterm infants with respiratory distress: first multi-center data.** In *Klin Padiatr*. 2010 Jan-Feb;222(1):13-7. Epub 2010 Jan 18.
- Härtel C, Hemmelmann C, Faust K, Gebauer C, Hoehn T, Kribs A, Laux R, Nikischin W, Segerer H, Teig N, von der Wense A, Wieg C, Herting E, Göpel W; German Neonatal Network. **Tumor necrosis factor-promoter-308 G/A polymorphism and susceptibility to sepsis in very-low-birth-weight infants.** In *Crit Care Med*. 2011 May;39(5):1190-5.
- Härtel C, Felderhoff-Müser U, Gebauer C, Hoehn T, Kribs A, Laux R, Möller J, Segerer H, Teig N, von der Wense A, Wieg C, Stichtenoth G, Herting E, Göpel W; German Neonatal Network (GNN). **ATP-binding cassette member A3 (E292V) gene mutation and pulmonary morbidity in very-low-birth-weight infants.** In *Acta Paediatr*. 2012 Apr;101(4):380-3.
- Stichtenoth G, Demmert M, Bohnhorst B, Stein A, Ehlers S, Heitmann F, Rieger-Fackeldey E, Olbertz D, Roll C, Emeis M, Mögel M, Schiffmann H, Wieg C, Wintgens J, Herting E, Göpel W, Härtel C., **Major Contributors to Hospital Mortality in Very-Low-Birth-Weight Infants: Data of the Birth Year 2010 Cohort of the German Neonatal Network.** In *Klin Padiatr*. 2012 Mar 22
- Göpel W, Kribs A, Ziegler A, Laux R, Hoehn T, Wieg C, Siegel J, Avenarius S, von der Wense A, Vochem M, Gronckel P, Weller U, Möller J, Härtel C, Haller S, Roth B, Herting E; German Neonatal Network. **Avoidance of mechanical ventilation by surfactant treatment of spontaneously breathing preterm infants (AMV): an open-label, randomised, controlled trial.** In *Lancet*. 2011 Nov 5;378(9803):1627-34



Oder ganz einfach,  
Küchen machen uns Spaß  
- das sollte schon beim  
Planen und während der  
Beratung spürbar sein.

Küchen adrian ist bereits  
seit 30 Jahren mit ganzem  
Herzen rund um die  
Küche als zuverlässiger  
Partner über die Region  
hinaus bekannt – das  
beweisen auch die zahl-  
reichen Kunden, die eine  
ganzheitliche Beratung  
der Küchenprofis sehr zu  
schätzen wissen ...



www.adrian-kuechen.de  
Telefon 06021 3505-0 · info@adrian-kuechen.de



**adrian**  
Küchenprofis mit Herz

Aschaffenburg



**in Aschaffenburg  
Nilkheim**

**Direkt an der  
B 469**

Möbel Kempf GmbH & Co.KG  
Niederberger Straße 8, 63741 Aschaffenburg/Nilkheim

**in Bad König-Zell  
Odenwald**

**Direkt an der  
B 45**

Möbel Kempf GmbH, Gewerbezentrum Zell,  
64732 Bad König-Zell

*Da muss ich hin!*

**Das  
Einkaufs-  
Erlebnis  
für die ganze Familie!**

**Möbel Kempf**

**DIE EINRICHTUNGSZENTREN DER STARKEN MARKEN!**

**Selbst auswählen  
Selbst transportieren  
Selbst aufbauen  
Riesig sparen**



**NEU** [www.mobile-wohnspass.de](http://www.mobile-wohnspass.de)



**Sulzbach**



**Egelsbach**

**MOBILE®**  
DER WOHN-SPASS

**Sulzbach  
bei Aschaffenburg**  
Mobile Möbelvertriebs GmbH  
Industriestraße 2,  
63834 Sulzbach/Main

**Egelsbach  
direkt an der A661**  
Mobile Möbelvertriebs GmbH & Co. KG  
Kurt-Schuhmacher-Ring 14,  
63329 Egelsbach