

Die Chronik der Kinderklinik an der
Lachnerstrasse
-
„Lachnerklinik“

Julia Gmelin

Aus der Kinderklinik Dritter Orden
Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin
Chefarzt: Prof. Dr. med. J.G. Schöber

Die Chronik der Kinderklinik an der Lachnerstrasse
-
„Lachnerklinik“

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Julia Friederike Gmelin, geb. Fink
aus
München
2004

Mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. J.G. Schöber

Mitberichterstatter: Prof. Dr. D. Reinhardt

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. K. Peter

Tag der mündlichen Prüfung: 19. Februar 2004

Meiner lieben Mutter in Dankbarkeit

Danksagung

Zu Beginn meiner Arbeit möchte ich mich bei meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. J.G. Schöber, für die gründliche und konstruktive Betreuung der Doktorarbeit bedanken.

Mein besonderer Dank gilt ebenso

Sr. Lydia und Sr. Mechthild, den leitenden Schulschwestern, für ihre Hilfsbereitschaft, die Bereitstellung sämtlichen Materials und die zahlreichen Informationsgespräche,

Frau Fresenius, Frau Jauer und Schwester Ute für ihren Einsatz und die reibungslosen Abläufen.

Meiner lieben Familie möchte ich ganz herzlich für die geduldige und liebevolle Unterstützung die ganze Doktorarbeit hindurch danken.

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort	1
2.	Medizinische Versorgung um die Jahrhundertwende	3
2.1	Morbidität	4
2.2	Mortalität	6
2.3	Ambulante ärztliche Versorgung in München	8
2.4	Kinderfürsorge und Säuglingsheime in München und Umgebung	12
3.	Die historische Entwicklung und Veränderung der Kinderklinik an der Lachnerstrasse	14
3.1	1901-1909 Von der Kinderkost- und Pflegestelle bis zum Säuglingsheim in der Metzstrasse	14
3.2	1909-1939 Säuglingsheim an der Lachnerstrasse	18
3.3	1939-1955 Kriegs- und Nachkriegsjahre, Säuglingskrankenhaus	28
3.4	1955-1984 Gliederung in Abteilungen für Kinderchirurgie und Pädiatrie	29
3.5	1984-2002 Phase der Modernisierung und Spezialisierung	31
4.	Letzer Stand zur Zeit des 90-jährigen Jubiläums	35
4.1	Stationen und Ambulanzen der Kinderklinik an der Lachnerstrasse	35
4.2.	Besondere Aktivitäten der Kinderklinik	46
4.3	Projekt „Arche Noah“	51
4.4	Kindernotarztdienst	52
4.5	Umzug von der Lachnerklinik in den dritten Orden	55
4.6	Zukunftsperspektiven	57
5.	Ärzeschaft	61
5.1	Leitende Ärzte in der Lachnerklinik (Historie)	61
5.2	Biographie der Ärzteschaft	64
6.	Schwesternschaften verbunden mit der Lachnerklinik	72
7.	Trägerschaften	79
8.	Kinder-Krankenpflegeschule	81
9.	Forschung und Lehre	88
9.1	Dissertationen	88
9.2	Publikationen	89
9.3	Praktika und Vorlesungen	95
10.	Zusammenfassung	97

Anhang	101
A) Operationsstatistik und Diagramme	101
B) Baubeschreibung	117
C) Internet Homepage	135
D) Rezepte	136
E) Quellenangaben	143
Lebenslauf	

1. Vorwort

Die Kinderklinik an der Lachnerstrasse in München nähert sich in ihrer über 90-jährigen Geschichte einem bedeutenden Ereignis. 1903 in der Metzstrasse gegründet, 1909 in ein neues Heim an der Lachnerstrasse umgezogen und zum vorbildlichen Säuglingsheim gereift, steht im Jahr 2002 am Beginn des neuen Jahrtausend der Einzug in ein neues Domizil in der Menzingerstrasse an. Die bedeutenden Fortschritte in der Naturwissenschaft und damit die sich kontinuierlich erweiternden Kenntnisse in der Medizin, waren letztendlich der Grundstein für die heutige Kinderklinik. Nicht zu vergessen sind die zahlreichen Ärzte, Schwestern und Bürger, die zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts mit viel Mut und großer persönlicher Hingabe die Lage der Säuglinge und Kleinkinder entscheidend zu verbessern halfen. Wenn man bedenkt, dass allein die Säuglingssterblichkeit am Ende des neunzehnten und zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts bei 30 Prozent, heute aber nur noch bei etwa 0,4 Prozent liegt (siehe Anhang A), kann man ermessen, welcher ungeheuren Herausforderung sich die engagierten Damen und Herren damals stellten, um diese zu bewältigen und in welchem Maße zu dem heutigen Niveau der medizinischen Kinderheilkunde sie beigetragen haben. Nur dem allseitigen Wunsch, die damalige Situation der Säuglinge und Kinder zu verbessern, ist es zu verdanken, dass es den beteiligten Ärzten, Schwestern und Bürgern gelungen ist, das erstrebte Ziel zu erreichen und den heutigen Stand der Erkenntnisse fortzuführen. Erwähnenswert sind auch die großzügigen Spenden und finanziellen Zuwendungen, insbesondere von privater Seite, die ein entscheidender Beitrag waren, das Vorhaben auf den Weg und zum Erfolg zu bringen. Der Erfolg der Bemühungen aller Beteiligten gibt Anlass auf die Geschichte der Kinderklinik an der Lachnerstrasse zurückzublicken. Es war diese Klinik, die für viele Projekte der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge im In- und Ausland als erstrebenswertes Vorbild diente (16,S.10). Verständlicherweise ist für eine Zeit von einem Jahrhundert mit all ihren Wirren, speziell den Kriegszeiten, kaum zu erwarten, eine durchgehende Historie des Kinderkrankenhauses zu finden. Im Laufe der vergangenen 93 Jahre haben die Schwestern- und Trägerschaften der Klinik aus gegebenen Gründen immer wieder gewechselt. Allein in der Zeit zwischen 1939 und 1945/46 waren drei verschiedene Schwesternschaften mit der Betreuung der Klinik beauftragt worden. Aus den noch vorhandenen Aufzeichnungen, Beiträgen und Daten aus der Vergangenheit bis zur Gegenwart, und aus den unterschiedlichsten Quellen, soll mit

dem nachfolgenden Beitrag versucht werden, ein umfassendes Bild der Geschichte und der Arbeit des Krankenhauses zu zeichnen.

Ein willkommener Anlass, jetzt die Chronik der Kinderklinik an der Lachnerstrasse, der sogenannten „Lachnerklinik“, zu erforschen, war die Tatsache, dass die Klinik am 02.05.2002 in ein vollkommen neues Gebäude im Bereich des dritten Ordens umzieht. Mit diesem Umzug geht ein wesentlicher Abschnitt zu Ende und es beginnt ein neues Kapitel.

2. Medizinische Versorgung um die Jahrhundertwende

Zur Jahrhundertwende (1900) erfährt die Kinderheilkunde einen signifikanten Aufschwung; dieser wurde durch immer neue Erkenntnisse in den Naturwissenschaften, sich erweiternde medizinische und damit ärztliche Kenntnisse, insbesondere auch durch die spezifischen hygienischen und ernährungswissenschaftlichen Erfordernisse bei Säuglingen und Kleinkindern stimuliert. Bakteriologische, biologische, physikalisch-energetische als auch chemische Erkenntnisse und deren Einfluss auf den menschlichen Organismus führen zusammenfassend zu einem neuen Verständnis und damit zu den heute selbstverständlichen Vorsorgeuntersuchungen, Therapien und Pflegemaßnahmen in der Pädiatrie. Im Folgenden sollen die zur Jahrhundertwende dominierenden Kinderkrankheiten, ihre Bekämpfung und der daraus resultierende erfreuliche Rückgang der sehr hohen Mortalität im Säuglingsalter betrachtet werden (16,S.35).

Es wurde nach einiger Zeit immer mehr der Trend, ein individuelles Nährrezept zu erstellen und nicht dem Ernährungsschematismus zu verfallen. Mit typisierten Erfolgskriterien ließ sich der Ernährungserfolg bei den ärztlichen Visiten leicht nachweisen. Im Anhang werden noch die in der Milchküche des Säuglingsheimes gebräuchlichsten Rezepte dargestellt. Es gab „Normalnahrungen“ und „Heilnahrungen“, die bei bestimmten Indikationen verordnet wurden (16,S.35ff.).

Nahezu alle heute gebräuchlichen Medikamente, wesentlich die heute oft verordneten Antibiotika waren vor 100 Jahren unbekannt.

2.1. Morbidität

Eine der wesentlichen Ursachen für die hohe Rate an Säuglingserkrankungen war das nur sehr bedingte Wissen der damaligen Bevölkerung über Anforderungen an die Ernährung und allgemeine Hygiene im frühen Kindesalter. Eine gezielte Aufklärung und Schulung der betreuenden Erwachsenen, insbesondere der Mütter, führte zu einer kontinuierlichen Abnahme der akuten als auch chronischen Ernährungsstörungen und der damit einhergehenden Erkrankungen wie z.B. Diarrhö etc. Mit der Abnahme der ernährungsbedingten Erkrankungen verblieb jedoch noch immer eine deutliche Häufigkeit an Infektionskrankheiten, insbesondere der Tuberkulose. Aus heutiger Sicht waren die zu Anfang dieses Jahrhunderts noch weitverbreiteten unzureichenden Wohnverhältnisse und die damit verbundenen hygienischen Gegebenheiten Hauptursache. Ein Problem in den Kliniken stellte der „Schematismus“ der Pflege dar. Bei dieser Art der Pflege wurde die Individualität des Kindes nicht ausreichend berücksichtigt. Auch die Ansteckung der Kinder sowohl durch die Schwestern als auch durch die Kinder selbst war nicht unerheblich; diesem Übertragungsweg konnte man durch die aseptische Pflege, sowie durch zweckentsprechende Maßnahmen (z.B. Händedesinfektion) und Isoliervorrichtungen Abhilfe schaffen. Der rapide Rückgang von Lues bei Erwachsenen, d.h. auch von werdenden Müttern und ihren Säuglingen, in den ersten zwei Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts ist ein weiterer Erfolg der umfassenden Aufklärung und der Bekämpfung dieser Krankheit. Verblieben war nur noch eine relative Häufigkeit von Lungenentzündungen der Kinder, die in der Regel von grippal erkrankten Erwachsenen infiziert wurden. Also bedurfte es auch hier einer Sensibilisierung der Allgemeinheit und einer umfassenden Aufklärung über Ansteckungswege, sowie der möglichen gravierenden Folgen einer Erkrankung für den Säugling. Die Bedeutung und die positiven Ergebnisse dieser systematischen und gezielten Aufklärung und Erkenntnisse in der Säuglingspflege kann eindeutig den Aufzeichnungen seit Anfang des vergangenen Jahrhunderts über die Sterbehäufigkeit von Säuglingen im ersten Lebensjahr entnommen werden (31a,S.17ff).

Welche wichtige Rolle die Ernährung spielte, sah man bei den Erfolgen der einzelnen Kliniken. Deshalb wurden durch die ärztliche Leitung alle neuen Erkenntnisse gesammelt und die bewährtesten Ernährungsmethoden übernommen. Dr. Schlossmann wirkte mit seinem ersten Säuglingsheim in Dresden als Vorbild für die „natürliche Ernährung“ mit Mutter- und Ammenmilch; dadurch wurde es erstmals möglich, Säuglinge in Kliniken aufzunehmen. Diese

Art der Ernährung zog man, wie heute auch noch, der künstlichen Ernährung vor. Durch häufiges Anlegen von mehreren Kindern konnte man die Milchproduktion der Hausammen erheblich steigern; auf bis zu durchschnittlich 1-1.5 Liter pro Tag kam man durch das systematische Anlegen; die beste Leistung lag bei 4.5 Liter pro Tag. Da es sich aber als schwierig erwies, genügend Ammen zu finden, musste man gelegentlich doch auf die künstliche Ernährung zurückgreifen; erfreulicher Weise wurden die Ernährungserfolge trotzdem nicht schlechter. Als man sich nicht mehr an den festen Speiseplan der "Minimalernährung" hielt und erkannte, dass die Toleranzgrenze der richtig gepflegten und genährten Säuglinge um einiges höher ist, als es die Schulmedizin beigebracht hat, wuchsen die Erfolge der künstlichen Ernährung (siehe Anhang E; 16, S. 35ff.).

2.2. Mortalität

Aus heutiger Sicht war die Sterblichkeit aller Neugeborenen im ersten Lebensjahr mit ca. 30% zu Beginn des letzten Jahrhunderts unverhältnismäßig hoch (siehe Anhang A; 45). München verzeichnete, wie aus den Aufzeichnungen zu entnehmen ist, eine z.T. über dem Durchschnitt Deutschlands liegende Mortalität. Eine eindeutige Erklärung hierfür lässt sich nicht geben. Diese allgemein hohe Sterblichkeitsrate wurde in der Vergangenheit als unabwendbare Tatsache hingenommen. Ärzte und aufgeklärte Kinderfreunde, die ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf die Gesundheit der Kinder richteten, erkannten die Wichtigkeit der sauberen Lebensbedingungen für Säuglinge und Kleinstkinder in Bezug auf Ernährung, Pflege und Unterbringung. Die für den Beginn des letzten Jahrhunderts verfügbaren Aufzeichnungen geben erste interessante Hinweise über mögliche Todesursachen, reichen aber für eine differenzierte Auswertung noch nicht aus, vermitteln also nur einen Trend. Die Statistik der Stadt München über die Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr, soweit verfügbar, weist für 1913 eine Rate von 14,3 % aus; weitere Aufzeichnungen beginnen dann erst wieder im Jahr 1931. Angaben zur Todesursache werden keine gemacht. Hinweise auf Erkrankungen mit Todesfolge finden sich jedoch in dem Bericht über fürsorgliche und ärztliche Lehrtätigkeit von 1903 bis 1928 des Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse. Folgende Angaben werden für die Mortalität im Jahre 1909 und 1927 ausgewiesen:

Todesursache	1909 (%)	1927 (%)
Ernährungsstörung	20,0	8,0
Sepsis	20,0	8,0
Pneumonie	8,6	24,0
Bronchopneumonie	2,9	8,0
Lebensschwäche	17,1	-
Lues congenita	8,6	12,0
Tuberkulose	8,6	8,0
Erysipel	2,9	4,0
Rachitis bzw. Tetanie	2,9	-
Angeborener Herzfehler	2,9	-
Pylorusstenose	2,9	-
Urämie	-	4,0
Asphyxie	-	8,0
Meningitis	-	8,0
Little'sche Krankheit	-	4,0
Unbekannte Todesursache	2,9	4,0
Gesamt	100,3	100,0

Tabelle 1: Statistik der Todesursachen im Säuglingsheim an der Lachnerstrasse

1909 wurden in dem Säuglingsheim an der Lachnerstrasse 294 Säuglinge aufgenommen, 35 der Säuglinge verstarben, d.h. ca.12 %. 1927 waren bereits 502 Säuglinge aufgenommen, von denen nur noch 25 verstarben, was einen Rückgang auf ca.5 % bedeutet (16,S.28ff.).

Zum Vergleich weist die Statistik für Bayern für 1911 eine Mortalitätsrate von 23.1 % und für 1921 eine Rate von 10.7 % aus. Zahlen für München stehen aus o.g. Gründen bedauerlicherweise für diesen Zeitraum nicht zur Verfügung. Der Rückgang der Todesrate des Heimes als auch in Bayern zeigt den gleichen Trend auf. Erwähnenswert ist, dass das Heim eine ungleich größere Zahl an überdurchschnittlich anfälligen Säuglingen als dem Durchschnitt aufnahm. Die statistischen Angaben für die Stadt München weisen 1913 eine Sterblichkeit von 14.3 % aus, 1931 von 8.2 %, 1940 noch 6.7 % mit weiterer leicht abnehmender Tendenz bis 1956. Die Fortführung der Zahlenreihe zeigt 1980 noch 1.3% und für 1996 erfreuliche 0.36 %. Die Aufzeichnungen des statistischen Landesamtes Bayern reichen von 1881 bis 1997. Die Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr in Bayern wird 1881 mit etwa 30 % ausgewiesen, ab 1887 leicht fallende Tendenz, 1901 etwa 25 %. 1924 verringert sich die Rate auf 14,7 %. 1932 ist die Sterblichkeit bereits auf ein Drittel des Jahres 1881 zurückgegangen, d.h. 10%. Die kontinuierliche Abnahme erfährt nur in dem Zeitraum 1942 bis 1946 eine Unterbrechung als Folge des zweiten Weltkrieges. 2001 liegt die Sterblichkeit bei nur noch 0,41 % (siehe Anhang A Diagramme).

2.3. Ambulante ärztliche Versorgung in München

Die älteste kinderheilkundliche Einrichtung in München geht auf die Initiative des praktizierenden Arztes Dr. Franz Reiner (Abb.1) zurück, welcher im Januar 1818 die sogenannte „Reiner' sche Besuchsanstalt für kranke Kinder und Augenkranke“ in seiner Privatwohnung in der Löwengrube Nr. 5 eröffnete.



Abbildung 1: Dr. Reiner (3, S. 9)

Mit Beschluss des Stadtmagistrats im Jahre 1827 stand der Besuchsanstalt ein neues Zuhause am Viktualienmarkt zur Verfügung. Die zunehmende Zahl unentgeltlicher Behandlungen und Arzneiabgaben an Bedürftige erforderte dringend finanzielle Hilfe, um den Fortbestand der Anstalt zu sichern. Erneut erhielt die Anstalt von dem Magistrat der Stadt München Unterstützung und zusätzlich konnte seine königliche Hoheit der Prinz Carl von Bayern für dieses Projekt gewonnen werden. 1829 übernahm Königin Therese das Protektorat, um somit Mitglieder für einen Trägerverein zu gewinnen. 1837 verstarb Dr. Franz X. Reiner, an dessen Stelle sein Assistent Dr. Wimmer trat. Dr. Vogel, welcher das erste deutschsprachige Lehrbuch für Kinderkrankheiten herausgab, schloss sich Dr. Wimmer an, die Ambulanz Dr. Reiners fortzuführen (6,S.10 ff.).Die Reiner' sche Besuchsanstalt teilte sich in eine augen- und ohrenärztliche Ambulanz unter Leitung von Dr. Wimmer, sowie in eine pädiatrische Abteilung unter Führung von Privatdozent Dr. Vogel auf (42,S.31 ff). 1863 mit dem Einzug der Reiner'schen Besuchsanstalt in das sogenannte „Reisingerianum“ in der Sonnenstrasse entstand die erste „Pädiatrische Poliklinik“ der Universität München.

Die 1843 gegründete „Allgemeine Poliklinik“ der Ludwig-Maximilian Universität war mit dem Umzug in die Sonnenstrasse bald besser unter dem Namen „Reisingerianum“ (Abb.2) bekannt. Aus den Mitteln des Nachlasses von Dr. Franz Reisinger konnte das neue Gebäude der „Allgemeinen Poliklinik“ finanziert werden.



Abbildung 2: "Reisingerianum" nach einem Bombenangriff 1944 (3, S. 11)

1866 erhielt Dr. Vogel eine Stellung als außerordentlicher Professor an der Universität in Dorpat. Nach dessen Ausscheiden übernahm Prof. Heinrich von Ranke die Leitung der Kinderpoliklinik.



Abbildung 3: Priv. Doz. Dr. Carl Seitz (3, S. 12)

1890 übernahm Privatdozent Dr. Carl Seitz (Abb.3) die Nachfolge in der Kinderpoliklinik (42,S.39 ff.).

1907 wurde die Kinderpoliklinik in einem neuen Gebäude in der Pettenkoflerstrasse untergebracht. Mit dem Einzug in dieses neue Gebäude wurde mit 10 Betten eine stationäre Behandlung angegliedert.

Kinderpoliklinik		Dr. v. Haunersches Kinderspital
Reinersche Besuchsanstalt	1818	
	1846	Gründung des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals
Umzug in das Reisingerianum in der Sonnenstrasse 17	1863	In der Sonnenstrasse 27
Eröffnung der pädiatrischen Poliklinik	1865	
	1882	Eröffnung des Neubaus an der Lindwurmstrasse 4
Umzug in die neue Poliklinik in der Pettenkoflerstrasse 8a	1907	
	1928	
	1. gemeinsame Leitung unter Prof. v. Pfaundler	
	1998	
	+ - - - - - Fusion unter Prof. Reinhardt - - - - - +	

Tabelle 2: Wichtige historische Eckpunkte der Kinderpoliklinik und des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals

1928 wurde, nach der Emeritierung von Prof. Seitz, die pädiatrische Poliklinik der Universitäts-Kinderklinik unterstellt. Die Leitung hatte Prof. Meinhard von Pfaundler (6,S.12ff).

Zu Beginn des ersten Weltkrieges wurden zunächst eine Reihe von Säuglingsfürsorgeeinrichtungen zu Gunsten der Betreuung von Verwundeten aufgegeben. Dieser Entwicklung stellte sich jedoch die deutsche Kaiserin entschieden entgegen. Sie ermahnte die zuständigen Organe und die Öffentlichkeit, bestehende Einrichtungen der Säuglingsfürsorge nicht zu vernachlässigen oder gar zu schließen oder umzuwidmen, sondern den Erfordernissen entsprechend zusätzliche Institutionen zu schaffen. So entstanden in den Außenbezirken von München sechs weitere neue Fürsorgestellen. Somit standen insgesamt 21 von Kinderärzten geleitete Fürsorgeeinrichtungen in München zur Verfügung. Im Vergleich entstanden in Berlin zur gleichen Zeit nur 9 Einrichtungen dieser Art. Neben diesen offiziellen Einrichtungen wurden eine Reihe privater Säuglingsheime und Krippen gegründet, die der Aufsicht der Stadt unterstanden. Neben der rein ärztlichen Betreuung durch die Fürsorgestellen erhielten bedürftige Mütter über die Wohlfahrtsausschüsse Unterstützung in Form von Säuglingsnahrung, Wäsche- und/oder Pflegegegenstände und Stillprämien in Höhe von bis zu 36 Mark bis zur 6. Woche nach der Entbindung (4,S.3). Die hierfür notwendigen Finanzmittel wurden über den städtischen Stiftungsrat aus der Freiherr von Hirsch Stiftung zur Verfügung gestellt. Ergänzend zu den vorstehend genannten Einrichtungen gab es weiterhin private Fürsorge in Form von Beratungsstunden durch frei praktizierende Ärzte, die dafür auch ihre Praxisräume zur Verfügung stellten (40,S.255ff.). Zu erwähnen ist auch die Heckscher Nervenheil- und Forschungsanstalt an der Tristanstrasse, die Dr. M. Isserlin 1926 um eine ambulante "Heilpädagogische Arbeitsstätte", später heilpädagogische Beratungsstätte der Heckscher Klinik, erweiterte (3,S.64).

2.4. Kinderfürsorge und Säuglingsheime in München und Umgebung

1901 rief Dr. Georg Hirth die Bevölkerung Münchens auf, einen " Verein Kinderschutz " zu gründen, dessen Anliegen es war, sich verlassener, verwaister und misshandelter Kinder anzunehmen (3,S.51). Dies war in einer Zeit wenig geübter Kinderfürsorge als Pioniertat zu werten. Seinem Aufruf folgten zahlreiche Anhänger. Da die Sterberate der Säuglinge um die Jahrhundertwende mit bis zu 30 % erschreckend hoch war, sahen die dem Verein angehörigen Ärzte als vordringlichste Aufgabe die gezielte Besserung der mehr als mangelhaften gesundheitlichen Verhältnisse (siehe Kapitel Mortalität). Die Münchner Universitäts-Kinderpoliklinik sah sich täglich überfüllten Ambulanzen gegenüber. Hier reifte nun der Gedanke, diesen Kleinstkindern eine Zufluchtstätte in Form eines Säuglingsheimes zu schaffen. Der Vorstand des Vereines griff diese Idee wohlwollend auf .

1902 erbrachte ein großes Wohltätigkeitsfest über 12 000 Mark, wodurch der finanzielle Grundstein für das Säuglingsheim gelegt wurde (16,S.7).

Unabhängig von dem Vorhaben des Vereins engagierten sich auf der pflegerischen Seite die Bayerischen Schwestern vom Blauen Kreuz (siehe auch 3.1. Historische Entwicklung). Dank der Weitsicht der Oberin Otilie Ley wurde im Herbst 1903 im Schwesternheim in der Metzstrasse in Haidhausen eine kleine Station zur Aufnahme und Pflege von Säuglingen eröffnet. Diese Station entsprach im eigentlichen Sinne noch keinem Heim, vielmehr einer Kostkinderpflegestelle. Auf Anregung von Dr. Szkolny, polizeilicher Kostkinderarzt, kamen die Ärzte mit den Schwestern überein, die Station zu einem Säuglingsheim auszubauen. Eine detaillierte Ausführung der Entwicklung des Heimes in der Metzstrasse siehe Kapitel 3.1., 3.2.

Als mustergültige Säuglingsstation galt auch das Gisela-Kinderspital, welches 1899 von Dr. R. Hecker und Dr. J. Trumpp gegründet wurde; dieses Spital wurde, trotz des Protektorats von der Prinzessin Gisela von Bayern und eines eigenen Vereines, aufgrund finanzieller Schwierigkeiten mit baulichen Mängeln und unrentablen technischen Einrichtungen 1913 der Verwaltung des städtischen Krankenhauses München-Schwabing unterstellt. Um 1925 setzt Prof. Josef Husler, ehemaliger Oberarzt der Universitäts-Kinderklinik bei Prof. M. v. Pfaundler, den Neubau eines Kinderkrankenhauses auf dem Gelände des Schwabinger Krankenhauses in der Parzivalstraße durch. 1928 konnte der Neubau des Schwabinger Kinderkrankenhauses bezogen werden. Zu dem ebenso wichtigen Dr. v. Haunerschen Kinderspital siehe Kapitel 2.3.

Der Kinderarzt Dr. Oppenheimer errichtete die erste Münchner Beratungsstelle für Kinderkrankheiten, die sog. „Mütherschule“, im Jahre 1905. Im gleichen Jahr wurde das „Prinzessin- Arnulfhaus“ von Dr. O. Reinach eröffnet.

Durch die zahlreichen Personen, Anstalten und Fürsorgestellen, die sich für die Säuglingsfürsorge einsetzten, konnte eine Zentrale für Säuglingsfürsorge in München gebildet werden; der Vorstand wurde durch die drei Vorsitzenden des Vereins „Säuglingsheim München“, Dr. C Seitz, Dr. R. Hecker, Dr. J. Trumpp gebildet. Die Stadtgemeinde München unterstützte diese Zentrale mit Zinsen aus dem Oskar Waltherschen Unterstützungsfond. Finanzielle Unterstützung erhielten die Säuglingsfürsorger auch durch ihre Protektorin, Prinzessin Rupprecht von Bayern (16, S. 10ff.; 3, S. 50ff.).

1924 wurde mit Unterstützung von Prof. Pfandler, dem Direktor der Universitäts-Kinderklinik und Dr. Rommel, dem Leiter des Säuglingsheims an der Lachnerstrasse, das Kinderheim Maria in Bad Tölz für Kinder, die an Tuberkulose erkrankt waren, gegründet. Dr. Philipp Zölch, Assistenzarzt an der Universitäts-Kinderklinik, übernahm die Betreuung des Heimes. Nachdem sich sehr bald das Haus in Bad Tölz mit 25 Betten als zu klein erwies, plante Dr. Zölch eine neue Kinderheilstätte. Mit Hilfe der Landesversicherungsanstalt Oberbayern konnte 1931 das neue Heim in Gaissach bei Bad Tölz eröffnet werden. Heute stehen insgesamt 160 Betten zur Verfügung.

3. Die historische Entwicklung und Veränderung der Kinderklinik an der Lachnerstrasse

3.1. 1901 – 1909 Von der Kinderkost- und Pflegestelle bis hin zum Säuglingsheim an der Metzstrasse

Wie bereits dokumentiert, war die Säuglingssterblichkeit Anfang des 20. Jahrhunderts mit 30 Prozent erschreckend hoch (siehe Kapitel 2.2 Mortalität), und es wuchs der allgemeine Wille der Bevölkerung, dieses Problem anzugehen. Es bedurfte jedoch einzelner Personen, die auch bereit waren, sich dieser Herausforderung zu stellen.

Am Todestage von Pettenkofer im Jahr 1901 rief Dr. Georg Hirth die Münchner Bevölkerung auf, einen "Verein Kinderschutz" zu gründen, dessen Anliegen es war, sich verlassener, verwahrloster und misshandelter Kinder anzunehmen (3,S.51). Dies war in einer Zeit wenig geübter Kinderfürsorge als Pioniertat zu werten, und es folgten seinem Aufruf zahlreiche Anhänger, wie die Ärzte der Münchner Universitätskinderpoliklinik, Prof. Dr. C. Seitz, Dr. O. Rommel und Dr. Joseph Meier (siehe auch 2.3. und 2.4.). Die dem Verein angehörigen Ärzte betrachteten als vordringlichste Aufgabe die gezielte Verbesserung der mehr als mangelhaften gesundheitlichen Verhältnisse. Sie konnten durch relativ einfache und für jeden nachvollziehbare Veränderungen der Lebensbedingungen dieser Kinder erfreuliche Resultate erzielen (siehe Kapitel Mortalität).

Die Münchner Universitätskinderpoliklinik sah sich mit der Zeit täglich überfüllten Ambulanzen gegenüber. Hier reifte nun der Gedanke, den Kleinstkindern eine Zufluchtstätte in Form eines Säuglingsheimes zu schaffen. Der Vorstand des „Vereins Kinderschutz“ griff diese Idee wohlwollend auf und veranstaltete zur finanziellen Grundsteinlegung des Säuglingsheims 1902 ein großes Wohltätigkeitsfest, welches mehr als 12 000 Mark einbrachte (16,S.7).

Parallel zu diesem Vorhaben engagierten sich auf pflegerischer Seite die Bayerischen Schwestern vom Blauen Kreuz. Oberin Berg-Schrimpf erkannte durch die tägliche Arbeit die Not der Säuglinge. Im Herbst 1903 eröffneten die Schwestern in ihrem Heim in der Metzstrasse eine kleine Station zur Aufnahme und Pflege von Säuglingen, eine einfache Kinderkoststelle.

Erst durch den Besuch der Kinderkoststelle durch den polizeilichen Kinderarzt Dr. Szkolny kam es zu der Entstehung des von Ärzten gewünschten Säuglingsheims. Die Oberin trat an die beiden Ärzte Dr. Rommel und Dr. Meier mit dem Vorschlag heran, die Kinderkoststelle zu

einem Säuglingsheim auszubauen (Abb. 4).



Abbildung 4: Das alte Säuglingsheim in der Metzstrasse (16, S. 9)

Die Ärzte stellten ihre Mitarbeit kostenlos zur Verfügung; die Schwesternschaft war ebenso bereit, unter der Leitung der Ärzte die Pflege und Führung des Heimes unentgeltlich zu übernehmen (24, I.4).

Um dem Heim das gesammelte Geld offiziell aus dem Verein „Kinderschutz“ zukommen zu lassen, war es nötig einen Rechtsträger für das Säuglingsheim zu schaffen. Am 3.12.1903 wurde der Verein "Säuglingsheim München e.V.“ gegründet (35,S.1). Der Vorstand wurde gebildet von:

Prof. Dr. Carl Seitz, Vorstand ; Dr. Joseph Meier und Dr. Otto Rommel, als leitende Ärzte des Säuglingsheimes und Paul Oldenbourg (Verlagseigner, Handelsrichter und Königlicher Kommerzienrat), als Schatzmeister (1,S.11).

Am 8.12.1903 wurde der neue Verein mit einem Festakt den Honoratioren und der damaligen Öffentlichkeit vorgestellt. Prof. Dr. Schlossmann, Gründer des ersten Säuglingsheims in Deutschland, erregte mit seinem Vortrag, "Ziele und Bedeutung moderner Säuglingsheime", große Aufmerksamkeit und Interesse. Er wies auf die ethische, humanitäre, aber insbesondere auch volkswirtschaftliche Bedeutung und den Nutzen einer Senkung der Säuglingssterblichkeit hin. Dem neuen Verein traten zahlreiche der geladenen Gäste bei. Ihre Königliche Hoheit, Marie Gabrielle, Prinzessin Rupprecht von Bayern (Abb.5), wurde gewonnen, das Protektorat des Vereins zu übernehmen (16,S.8ff.).



Abbildung 5: Die Büste von Prinzessin Rupprecht (38)

Die Leitung des Heimes übernahm Dr. O. Rommel. Gemeinsam mit Dr. J. Meier, beides ehemalige Assistenzärzte der Kinderpoliklinik, setzte er sich für die offene Fürsorge ein. Gleich im ersten Jahr der Gründung eröffnete man eine Säuglingsmilchküche, die erste in München und ganz Bayern.

Dazu richtete man auch noch eine Säuglingsberatungsstelle ein. In demselben Jahr wurde auch die erste bayerische Säuglings- und Kinderpflegerinnenschule gegründet.

1903 wurden, um den steigenden Bitten nach Aufnahme in die Pflegestelle in der Metzstrasse nachzukommen, zusätzliche Wohnungen auch im Nachbarhaus in der Metzstrasse 14 angemietet. Es standen nun 15 Betten zur Verfügung. Über die Größe und Aufteilung der Wohnungen ist heute wenig bekannt. Aus Aufzeichnungen aus jener Zeit waren jedoch ohne Frage die Verhältnisse in den Wohnungen äußerst einfach; man fand Petroleumbeleuchtung, Ofenheizung und kein fließendes Wasser in den Pflegezimmern. Ungeachtet dieser Einschränkungen bemühten sich die Schwestern, so gut wie unter den damaligen Umständen möglich, die Pflege wie von Prof. Schlossmann und Prof. Heubner empfohlen, zu verwirklichen.

Als besondere Ehre galt dem Heim der Besuch der deutschen Kaiserin Augusta Viktoria im Jahre 1906 (24, Kap 4). Zu dieser Zeit galt das Heim als eine Art Zentrale für

Säuglingsfürsorge; denn diese Anstalt beschäftigte sich nicht nur mit der Säuglingssterblichkeit und ihrer Bekämpfung, sondern auch mit der Ernährung und der Pflege der Säuglinge; es wurde zum Beispiel in demselben Jahr eine kleine Sommerstation in Unterhaching eröffnet, um den Kindern des Heimes frische Luft und Sonne zu gewähren (16, S.12) . Aber auch alle anderen Aufgaben rund um die Säuglinge wurden mit großer Sorgfalt erfüllt (16,S.5 ff.). 1906 sind 198 Kinder verschiedenen Alters behandelt worden; im Jahr zuvor waren es 193 (7, S.2). 1908 waren es bereits 231 Kinder. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 63 Tage. Diese relativ lange Verweildauer erklärt sich aus der Notlage der Eltern; eine anderweitige Unterkunft war in vielen Fällen nicht möglich (8,S.4ff.).

3.2. 1909 - 1939, Säuglingsheim an der Lachnerstrasse

In Kenntnis der Unzulänglichkeiten in der Metzstrasse reifte alsbald der Plan eines eigenen modernen Hauses. Es sollte nicht nur den neuesten Erkenntnissen in der Säuglings- und Kinderheilkunde gerecht werden, sondern auch die Möglichkeit bieten, zukünftige Erkenntnisse zu integrieren. Für dieses Vorhaben erhielt der Trägerverein eine großzügige Stiftung der Freifrau von Schrenk-Notzing. Mit diesem Geld konnte der Bauplatz in der Lachnerstrasse gekauft werden (9, S.7 ff.).

Nach zahlreichen weiteren Spenden fand 1908 die feierliche Grundsteinlegung mit Gönnern und Gästen, die dem Verein nahe standen, statt.

Am 8.Mai 1909, nach etwa einem Jahr Bauzeit, ging der Wunsch nach dem eigenen Heim in Erfüllung (Abb. 6).



Abbildung 6: Das Säuglingsheim an der Lachnerstrasse (16, S.16)

Mit dem Einzug in das neue Heim standen nun 75 Betten für Säuglinge und Kleinkinder, 12 Betten für Mütter und ein Tagesraum für Kleinkinder zur Verfügung (Abb. 7,8).



Abbildung 7: Ein Einzelzimmer (16, S. 18)



Abbildung 8: Der Tagesraum für Kleinkinder im Erdgeschoss (16, S. 18)

Das Äußere des Gebäudes war dem Italienischen Barockstil nachempfunden. Leicht beschwingt, sollte bewusst der Eindruck eines modernen, viel Licht und Luft gewährenden Gebäudes, vermittelt werden. Grosse Fenster und ein überdachter, sonniger Südbalkon, sowie der Aufenthalt im Garten (Abb. 9), sollten die Genesung der jungen Patienten im Rahmen der Frischluft-Therapie wirkungsvoll unterstützen.



Abbildung 9: Die Kleinkinder im Garten (16, S. 32)

Die innere Gestaltung des Gebäudes trug ebenfalls den damals neuesten Erkenntnissen und Vorstellungen Rechnung. Eine detaillierte Beschreibung des Gebäudes findet sich im Anhang (B) (9,S.8ff.). Das neuerrichtete Heim an der Lachnerstrasse war mit seiner Ärzte- und Schwesternschaft somit das erste moderne und großzügige Säuglingsheim in ganz Süddeutschland. In kurzer Zeit war das Säuglingsheim nicht nur in München und seiner Umgebung wohl bekannt, sondern erregte ebenso großes Interesse in ganz Deutschland wie auch im Ausland. Davon zeugen die Eintragungen im Gästebuch des Heimes (Abb. 10).

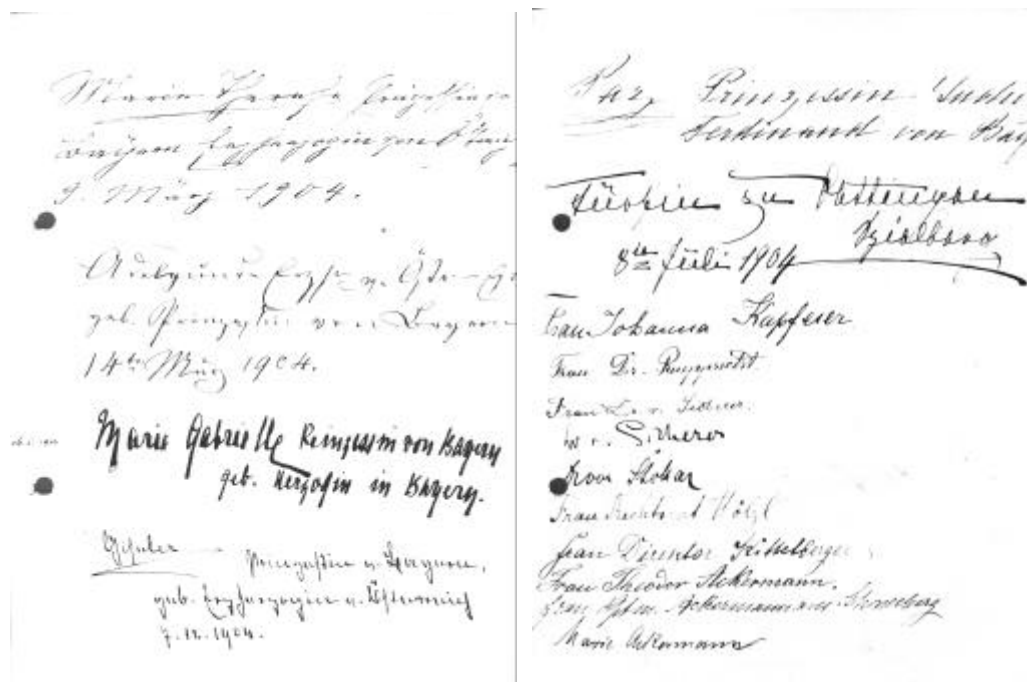


Abbildung 10: Gästebuch des Säuglingsheimes an der Lachnerstrasse

Folgende bekannte Ärzte sahen sich das neuerbaute Heim an: die Kinderkliniker Siegart (aus Halle), Peiper (aus Greifswald), Pfaundler (aus Graz), die Hygieniker Behring (aus Marburg) und Prausnitz (aus Graz), Feer (aus Heidelberg) und Bernheim (aus Zürich), Escherich und Knöpfelmacher (aus Wien), Biedert (aus Straßburg), Falkenheim (aus Königsberg), von Mettenheim (aus Frankfurt a.M.), Brüning (aus Rostock), der Leiter der Kinderklinik in Malmö der Leiter des Kinderspitals in Albany (Amerika), der Leiter des Findelwesens in Konstantinopel, der Direktor der Findlingsanstalt Piräus Griechenland, sowie die deutsche Kaiserin, uvm. Es finden sich Eintragungen aller damals bekannten Kinderärzte wie auch bedeutender Persönlichkeiten mit sozialpolitischem Engagement. Sie kamen aus Berlin, Dresden und Hamburg, von Wien, St. Petersburg und New York. Der Bitte von Fachleuten aus Wien, Altona, Genf, Lübeck, Breslau und Magdeburg und sogar der griechischen Königin auf Überlassung der Baupläne wurde selbstverständlich entsprochen; war es doch eine besondere Anerkennung für das Heim und allen die sich an dem Projekt selbstlos beteiligt hatten. Dadurch, dass die Mortalitätsrate der Säuglinge dieses Heimes bei etwa 12% lag und somit ungefähr um die Hälfte niedriger als die allgemeine Sterberate, wurden die Heilerfolge des Heimes in kurzer Zeit über die Grenzen von München bekannt. Sie führten zu stetig neuen Anfragen nach Aufnahme. Der Verein entschloss sich daher zu einer großzügigen Erweiterung des Heimes mit einem neuen Gebäude. In diesem sollten die Personalunterkünfte, Vorrats- und sonstigen Betriebsräume untergebracht werden. Mit der Verlagerung sah man sich in der Lage, die Aufnahme von kleinen Patienten zu erhöhen, vorzugsweise Frühgeburten und Kleinstkinder. Ein eigenes Röntgenzimmer (Abb.11) und



Abbildung 11: Das Röntgenzimmer (16, S. 21)

ein eigenes Laboratorium (Abb. 12)



Abbildung 12: Das Laboratorium (16, S.17)

konnten ebenfalls eingerichtet werden, sowie weitere spezielle medizinische Untersuchungs-, Behandlungs- und Geräteräume (16, S.10ff.). Ebenso wurde die bereits in der Metzstrasse bewährte Milchküche in der Lachnerstrasse weitergeführt. (Abb.13).

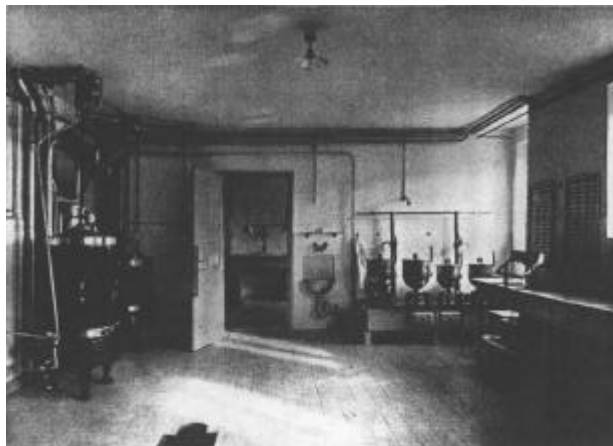


Abbildung 13: Die Milchküche im Kellergeschoss in der Lachnerstrasse (16, S. 17)

1913 konnte anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Säuglingsheimes ein Schwestern- und Pflegerinnenheim, das sog. "Prinzessin-Rupprecht Haus", bezogen werden. Es war eine wertvolle Ergänzung, die dem damals sehr geschätzten Entgegenkommen von Geheimrat Stöhr zu verdanken war. Mit dem Umzug der Schwestern und Pflegerinnen in das neue Haus wurde

im Hauptgebäude zusätzlicher Raum gewonnen. Dieser erlaubte eine Erhöhung der Aufnahme bis zu 120 Patienten. Auch die Zahl der Schwestern konnte auf 12 und die der Schwesternschülerinnen auf 30 erhöht werden.

1914-1918, die Zeiten des ersten Weltkrieges, und die darauf folgenden Jahre bereiteten insbesondere in finanzieller Hinsicht schwere und sorgenvolle Zeiten (16, S.12ff.).

1925 fand, unter dem Protektorat Ihrer Königlichen Hoheit, Kronprinzessin Rupprecht, der erste "Chrysanthemenball" statt, ein Wohltätigkeitsfest zu Gunsten des "Säuglingsheim an der Lachnerstrasse" (Abb.14). Die Gründerin dieses Balls, Frau Paula Zell, wurde von Anfang an durch das Haus Wittelsbach unterstützt; sie organisierte diesen auf einer Benefiz-Soiree im Cherubinssaal des Hotels Vier Jahreszeiten. Das Heim erhielt aus dieser Benefizveranstaltung 25.000.-Mark. Das Ehrenkomitee bildeten Geheimrat Prof. Dr. Carl Seitz, Geheimrat Dr. J. Meier und Hofrat Dr. Otto Rommel. Als aktive Ehrenvorsitzende des Vereins galt früher Ihre Königliche Hoheit Prinzessin Pilar von Bayern und heute Ihre Königliche Hoheit Prinzessin Beatrice von Bayern. Als Organisatoren und Vorstandsvorsitzende des Vereins „Chrysanthemenball e.V.“ fungieren schon seit einigen Jahren Gudrun Freifrau Loeffelholz von Colberg und Stefan Bongartz. An Attraktivität gewann der Chrysanthemenball 1958, als die Debütantinnen präsentiert und in die Gesellschaft eingeführt wurden. Das Beachtenswerte des Balls ist, dass sowohl der Erlös der gesamten Spenden als auch des Balls zu 100% an bedürftige Kinder geht. Seit 1962 wurden beispielsweise Spenden von insgesamt 3.585.803 DM gesammelt; 1995 erhielt die Lachnerklinik davon 63.360 DM. Es wurden andere Institutionen wie z.B. die Hauner'sche Kinderklinik (1992-1996; 178.042DM), das Haus Maria Thalkirchen (1990-1993; 105.393DM), die Pfennigparade in München (1985-1990; 144.208DM) u.v.a. unterstützt (39).



Abbildung 14: Der Aushang des ersten Chrysanthemenballs (38)

1926 wandte sich der Verein „Säuglingsheim München e.V.“ an das Bayerische Staatsministerium des Inneren mit der Bitte, den Verein in eine Wohltätigkeitsstiftung zu überführen. So entstand 1926 die „Säuglingsheim München Stiftung“. Der beachtenswerte Erfolg des Heimes beruhte auf einer ständigen selbstkritischen Prüfung und der Weiterbildung des Personals und der Ärzte beispielweise in der Homöopathie und der Behandlung von Diphtherie mit Heilserum (16, S.35ff). Während man mit der Behandlung allgemeiner Kinderkrankheiten z.B. mit diversen Diätrezepten (Anhang D) gute Fortschritte erreichte, bedurfte es bei der Bekämpfung von Tuberkulose noch vermehrter Anstrengungen, da es zu Anfang des Jahrhunderts noch keine medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten der Tuberkulose gab. Eine Infektion mit Tbc im Kleinkindesalter galt damals als schwer beeinflussbar und im Säuglingsalter praktisch unheilbar. Den Bemühungen von Geheimrat Dr. Otto Rommel, Chefarzt des damaligen Säuglingsheimes an der Lachnerstrasse, und des Direktors der Universitäts-Kinderklinik München, Prof. Meinhard von Pfaundler, war es zu verdanken, dass man 1924 in Bad Tölz ein geeignetes Haus anmieten konnte und dieses als erstes Erholungsheim für tuberkulosekranke Kinder zur Verfügung stellen konnte (45,S.1673). Prof. v. Pfaundler drückte die Notwendigkeit eines solchen Heimes in einem Gutachten folgendermaßen aus: „.. dass, eine unter kinderärztlicher Leitung stehende, an geeignetem Orte

zweckmäßig erbaute und eingerichtete Heilanstalt für jüngste Kinder viel Segensreiches wird erzielen können (4,S.9).“ Die medizinische Leitung lag in den Händen von Dr. Philipp Zölch.



Abbildung 15: Das Kinderheim Maria in Bad Tölz (3, S. 65)

Das Kinderheim "Maria" (Abb.15) bot 20 Kindern und Säuglingen Platz; es war die erste Kinderheilstätte für Tbc-krankte Säuglinge und Kleinkinder (4, S. 9ff). Die erzielten Heilungserfolge mit der Frischluft-Therapie, viel Sonne und der dementsprechenden Ernährung führten sehr bald dazu, dass das Erholungsheim dem Bedarf nicht mehr gerecht wurde (16, S. 61ff.). So plante man eine größere Einrichtung. Als Standort für die neue Klinik entschied man sich für ein Gelände zwischen der Stadt Bad Tölz und der Gemeinde Gaissach. Dr. Rommel und Dr. Zölch standen mit ihren medizinischen und praktischen Erfahrungen der Planung hilfreich zur Seite. In einer Denkschrift Dr. Zölchs aus dem Jahre 1928 ist zu entnehmen:“ Die neue Heilanstalt soll den Charakter einer modernen, gut eingerichteten Tbc-Klinik tragen und mindestens 120 Kinder aufnehmen können " (45, S.1673) (Abb.16).



Abbildung 16: Ein Gemälde von dem Kinderkrankenhaus Gaissach (45, S. 1676)

Eine Besonderheit war die Anregung von Dr. Zölch, das neue Haus aus ärztlicher und pflegerischer Sicht in einem Pavillonsystem zu errichten (Abb. 17). Dies gestattete kleine Pflegeeinheiten, für individuelle Behandlung und erlaubte, infektiöse Übertragungen zu minimieren. Ebenso sollte das Haus eine Quarantäne- und Isolierstation haben. Das Projekt genoss ebenso die Unterstützung Prof. Pfaundlers.

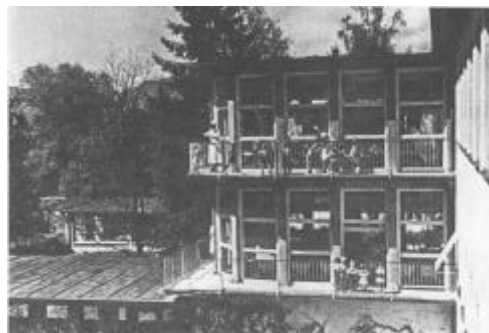


Abbildung 17: Der Liegepavillon von außen (3, S. 63)

1931 wurde die Klinik in Gaissach eröffnet. Dr. Zölch übernahm die medizinische Leitung, die Schwesternschaft des Säuglingsheims München übernahm die Pflege und die Führung der Klinik. Das Haus in Bad Tölz wurde als Rekonvaleszenzheim beibehalten.

1939 wurde die Stiftung "Säuglingsheim München" und damit das Heim an der Lachnerstrasse von der staatlichen NSDAP orientierten Einrichtung "Mutter und Kind" zwangsweise übernommen. Die gesamte Benediktus-Schwesternschaft wurde auf die zugehörigen Filialen

(Kinderheilstätte Gaissach, Säuglingsheim Pasing, Kinderheim Maria In Bad Tölz) aufgeteilt. Die pflegerischen Aufgaben in der Lachnerstrasse übernahmen damit die Rotkreuzschwestern (1,S.14).

3.3. 1939- 1955 Kriegs- und Nachkriegsjahre, Säuglingskrankenhaus

1939 wurde das Säuglingsheim zum Säuglingskrankenhaus ernannt. Am 6. September 1943 wurde das Krankenhaus bei einem Luftangriff auf München durch Bomben schwer beschädigt. Ein Teil der Kinder, im Alter von drei bis fünf Jahren, war bereits nach Kochel evakuiert worden. Die älteren Kinder wurden vorübergehend in einem Anwesen in der Reisingerstrasse untergebracht, um später nach Bad Wiessee am Tegernsee ebenfalls evakuiert zu werden. Am 23. April 1945 wurde das Haus (Wäscherei, Garten, Wasserleitungen und Kanalisation) durch Bomben weiter beschädigt.

1945, zu Ende des Krieges und der darauffolgenden Zeit befand sich das Krankenhaus im desolaten Zustand. Abgesehen von den Beschädigungen wurde das Haus durch die Belegungen mit verwundeten Soldaten und Flüchtlingen in weitere Mitleidenschaft gezogen.

Nach der Räumung des Hauses als provisorische Unterkunft für Verwundete und Flüchtlinge, erfolgte 1946 die Wiederaufnahme des Betriebes durch die Rückkehr eines Teiles der Benediktus Schwestern (29,S.11ff.; 24,S.75ff.; 25,S.44ff).

Als besonderer Glücksfall erwies sich, dass der jüdische Arzt Dr. Spanier, der das Konzentrationslager Theresienstadt während des Dritten Reiches überlebte, und der bereits zuvor dem Heim verbunden war, mit großem persönlichen Einsatz die unmittelbare Zukunft des Krankenhauses in allgemeiner als auch medizinischer Hinsicht gestaltete (27). Herr Dr. Spanier gab zum Beispiel Schwesternunterricht, galt als Begründer für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und engagierte sich als Präsident des Bayerischen Hilfswerkes und kommissarischer Leiter des ärztlichen Bezirksvereines München- Stadt und Land. 1946 bis 1955 hatte der jüdische Arzt die Leitung und Position des Chefarztes in dem Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse und war gleichzeitig Vorsitzender der „Münchner Gesellschaft für Kinderheilkunde“.

1950 konstituierte sich der Förderverein neu, nachdem er 1939 von der NS-Regierung zwangsweise aufgelöst wurde. Der neue Verein gab sich den Namen :“Prinzessin Rupprecht-Heim, Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse e.V.“.

1952 wurde das Krankenhaus vom Freistaat Bayern durch die Benediktus-Schwestern käuflich erworben.

3.4. 1955- 1984 Gliederung in Abteilungen für Kinderchirurgie und Pädiatrie

1955 wurde, nach dem Ausscheiden von Dr. Spanier, das Kinderkrankenhaus in zwei Abteilungen gegliedert: eine Abteilung für Kinderchirurgie (Chefarzt Dr. Lutz) und eine Abteilung für Pädiatrie (Chefarzt Dr. Scheppe). Dies brachte einen erheblichen Zuwachs an Patienten, insbesondere im Bereich der Kinderchirurgie (siehe Anhang A). Somit wurde eine Erweiterung des Krankenhauses notwendig. Diese räumliche Erweiterung geschah im Jahr 1962 durch einen großzügigen Anbau mit 90 Betten für die pädiatrische Abteilung (Abb. 18). Die Kinderchirurgie übernahm sämtliche Betten im Altbau. Zwischen Altbau und pädiatrischen Anbau wurde ein Zwischenbau erstellt mit Unterrichtsräumen für die Schule und Ambulanzräumen für Chef- und Oberarzt der Pädiatrie.



Abbildung 18: Das Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse, Neubau der Inneren Abteilung(3,S. 59)

1975 übernahm Dr. L. Schuster als Chefarzt die kinderchirurgische Abteilung. Er intensivierte insbesondere die Neugeborenenchirurgie und die Kinderurologie (1,S.14ff.). Das umfassende Operationsprogramm zeigt die Tabelle im Anhang A.

Dr. Scheppe gab während seiner Leitung der Klinik viele Impulse zu einer modernen Kinderklinik, die heute als selbstverständlich angesehen werden.

Erwähnenswert sind die unbeschränkten Besuchszeiten, wie auch die Mutter- Mitaufnahme in der Kinderklinik. Auf seine Initiative wurde ein EEG eingeführt, dessen Auswertung der damalige Oberarzt Dr. Kroth, der 1. EEG- Spezialist in der Lachnerklinik, übernahm. Neben

der Einrichtung einer modernen Milchküche, entstand eine kleine Neugeborenenintensivstation mit 4 Beatmungsplätzen (Sechrist-Beatmungsgeräte). Den kleinen Patienten war es möglich, eine umfangreiche Privatambulanz mit den Schwerpunkten Diabetes, Asthma und Ernährungsstörungen jeden Nachmittag zu besuchen. Dr. Scheppe war zusammen mit Prof. Riegel Mitbegründer der Neonatologischen Arbeitsgemeinschaft München. Er übernahm die Leitung der Schwesternschule und den Schwesternunterricht. Als Dr. Scheppe im Herbst 1983 schwer erkrankte, übergab er Herrn OA Dr. Metz kommissarisch die Leitung der Klinik (21, S.578ff.).

3.5. 1984 – 2002 Phase der Modernisierung und Spezialisierung

Am 1. Juli 1984 übernahm Prof. Dr. J.G. Schöber als Chefarzt die durch den Tod von Dr. Scheppe verwaiste interne Abteilung. Die folgenden Jahre waren geprägt von einer zunehmenden Spezialisierung im Bereich der Neonatologie, Kinderkardiologie und Neuropädiatrie sowie Modernisierung der Stationen und der medizinischen Geräte.

Spezialambulanzen:

Noch im Jahre 1984 wurde eine Spezialambulanz für Kinderkardiologie und für allgemeine pädiatrische Sonographie eröffnet. Zur sonographischen Diagnostik diente zunächst das Gerät der Firma ATL, später kamen noch 3 weitere Ultraschallgeräte hinzu, 2 davon mit Farbdoppler (Acuson XP 128 und Logic 500 der Fa. Kranzbühler). Der Acuson XP 128 diente hauptsächlich für die Echokardiographie. Die kardiologische Diagnostik wurde ergänzt durch ein Langzeit-EKG- Gerät, ein Gerät zur Langzeitblutdruckmessung, ein Fahrradergometer (Belastungs-EKG) und ein Gefäßdopplergerät. An weiteren Spezialambulanzen sind zu nennen: die EEG-Ambulanz, eine Sprechstunde für Heimmonitoring, ambulante Schweißteste, Entwicklungsneurologie, eine kinderurologische Sprechstunde, Hüftsonographie, eine kinderchirurgische Sprechstunde und eine kinderorthopädische Sprechstunde.

Bauliche Veränderungen:

Bereits im Jahre 1984 begann der Umbau der Neugeborenen- Intensivstation (bisher 4 Beatmungsplätze) zu einer interdisziplinären Intensivstation mit 8 Beatmungsplätzen und 12 Überwachungsplätzen. Neben Früh- und Neugeborenen konnten nun auch Schulkinder und Patienten nach großen chirurgischen Eingriffen intensivmedizinisch betreut werden. Die bisher vorhandenen Sechrist- Respiratoren wurden ergänzt durch Baby- log- Respiratoren (für Neugeborene und Kleinkinder), durch Servo- Ventilatoren (für Kleinkinder und Schulkinder) und durch Geräte zur Hochfrequenzoszillation. Im Jahre 1995 wurde ein Gerät zur NO-Beatmung für Patienten mit pulmonaler Hypertension angeschafft. Im Zuge des Umbaus wurde auf der Intensivstation ein Notfalllabor (Blutgase, Säure- Base Status, Elektrolyte, Bilirubin, Hämatokrit, Gerinnungswerte) eingerichtet. 1991 wurden 3 Überwachungsplätze in Beatmungsplätze umgewandelt, sodass insgesamt bis zu 11 Patienten beatmet werden konnten. Nach erfolgreichem Umbau der Intensivstation wurde die Säuglingsstation in den Jahren 1985/1986 zu einer Früh- und Neugeborenenstation (FUN) umgebaut (24 Betten). Auch auf der FUN

wurden genügend Nebenräume und ein Notfalllabor für Blutgase, Bilirubin, Blutzucker, und Hämatokrit eingerichtet. Für die Intensivstation (1.OG) und die FUN (2.OG) musste als Fluchttreppe im Westen ein verglaster Anbau errichtet werden. Dieser Anbau wurde im Erdgeschoss zu einem großen Spielzimmer für die Kinderstation erweitert. Parallel dazu wurde auch im Jahre 1985 die Operationsabteilung völlig umgebaut und modernisiert. Der Operationsbetrieb ging notfallmäßig weiter im Refektorium der Solanus- Schwestern. Parallel dazu wurde auch die Röntgenabteilung in den Jahren 1985/86 komplett umgebaut und in das Erdgeschoss (Nähe zur Notfallambulanz) verlegt. Alle Röntgengeräte wurden erneuert, und es wurde insbesondere ein modernes Durchleuchtungsgerät der Fa. Philips angeschafft. Für die Intensivstation wurde ein fahrbares Röntgengerät gekauft. Der letzte größere Umbau war im Jahre 1989 die Einrichtung einer Mutter- und Kind Station (MuK) im 3. OG. Auf dieser Ebene waren bisher Schülerinnen der Kinderkrankenpflegeschule untergebracht. Mit relativ geringem Aufwand (nur Eigenmittel) konnten die Zimmer in 11 wohnliche Mutter- Kind- Einheiten umgebaut werden, dazu die entsprechenden Nebenräume. In den folgenden fast 13 Jahren erfreute sich diese Station äußerster Beliebtheit. Die Zimmer waren nahezu immer zu 100 % belegt. Auf der MuK- Station wurde im Jahre 1991 das Schlaflabor eingerichtet und hier wurden meist auch die Patienten mit Undine- Syndrom (zentrale Hypoventilation im Schlaf) betreut, dazu auch Patienten mit einem Heimrespirator. Auch auf den übrigen Stationen wurden MuK- Zimmer eingerichtet, sodass insgesamt 29 Mütter (oder auch Väter) von Säuglingen und Kleinkindern mit aufgenommen werden konnten.

Schwerpunkt Neonatologie:

Nach der Eröffnung der Früh- und Neugeborenenstation stieg die Zahl der stationär behandelten Neugeborenen steil an, zeitweise bis auf über 900/Jahr (siehe Anhang A). Im selben Maß nahm auch die Zahl der sehr kleinen Frühgeborenen < 1500 gr zu. Zur besseren Versorgung dieser Hochrisiko- Neugeborenen wurde auf der Intensivstation ein ärztlicher Schichtdienst rund um die Uhr eingerichtet. Im Jahre 1985 erfolgte die Aufnahme der Lachnerklinik in das Perinatalzentrum München II. Am 6. Juli 1996 erhielt der pädiatrische Chefarzt Prof. Schöber von der Landesärztekammer die Ermächtigung zur vollen 2- jährigen Weiterbildung im Schwerpunkt Neonatologie.

Um die Neonatologie in der Lachnerklinik auf eine breitere Basis zu stellen, wurden mit mehreren geburtshilflichen Kliniken (Frauenklinik vom Roten Kreuz, Frauenklinik Dr.

Geisenhofer, Krankenhaus III. Orden und Kreisklinik Dachau) Kooperationsverträge abgeschlossen, welche die Erstversorgung von Risikogeburten im Kreissaal, Vorsorgeuntersuchungen und die Untersuchung auffälliger Neugeborener durch die Kinderärzte und die Neonatologen der Lachnerklinik sicherstellten. Bei drohender Gefahr für das Neugeborene erfolgte die Verlegung in die Lachnerklinik. Gegen Ende der 90er Jahre wurden in der Frauenklinik vom Roten Kreuz und in der Klinik Dr. Geisenhofer transitorische Neugeborenenintensivstationen eingerichtet, um eine sofortige Verlegung von kranken Neugeborenen nach der Geburt zu vermeiden. In vielen Fällen erfolgte die Verlegung dann in stabilem Zustand nach der Entlassung der Mütter aus der Frauenklinik. Im Jahre 2001 wurde auch in der Kreisklinik Dachau eine transitorische Intensivstation eingerichtet, welche von Ärzten der Lachnerklinik versorgt wird.

Weitere Schwerpunkte:

Neben der Allgemeinpädiatrie mit der Behandlung von zahlreichen Kindern mit Infektionskrankheiten, der Neuropädiatrie, der Kindertraumatologie und der Kinderurologie ist die Behandlung von Kindern mit dem seltenen Undine- Syndrom (Schlafhypoventilation) ein besonderer Schwerpunkt der Klinik. Neben der konventionellen Respiratortherapie über ein Tracheostoma oder eine Maske wird diesen Patienten die Möglichkeit der Zwerchfellschrittmachertherapie angeboten. In den Jahren 1985-1998 wurden die intrathorakalen Implantationen der dazu notwendigen Elektroden am Nervus phrenicus von Herrn Prof. Meisner (Deutsches Herzzentrum München) in der Lachnerklinik vorgenommen. In den folgenden Jahren übernahm Herr Prof. Kellnar diese Aufgabe. Die Auswahl der Patienten und die Nachsorge der Patienten übernahm Herr Prof. Schöber. In den letzten Jahren wurde die Zwerchfellschrittmachertherapie zunehmend auch für Patienten mit hoher Querschnittslähmung nach einem Unfall eingesetzt. Durch diese Besonderheit „Zwerchfellschrittmachertherapie“ gewann die Lachnerklinik überregional an Bedeutung. Die Patienten mit Undine- Syndrom oder mit hohem Querschnitt kommen inzwischen aus der ganzen Bundesrepublik, aus Österreich, der Schweiz und Italien zur Behandlung in die Lachnerklinik.

Seit dem Arbeitsbeginn von Herrn Prof. Kellnar (1.11.98) bekam die kinderchirurgische Abteilung neuen Auftrieb. Schwerpunkte seiner chirurgischen Tätigkeit sind die minimal invasive Chirurgie und die Neugeborenenchirurgie zur Korrektur von angeborenen

Fehlbildungen im Bereich des Thorax, des Abdomens und des ZNS (Hydrozephalus, Meningomyelozele).

So entwickelte sich die Lachnerklinik in den letzten 20 Jahren mit ihren 130 Betten zu einem Behandlungszentrum für Kinder aller Altersstufen. Das therapeutische Angebot der Klinik wird ergänzt durch Belegärzte für HNO- Erkrankungen (Dr. Reinhard, Dr. Geiger) und für Kinderorthopädie (Dr. Kipping, Dr. Scheuerer, Prof. Hamel). Hinzu kommen Konsiliarärzte für Augenheilkunde (Dr. Grove), für Neuropädiatrie (Prof. Förster), für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Dr. Fischer), für Gastroenterologie (Prof. Hadorn), für Dermatologie (Herr Prof. Dorn), für Syndromologie und Genetik (Frau Dr. Daumer-Haas) und für Kindergynäkologie (Dr. Weißenrieder). Bei zunehmender Zahl der stationären Patienten und zunehmendem Schweregrad der Erkrankungen nahm im Laufe der letzten 20 Jahre die Verweildauer deutlich ab (siehe Anhang A). Dies brachte für das pflegerische und ärztliche Personal sehr viel Mehrarbeit, was nur durch eine Stellenvermehrung und durch eine hohe Motivation der Mitarbeiter zu leisten war.

4. Letzter Stand zur Zeit des 90-jährigen Jubiläums

4.1. Stationen und Ambulanzen der Kinderklinik an der Lachnerstraße (1)

Am 18. Juli 1999 feierte die Lachnerklinik ihr 90-jähriges Bestehen. Die anlässlich dieses Jubiläums herausgegebene Festschrift gibt eindrucksvoll den letzten Stand der Klinik vor ihrem Umzug in den Bereich des Krankenhauses III. Orden wieder. Der nun folgende Überblick über die Stationen, Spezialambulanzen und über die Schwerpunkte und Aktivitäten der Klinik orientiert sich im wesentlichen an den Daten und Fakten dieser Festschrift.

Pädiatrie :

Am 01.06.1999 standen der **pädiatrischen Abteilung** der Kinderklinik an der Lachnerstrasse 90 Betten zur Verfügung; diese verteilten sich auf 5 Stationen:

1. Klein- und Schulkinderstation,

welche sich im Erdgeschoss befindet und über 27 Betten incl. 3 Mutter- und Kindeinheiten verfügt.

Ltd. Oberarzt:

Dr. Jörg Metz

Ltd. Stationschwester:

Sr. Esther Schnitzbauer

Stationsärzte:

Fr. Dr. Baumgartner -Schneider

Hr. Dr. Compostella

Hr. Bodeewes (AIP)

2. Interdisziplinäre Intensivstation,

diese liegt im 1. OG und hat 20 Betten bzw. Inkubatoren (hiervon 16 pädiatrische und 4 chirurgische Behandlungsplätze), auch Betten für größere Kinder und 12 Respiratoren.

Oberarzt:

Dr. Heinrich Vielhaber

Ltd. Stationschwester:

Sr. Monika Schier

Stationsärzte:

Fr. Beisenherz

Fr. Böhm

Fr. Fölsing

Fr. Dr. Garhammer

Fr. Dr. Moldabajewa

Fr. Dr. Parhofer

Fr. Dr. Welcker

Fr. Plössel

Hr. Dr. Geffken

Hr. Daunderer (AIP)

Hr. Schönecker (AIP)

Die hohe Ärztezahl erklärt sich aus dem Schichtdienst und aus den zusätzlichen Aufgaben: In der Nacht und am Wochenende wird die Notfallambulanz von den Ärzten der Intensivstation mitversorgt; der ärztliche Dienst ist 24h doppelt besetzt, um auch die Notfalleinsätze im Kreißaal der Frauenklinik vom Roten Kreuz und der geburtshilflichen Klinik vom Dritten Orden durchführen zu können.

3. Früh- und Neugeborenenstation,

die sich im 2. OG befindet und 23 Wärmebetten und Inkubatoren, sowie Geräte zur nasalen CPAP- Therapie (continuous positive airway pressure) vorweist.

Oberarzt:

Dr. Björn Kumlien

Ltd. Stationsschwester:

Sr. Annemarie Fechter

Stationsärzte:

Fr. Gaigl

Fr. Saidely (AIP)

4. Mutter- und Kind- Station,

welche 11 M+K- Einheiten, ein Schlaflabor und Geräte zur Heimbeatmung hat und im 3. OG liegt.

Oberarzt

Dr. Björn Kumlien

Ltd. Stationsschwester

Sr. Silvia Justi

Stationsärzte

Hr. Dr. Aulinger

Hr. Dr. Lucae (AIP)

5. Interdisziplinäre Säuglingsstation,

diese liegt im 2.OG im Altbau und verfügt über 13 interne Betten.

Oberarzt

Dr. Jörg Metz

Ltd. Stationsschwester

Sr. Evelyn Neppel

Stationsärzte

Fr. Dr. Keicher

Hr. Wolf (AIP)

Im Jahre 1998 wurden auf der pädiatrischen Abteilung 3.609 Patienten aufgenommen; im Vergleich zum Jahre 1980 bedeutete das eine Steigerung um 61%, denn 1980 wurden 2.245 Patienten aufgenommen. Die durchschnittliche Verweildauer lag im Jahre 1998 bei 7,1 Tagen, im Jahre 1980 dagegen 11,1 Tage.

Kooperation mit den geburtshilflichen Kliniken

Mit vier bedeutenden Frauenkliniken wurden Verträge für die Kooperation zur neonatologischen Versorgung abgeschlossen; d.h. die Neonatologen der Kinderklinik sind bei Risikogeburten für die Erstversorgung im Kreißsaal, die Neugeborenenstation und die Vorsorgeuntersuchungen verantwortlich.

Frauenklinik vom Roten Kreuz

Kooperation seit 1985

Station zur transitorischen intensivmedizinischen Behandlung für Früh- und Neugeborene (seit 1999)

Chefarzt

Prof. J.G. Schöber

Oberarzt

Dr. Björn Kumlien

Stationsärzte (Schichtdienst)

Fr. Dr. Gartner

Fr. Dr. Jeske

Fr. Dr. Lent

Fr. Dr. Willnow

Hr. Dr. Weisser

Frauenklinik Dr. Geisenhofer

Kooperation seit ca. 1988

Station zur transitorischen intensivmedizinischen Behandlung für Früh- und Neugeborene (seit 1998)

Stationsärzte

Fr. Schirk

Hr. Dr. Schwick

Im Verbund mit den niedergelassenen Neonatologen:

Fr. Neumaier

Hr. Dr. Trinczek- Gärtner

Geburtshilfliche Abteilung des Dritten Orden

Kooperation seit ca. 1990

Fr. Dr. Merget

Geburtshilfliche Abteilung der Kreisklinik Dachau

Kooperation seit 1986

Fr. Dr. Schmidt- Habelmann

Folgende sind Spezialgebiete, in denen sich die meisten Ärzte neben ihrer Routinearbeit engagieren:

Kinderkardiologie

Prof. Schöber, Fr. Dr. Fölsing, Hr. Dr. Vielhaber

Langzeit- EKG

Fr. Dr. Schmidt- Habelmann

Entwicklungsneurologie

Hr. Dr. Metz

EEG, Epileptologie

Hr. Dr. Vielhaber, Fr. Beisenherz

Schlaflabor

Prof. Schöber, Hr. Dr. Aulinger, Hr. Dr. Lucae

Heim-Monitoring, Heimbeatmung

Hr. Dr. Kumlien, Hr. Dr. Vielhaber

Zwerchfellschrittmacher- Therapie

Prof. J. Schöber, Hr. Dr. Kumlien

Sonographie

Fr. Dr. Reichelt, Hr. Dr. Compostella, Hr. Dr. Pflaumer, Hr. Dr. Vielhaber

Dünndarmsaugbiopsie, Oesophagus- pH- Metrie

Fr. Dr. Willnow

Homöopathie

Hr. Dr. Lucae

Folgende **Spezialprechstunden** werden angeboten :

Kinderkardiologie

Prof. J. G. Schöber, Hr. Dr. H. Vielhaber

Sonographie (Schädel, Abdomen, Urogenitalorgane)

Prof. J. G. Schöber, Hr. Dr. Vielhaber, Fr. Dr. Reichelt, Hr. Dr. Compostella

Heim- Monitoring

Hr. Dr. Kumlien

Entwicklungsneurologie

Hr. Dr. Metz

EEG, Epileptologie

Fr. Beisenherz, Hr. Prof. Förster

Privatambulanz für allgemeine Kinderheilkunde

Prof. J. G. Schöber, Hr. Dr. J. Metz

Notfallambulanz (rund um die Uhr)

Alle Assistenten, Oberärzte und der Chefarzt

Kinderchirurgie :

Im Jahre 1999 konnte die kinderchirurgische Abteilung in der Kinderklinik an der Lachnerstrasse 39 Betten + 6 tageschirurgische Betten vorweisen; diese verteilten sich auf 4 Stationen:

Chirurgische Kinderstation

Im 1.OG mit 25 Betten incl. 7 M+K Einheiten

Ltd. Oberarzt

Dr. Michael Retzlaw

Ltd. Stationschwester

Sr. Ute Dasburg

Stationsärzte

Fr. Dr. Pfliegler

Hr. Berleth

Hr. Dr. Schittenhelm

Tageschirurgische Station

Im 1.OG mit 6 Betten für Kinder jeder Alterstufe

Ltd. Oberarzt

Dr. Michael Retzlaw

Ltd. Stationschwester

Sr. Ute Dasburg

Stationsärztin

Fr. Dr. Stoll

Interdisziplinäre Säuglingsstation

10 chirurgische Betten

Oberarzt

Dr. M. Retzlaw

Ltd. Stationschwester

Sr. Evelyn Neppel

Stationsärzte

Hr. Dr. Jorysz

Hr. Baumann

Interdisziplinäre Intensivstation

4 chirurgische intensivmedizinische Behandlungsplätze

Die kinderchirurgische **Notfallambulanz** befindet sich im Erdgeschoss und wird rund um die Uhr betreut:

Stationsarzt

Hr. Seidel

Auch die **Röntgenabteilung** wird 24 Stunden besetzt:

Ltd. Ärzte

Prof. Dr. J. Schöber

Prof. Dr. St. Kellnar

Ltd. MTRA

Fr. Astrid Hofmann

Folgende **Spezialprechstunden** werden angeboten:

Kinderchirurgische Sprechstunde

Prof. Kellnar, Dr. Retzlaw

Sonographie (Schädel, Abdomen, Nieren):

Dr. Retzlaw, Hr. Baumann

Urologische Sprechstunde

Dr. Retzlaw, Dr. Pfliegler

Hüftsonographie

Dr. Stoll, Dr. Jorysz

Unfallchirurgische Sprechstunde

Dr. Retzlaw, Dr. Jorysz

Orthopädische Sprechstunde

Hr. Dr. Kipping, Hr. Dr. Scheuerer, Fr. PD Dr. Schittich

Anästhesiologische Sprechstunde

Hr. Dr. Oberhauser

Im Jahre 1998 wurden insgesamt 2.832 chirurgische Eingriffe vorgenommen, von denen 14% ambulant oder tageschirurgisch durchgeführt wurden. Die Verweildauer wurde auf durchschnittlich 3,1 Tage verkürzt.

Folgende **Spezialgebiete** findet man in **der Kinderchirurgie**:

Kinderurologie, Kindertraumatologie einschließlich der Versorgung von Verbrennungen und Verbrühungen. Ungefähr 200 Knochenbrüche wurden innerhalb des Jahres 1999 operativ versorgt. Seit Mitte des Jahres 2000 wurde der Abteilung das D-Arzt-Verfahren bzw. die berufsgenossenschaftliche Versorgung von Verletzungen im Kindesalter, die Behandlung und Nachsorge von Patienten mit Hydrozephalus und Spina bifida sowie endoskopische bzw. laparoskopische Eingriffe und plastische Chirurgie anerkannt.

Funktionsabteilungen, Verwaltung und Hausdienste

Verwaltungsleiter

Hr. Bauer

Pflegediensleitung

Sr. Callista Meier

Archiv

Sr. Andrea Rodler

Buchhaltung

Fr. Zimmermann

Fr. Stadler

Chefarztsekretariat Kinderchirurgie

Fr. Neumann

Fr. Bretzel

Fr. Bockelmann

Chefarztsekretariat Pädiatrie, EKG, UKG, Langzeit- EKG, Sonographie

Fr. Kress,

Fr. Aydin,

Fr. Schmidt

Fr. Jauer

EDV- Abteilung

Fr. Berger

EEG, Hörteste

Fr. B. Vogel

Fr. I. Vogel

Fr. Lauf

Hygiene Supervision

Fr. Dr. Linner

Fr. Lyra

Küche

Hr. Scheungrab, Hr. Hartmann und ihr Team

Labor

Fr. Kaulich

Sr. Petra Bauer

Fr. Seidel

Materialwirtschaft

Sr. Felicitas Penzkofer

Patientenaufnahme und Telefonvermittlung

Fr. Seyffert

Hr. Birkholz

Fr. Bochanek

Fr. Ott

Fr. Krauss

Patientenverwaltung

Hr. Schirrmann

Fr. Schiemann

Fr. Dietl

Personalverwaltung

Fr. Zymek

Fr. Rieke

Physiotherapie

Fr. Meenen

Fr. Blome

Fr. Meckes

Seelsorge

P. Roman Kormann SJ

Pfarrerinnen M. Stiegel

Sozialdienst

Fr. Imran (Sozialpädagogin)

Fr. Engels (Psychologin)

Stillberatung

Sr. Elke Schubert

Technischer Dienst

Hr. Stein

Hr. Philipp

Hr. Halupka

Verwaltungssekretariat

Fr. Hainzl

4.2. Besondere Aktivitäten der Kinderklinik an der Lachnerstrasse

Die Kinderklinik versteht sich aus ihrer fast 100-jährigen Geschichte heraus als moderne und richtungsweisende Institution. Entsprechend vielseitig sind die Aktivitäten, allgemein und in der spezifischen medizinischen Betreuung vom Säugling und Kleinkind bis zu den Eltern und der Ausbildung von Kinderärzten und dem Pflegepersonal. Zur Information der breiten Öffentlichkeit trägt die Klinik mit Beiträgen im Rundfunk und Fernsehen bei. Auch das heute neueste Medium, das Internet, wird (<http://www.kinderklinik.de>) (31) mit einem breiten Angebot an Informationen über die Klinik selbst und ihre Stationen, mit Fachbeiträgen für Ärzte, für Schwestern und für Eltern bereits genutzt. (Siehe Anhang C).

Neben diesen elektronischen Medien wendet sich die Klinik aber auch in gedruckter Form an die Öffentlichkeit, z.B. in einer Broschüre, die die staatlich anerkannte "Berufsfachschule für Kinderkrankenpflege" der Kinderklinik an der Lachnerstrasse vorstellt. Es werden der breitgefächerte Unterricht, die praktische Ausbildung und die Berufsaussichten zur Kinderkrankenpflege erläutert.

Zur Selbstkontrolle, um einzuschätzen, wie nahe man den selbst gesetzten Zielen kommt, werden in Abständen Fragebögen an niedergelassene Praxen, die mit der Kinderklinik zusammenarbeiten, aber auch an die Eltern, deren Kinder zur Behandlung in der Klinik weilten, gerichtet. Die an die Praxen gerichteten Fragebögen erreichen ca. 800 Ärzte in und um München, in den Landkreisen Fürstfeldbruck, Dachau, Freising, Aichach und Friedberg. Die Rückmeldungen werden statistisch ausgewertet und mit Anregungen oder Vorschlägen zur Verbesserung des Services genutzt.

Monatlich finden sogenannte Perinatalkonferenzen mit der Frauenklinik vom Roten Kreuz statt; hier werden in einem Fachgremium komplizierte Fälle von Neugeborenen besprochen, die auf eine der Intensivstationen verlegt wurden (die Frauenklinik in der Taxisstrasse bietet 3, die Kinderklinik in der Lachnerstrasse bietet 11 Beatmungsplätze). Zu dem Fachgremium gehören Prof. Bailer, Leiter der Belegabteilung und Prof. Eiermann, Leiter der Chefarztabteilung aus der Taxisstrasse, sowie Priv. Doz. Dr. Schramm und Dr. Gloning, Abteilung für Pränatalmedizin, sowie Fr. Dr. Minderer, Labor für Genetik und Prof. Schöber und Prof. Kellnar aus der Lachnerklinik; hinzu kommen Oberärzte, Assistenzärzte, Schwestern und Hebammen aus beiden Kliniken. Zusätzlich gibt es halbjährliche Konferenzen mit der

Geburtshilfe in Dachau (Prof. Gauwerky) und der Geburtshilfe im Dritten Orden (Chefarzt Franz Graf von Buquoy).

Neben diesen Aktivitäten wird großer Wert auf die Weiterbildung der Ärzte- und Schwesternschaft gelegt. Im Hinblick darauf werden hausinterne Seminare und Vortragsveranstaltungen durchgeführt: Einmal im Jahr findet ein Ultraschallseminar unter der Leitung von Prof. Kellnar in der Lachnerstrasse statt. Für niedergelassene Ärzte und Kollegen aus anderen Kliniken werden jedes Jahr mindestens 3 „Kinderärztliche Abende in der Lachnerklinik“ als Fortbildung angeboten.

Die Lachnerklinik ist durch den Forschungsschwerpunkt von Prof. Schöber in der Behandlung von Kindern mit Undine-Syndrom überregional bekannt. Es werden jährlich ca. 30 Patienten mit diesem seltenen Syndrom, die aus Deutschland und den europäischen Nachbarländern, wie der Schweiz, Österreich und Italien kommen, behandelt.

Für eine effiziente Arbeit auf medizinischem Gebiet und für das Management der Klinik sind die vorhandenen Computer weitgehend vernetzt; es besteht ein Intranet für die schnelle Kommunikation zwischen den einzelnen Abteilungen.

Ein Blick auf die vorhandene medizinische Gerätetechnik zeigt, dass die Klinik als reine Kinderklinik (ungeachtet ihrer im Vergleich zu anderen Anstalten bescheidenen Größe) über modernste Einrichtungen verfügt. Auf der Intensivstation sind im Einsatz:

- Beatmungsplätze mit Modul-Monitor
- Oszillationsbeatmungs-Einrichtungen
- computergesteuerte Infusionssysteme

im Kleinlabor befinden sich Geräte für die Analyse von:

- Blutgasen
- Elektrolyten

des weiteren gehören zur allgem. Ausrüstung:

- Gerinnungsmesser
- Hämatokrit- Zentrifuge
- Farbdoppler

- Röntgeneinrichtungen
- CPAP Geräte (continuous positive airway pressure)
- Perfusoren
- Defibrillator
- NO-Spender
- Geräte für die minimalinvasive Mikrochirurgie

Zu den weiteren Angeboten zählt z.B. die Stillberatung. Seit September 1996 wird diese in der Lachnerklinik angeboten und gerne von den Müttern angenommen. Dadurch, dass die Kinderklinik eine spezielle Still- und Laktationsberaterin eingestellt hat, kann diese sich die nötige Zeit für ausführliche Beratungsstunden und wiederholte praktische Anweisungen nehmen. Angestellt als Beraterin ist Sr. Elke Schubert, welche ausgebildete Kinderkrankenschwester und Fachschwester für Intensivmedizin im Kindesalter ist. Sie hat sich 1996 als Still- und Laktationsberaterin ausbilden lassen und darf sich damit IBCLC nennen; (International Board Certified Lactation Consultant).

Auch Pfarrerin Margit Stiegel leistet einen wesentlichen Beitrag zur Lachnerklinik als evangelische Seelsorgerin.“ Kinderkrankenhauseelsorge ist Taufe und Beerdigung. Da, wo die Medizin ihr Möglichstes getan hat, geht die Seelsorge noch einen Schritt weiter,“ sagt Frau Stiegel. Im Durchschnitt kommt jedes 16. Kind als Frühchen auf die Welt. Durch die moderne Frühgeborenenmedizin und die hochtechnisierte Intensivmedizin überleben auch extrem untergewichtige und unreife Frühgeborene (Geburtsgewicht ca. 500g). Oft bleiben aber leider als Preis des Überlebens schwere Komplikationen und bleibende Behinderungen, durch die sich viele Eltern überfordert fühlen. Dadurch ist es besonders wichtig, die Eltern, aber auch das Personal seelsorgerisch zu begleiten. Das Motto der Seelsorgerin lautet :“ Wenn` s den Eltern gut geht, geht` s den Kindern auch gut.“

Für Abwechslung hat sogar eine Gruppe von Kindern gesorgt. Dervis, Sahra, Alexander und Sebastian haben sich ein Spiel ausgedacht, welches man sich aus den Internetseiten ausdrucken kann, um es dann zu spielen. Das „Lachnerspiel“ (31).

Für weitere Unterhaltung wird auch oft in der Vorweihnachtszeit von Antenne Bayern gesorgt. Dieser Radiosender besucht viele verschiedene Kindereinrichtungen in ganz Bayern, wie auch schon einige Male die Lachnerklinik. Es wurden Clowns engagiert, die mit Späßen und

verschiedenen Showeinlagen die Kinder erfreuten. Im Jahre 1998 wurde sogar durch eine Scheckübergabe des Antenne Bayern e.V. die Einrichtung eines neuen Spielzimmers auf der Kinderstation ermöglicht (34, e).

Die Kinderklinik ist Mitglied in der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland, GkinD, deren 7.Fachtagung der GKinD am 14. und 15. Mai 1998 in München ausgerichtet wurde. Gastgeber war die Kinderklinik an der Lachnerstrasse mit Vorträgen zu aktuellen Themen am ersten Veranstaltungstag. Die Referenten waren:

Prof. Dr. Andre Büssing	Lehrstuhl für Psychologie TU München
H. Jürgen Sudhoff	Unternehmensberater Köln
H. Alfred Sedlaczek	Gesellschaft für Risikoberatung
H. Peter Gausmann	Detmold
H. Hans Hopf	Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V. München
Fr. Ritva Chabrie	stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes GkinD

In dem zur Tagung herausgegebenen Vortragsheft wurde die Kinderklinik an der Lachnerstrasse in einer kurzen Übersicht ihrer Geschichte gewürdigt. Am 20.9.98 wurde auf Initiative des GkinD bundesweit der „ Tag des Kinderkrankenhauses“ begangen. Die breite Öffentlichkeit wurde eingeladen, die Kinderklinik zu besichtigen. Kinder und Eltern konnten die Arbeit in den Funktionsabteilungen beobachten (Sonographie, EKG, UKG etc.) und in der Kinderchirurgie war das Anlegen eines Gipses sehr gefragt. Es gab Spiele, Ausstellungen und Vorführungen für die Kinder. Als besondere Attraktion galt die überlange Leiter der Berufsfeuerwehr, mit welcher man bis über das Dach der Klinik schweben konnte. Der Besucherandrang in der Klinik und im Garten war enorm. Gedanken zum Tag des Kinderkrankenhauses am 20.09.1998 von Prof. Schöber:

“Im Jahre 1909 wurde unsere Kinderklinik eröffnet, zunächst als Säuglingsheim für kranke Säuglinge und Kleinstkinder. Erst nach dem 2. Weltkrieg wurde ein klinischer Betrieb im eigentlichen Sinne eingerichtet, mit einer pädiatrischen Abteilung, einer kinderchirurgischen Abteilung und Belegärzten für Kinderchirurgie, für HNO- Erkrankungen, für Kinderorthopädie und mit Konsiliarärzten für Augenheilkunde, für Kinderpsychiatrie und -bronchologie. Im Jahre 1985 wurde eine moderne pädiatrische Intensivstation eröffnet, schwerpunktmäßig für kranke Neugeborene, aber auch für frisch operierte Kinder und für schwerstkranke Kinder und

Jugendliche aller Altersstufen. Gleichzeitig wurde im Jahre 1985 die Kinderklinik mit ihrer neonatologischen Abteilung in das Perinatalzentrum München II aufgenommen. Im Jahre 1989 folgte die Eröffnung der Mutter und Kind-Station zur Mitaufnahme von Müttern oder auch Vätern. Etwa zur selben Zeit wurde ein Schlaflabor für Säuglinge und Kinder mit schlafbezogenen Atemstörungen eingerichtet. Die Klinik umfasst heute 130 Betten, hiervon 11 Betten für die pädiatrische Intensivpflege. Mehr als 6.000 Patienten wurden im Jahre 1997 stationär behandelt, ca. 15.000 Patienten besuchten im Jahre 1997 unsere Spezialambulanzen und die Notfallambulanz.“ (34 d). Sie vermitteln in beeindruckender Weise die Leistungsfähigkeit des Kinderkrankenhauses und den Einsatz seiner Ärzte und des gesamten Klinikpersonals. Prof. Schöber geht in seiner Schrift auch auf Schwachstellen und Probleme in der Zukunft ein, sowohl auf die der Lachnerklinik als auch die allgemein alle Kinderkliniken betreffend. Auf die sich hieraus ergebenden Fragen und Lösungen für die kommenden Jahre wird im Kapitel "Zukunftsperspektiven" näher eingegangen.

Das 90-jährige Bestehen der Kinderklinik an der Lachnerstrasse wurde am 18. Juli 1999 unter reger Beteiligung aus Regierung, öffentlicher Verwaltung, der Hochschulen und Krankenhäuser, der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit, die sich mit der Klinik verbunden fühlt, gefeiert. Der Gottesdienst zur Eröffnung des Festprogramms verlieh besonderen Dank an die Schwesternschaften, die sich um die Klinik verdient gemacht hatten, insbesondere jedoch der heutigen Schwesternschaft, der Krankenfürsorge des III. Ordens in Bayern. Prof. Schöber, Ärztlicher Direktor und Prof. Dr. St. Kellnar gaben in Ihren Festreden einen Rückblick auf die vergangenen 90 Jahre der Kinderklinik. Prof. Dr. J. Gründel referierte zum Thema "Ethik in der Pädiatrie". Anschließend gab der Verwaltungsleiter der Klinik, Herr Stefan Bauer, einen Ausblick auf die Zukunft der Klinik.

4.3. Projekt "Arche Noah"

„Mehr Lebensqualität für schwerkranke und chronisch kranke Langzeitpatienten in der Kinderklinik an der Lachnerstrasse“. Unter diesem Leitwort will die Kinderklinik ihren Langzeitpatienten besondere Aufmerksamkeit widmen. Zu diesen Patienten gehören einerseits langzeitbeatmete, pflegeintensive behinderte Kinder und andererseits schwer kranke Säuglinge oder auch Frühgeborene, denen es oft an der notwendigen Zuneigung der Eltern, insbesondere der Mutter fehlt. Betroffen sind auch häufig Neugeborene, die aufgrund einer Suchtkrankheit der Mutter an einem kindlichen Entzugssyndrom leiden.

Kinder können im Klinikalltag sog. „Hospitalismusschäden“ entwickeln: sie werden apathisch, lachen nur noch wenig, ziehen sich zurück, reagieren kaum noch und suchen teilweise Trost in selbstverletzendem Verhalten. Ein Krankenhaus wie die Kinderklinik an der Lachnerstrasse kann zunächst nur die notwendige intensiv medizinische Behandlung und Betreuung geben, wengleich das Personal der Klinik stets bemüht ist, auf die Bedürfnisse der kleinen Patienten einzugehen. Der persönliche und länger währende, in den ersten Lebensmonaten oder Jahren so notwendige Kontakt zu einer Bezugsperson, ist im normalen Klinikbetrieb nicht möglich. Auch Eltern von Langzeitpatienten bedürfen oft einer psychischen Unterstützung. Sie sind besonders häufig mit der gleichzeitigen Versorgung der Familie zu Hause und der Betreuung der kranken Kinder überfordert. Der Sozialdienst der Kinderklinik an der Lachnerstrasse hat aus diesem Grunde das Projekt „Arche Noah“ am 8.12.98 ins Leben gerufen. Für diese Sonderbetreuung der Familien setzt sich die Sozialpädagogin Noah Imran ein. Ziel dieses Projektes ist es, vornehmlich chronisch und schwerst kranken Kindern eine bessere Lebensqualität während ihres Aufenthaltes in der Klinik zu bieten und Eltern in ihrer verständlichen Besorgnis beizustehen (33). Die Personalkosten dieser Arbeit werden rein aus Spendenmitteln finanziert. Zur ersten Vorsitzenden des Vereins „Arche Noah“ wurde am 8.12.1998 Frau Schabert gewählt.

4.4. Kindernotarzdienst

Eine beachtenswerte Bereicherung der medizinischen Kinderbetreuung in den letzten 10 Jahren ist der Kindernotarzdienst. Die Notarzteinsätze bei Kindern sind mit nur etwa 5 % aller Notfalleinsätze beteiligt. Die Kindereinsätze bereiteten nicht selten für den Erwachsenennotarzt Probleme. Auf die schon seit Jahren bestehende Forderung der Münchner Notärzte wurde mit der Universitätskinderklinik (Prof. Mantel), der Kinderklinik der Technischen Universität München (Prof. Emmrich) und dem Kinderkrankenhauses an der Lachnerstrasse (Prof. Schöber) zum 1. Januar 1990 zunächst ein Pilotprojekt für einen fachspezifischen Kindernotarzdienst in Zusammenarbeit mit der Berufsfeuerwehr ins Leben gerufen. Nach erfolgreicher Pilotphase beteiligen sich heute an diesem konsiliarärztlichen Dienst folgende Kinderkliniken:

- Dr. von Hauner' sches Kinderspital
- Kinderklinik an der Lachnerstrasse
- städtisches Kinderkrankenhaus Schwabing
- städtisches Kinderkrankenhaus Harlaching

Es wird als ausreichend erachtet, dass sich vier Krankenhäuser auf der Basis eines konsiliarärztlichen Dienstes zur Verfügung stellen, damit jeweils ein Arzt für Notfalleinsätze zur Verfügung steht. Rettungswägen und Rettungssanitäter wurden von der Berufsfeuerwehr und die Ärzte von den Kliniken gestellt. Der Bereitschaftsdienst erfolgt in wöchentlicher Rotation dieser notfallmedizinisch erfahrenen Häuser. Der Einsatz wird zentral über die Rettungsleitstelle gesteuert. Diese alarmiert sowohl den Kindernotarzt als auch den Notarzt, der sich am nächsten befindet. Die Stadt und der Landkreis München bilden einen Rettungsdienstbereich. Dieser Bereich ist abgedeckt mit neun Notarztstationen an verschiedenen Krankenhäusern und dem Rettungshubschrauber am Harlachinger Krankenhaus. Damit sorgte man dafür, dass die Erstversorgung durch den Notarzt, der als erster eintrifft mit den technischen Gegebenheiten des „ regulären „ Notarztwagens gewährleistet ist; der darauffolgende Kindernotarzt versorgt das Kind mit seinen speziellen Fachkenntnissen intensivmedizinisch. Um die Akzeptanz des Kindernotarzdienstes darzustellen, dienen folgende Zahlen:

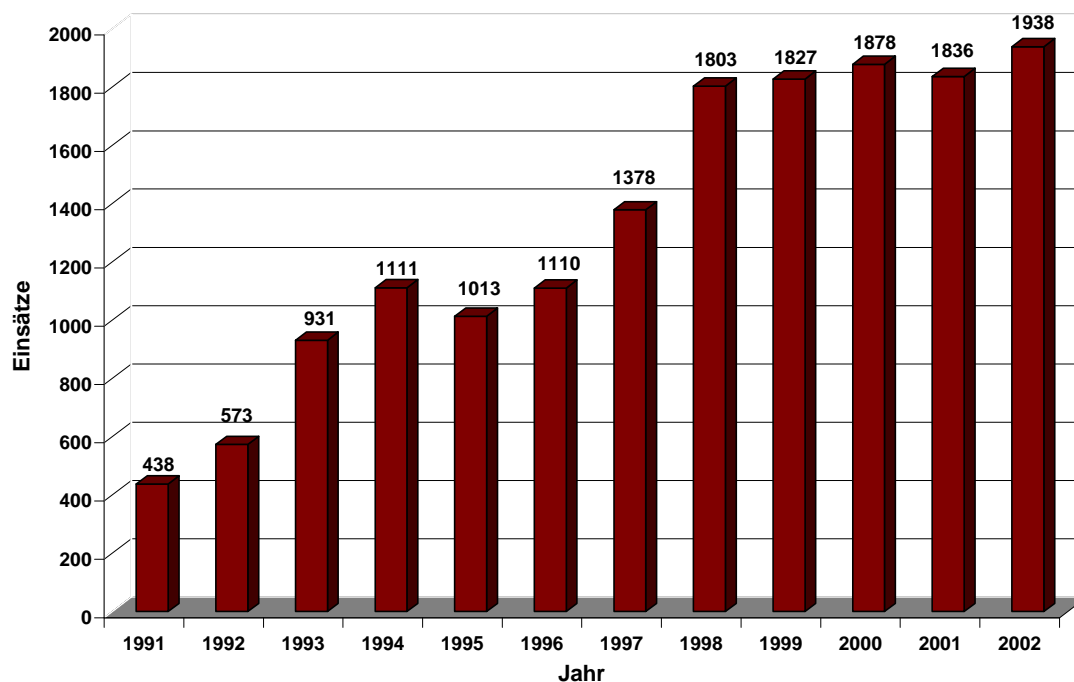


Diagramm 1: Anzahl der Kindernotarzteinsätze in München

Im Laufe der Jahre hat es sich als sehr sinnvoll erwiesen, bei einem Notarzteinsatz und dem Hinweis „Kind bedrohlich erkrankt oder verletzt“ zusätzlich den diensthabenden Kindernotarzt zu verständigen. Alle Notarztwägen der Berufsfeuerwehr sind mit einem speziellen Kinder-Notfallkoffer für erste Maßnahmen bis zum Eintreffen des Kindernotarztes ausgestattet. Die gesamte Ausrüstung eines kindgerechten Notfallwagens ist zu umfangreich, als dass diese im regulären Notfalleinsatzwagen untergebracht werden könnte. Es wurde daher ein eigens für den Einsatz des Kindernotarztes ausgerüstetes Fahrzeug vorgesehen. Für die städtischen Randbereiche und den Landkreis wird vermehrt auf den Einsatz des Rettungshubschraubers gesetzt, der im sogenannten „Rendezvous- System“ den Kindernotarzt übernimmt und zum Einsatzort bringt. Eine Strategie, die sich aus dem Erfahrungsbericht der Branddirektion München (siehe 48) zufolge als sehr effizient erwiesen hat. Der Bericht umfasst einen Zeitraum von annähernd zwei Jahren. In dieser Zeit wurden insgesamt 889 Einsätze des Kindernotarztes verzeichnet. Davon waren 163 lebensrettender Natur. Seit Aufnahme eines geregelten Dienstes unter den vier zuvor genannten Krankenhäusern wurde auch eine entsprechende Vergütung der in Bereitschaft stehenden Ärzte eingeführt (36).

Während in den Anfangsjahren der Kindernotarzt nur in der Zeit von 7 – 23 Uhr bereit gestellt

werden konnte, läuft der Dienst seit dem 1.7.1997, „rund- um- die- Uhr“. Dass es dringend notwendig war, die Lücke in der Nacht zu schließen, zeigt der deutliche Anstieg der Einsatzhäufigkeit seit dem Jahr 1993. Seit dem Jahr 1998 hat sich die Zahl der Einsätze auf ca. 1800 - 1900 pro Jahr eingependelt (48).

4.5. Umzug von der Lachnerklinik in den Dritten Orden

Das Säuglingsheim an der Lachnerstrasse galt 1909, zu der Zeit seiner Eröffnung, als Musterbeispiel eines modernen Säuglingsheimes. Wie bereits erwähnt, erregte es großes Interesse im In- und Ausland und war richtungsweisend für viele neue Kinderkliniken. Inzwischen ist das Gebäude ungeachtet wiederholter Renovierungen für einen nach heutigen Maßstäben effizienten und modernen Klinikbetrieb nur noch bedingt geeignet. Für eine Angleichung an die heute gestellten Ansprüche und die sich abzeichnenden Standards im kommenden Jahrhundert wären umfangreiche Veränderungen unumgänglich. Mehrjährige eingehende Untersuchungen und Expertisen haben die Unwirtschaftlichkeit eines solchen Vorhabens bestätigt. Die Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens betreibt sowohl die Klinik an der Lachnerstrasse als auch das Krankenhaus in Nymphenburg an der Menzingerstrasse. Der Gedanke war daher naheliegend, auf dem erweiterungsfähigen Gelände in Nymphenburg ein neues Gebäude zu errichten, das sowohl die Erweiterung und Modernisierung der Lachnerklinik gestattet, als auch die Fusion von Kinderklinik und Geburtshilfe unter einem Dach ermöglicht.



Abbildung 19: Modell der neuen Klinik (1, S. 50)

Die neue Klinik (Abb. 19) kann 124 Säuglinge und Kinder aufnehmen, zusätzlich deren Mütter oder Väter. Es beherbergt die Abteilungen für Pädiatrie und Kinderchirurgie, dazu die Schwerpunktbereiche Neonatologie und Kinderkardiologie. Im obersten Stockwerk befindet sich in unmittelbarer Nähe zur Neonatologie die Entbindungsstation. Alle relevanten

Abteilungen sind unter einem Dach vereint. Weitere Vorteile sind die gemeinschaftliche Nutzung der gesamten Gerätetechnik eines großen Krankenhauses, diagnostische und therapeutische Einrichtungen, eine moderne Röntgenabteilung mit Computertomographie und Kernspintomographie und das modernst eingerichtete Labor. Neben der stationären Betreuung unterhält die neue Klinik Tagesbetten und Spezialambulanzen für Neuropädiatrie, Kinderkardiologie, Sonographie und EEG. Eine 24-stündige Notfall-Ambulanz wird auch angeboten. Der Einzug in das neue Zentrum fand am 2. Mai 2002 statt (34, a-e).

4.6. Zukunftsperspektiven

Es muss zunächst die gegenwärtige Situation der Kinderkliniken betrachtet werden, um daraus Schlüsse für die weitere, d.h. zukünftige Entwicklung zu ziehen. Prof. Dr. med. F. Staudt, 1.Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Kinderärzte und Kinderchirurgen in Bayern, weist in seiner Schrift vom 16.9.1998 auf die verschiedenen Probleme hin, denen sich die Kinderkliniken konfrontiert sehen. Die besondere Rolle, die den Kinderkliniken zukommt, wird in vielen Fällen nicht genügend gewürdigt, wie z.B. die Versorgung von Kindern, die um einiges personal- und pflegeintensiver ist als bei allen anderen Fachrichtungen, wodurch es schwer fällt, ausreichende Vergütungssätze für die Kinderheilkunde zu erreichen. Die derzeitige "Deckelung", d.h. Ausgabenlimitierung, bringt vielen Kinderkliniken erhebliche Nachteile. Ein besonderes Problem stellt die erheblich schwankende Auslastung dar, aber auch der generelle Rückgang an Belegungen in Anbetracht rückläufiger Geburtenzahlen. Die Existenz einiger Kliniken ist bedroht; immer mehr Bettenreduktionen werden sowohl aufgrund von verlagerten kinderärztlichen Tätigkeiten in die Ambulanz, als auch aufgrund von rückläufigen Geburtenzahlen nötig. Weitere Gründe für die Existenzbedrohung sind die zum einen verkürzte Verweildauer, durch die der Mehraufwand pro Krankenhaustag ansteigt und zum anderen die steigenden Zahlen an Patienten mit intensivmedizinischen Problemen bzw. schwerwiegenden Erkrankungen (34,1).

Besonderen Schwierigkeiten sieht sich die Kinderchirurgie gegenüber. Denn in zunehmendem Maße werden Kinder nicht mehr in Kinderkliniken, sondern in „Erwachsenenkliniken“ operiert und versorgt. Eine kindgerechte Versorgung ist damit in Frage gestellt. Zahlen des statistischen Bundesamtes belegen die gemachten Aussagen:

20 % der Säuglinge

40 % der Kleinkinder bis zum 5.Lebensjahr und

60 % der Schulkinder bis zum 15. Lebensjahr

werden nicht in kindgerechten Abteilungen, sondern Erwachsenenabteilungen behandelt. Veröffentlichungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft belegen ebenfalls den Rückgang der Fallzahlen in Kinderkliniken ungeachtet eines Anstieges der behandelten Kinder in Erwachsenenkliniken (34;2).

	Fallzahlen an Kliniken insgesamt	Fallzahl, Pädiatrie und Kinderchirurgie	Marktanteil in %
1991	13924907	993749	7.1
1996	15231877	984022	6.5
Differenz	+ 1306970	- 9727	-0.6

„Der Marktanteil der Kinderkliniken ist in 5 Jahren bezogen auf 1991 um ca.10% gesunken“(34;3). In einer Pressemitteilung der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. vom September 1998 geht diese ebenfalls auf die ernsthafte Gefährdung der Qualität der kindermedizinischen Versorgung ein. Weitere Zahlen vom statistischen Bundesamtes sagen aus:

Von 1991-1996 wurde in der Kinderheilkunde 7,5 Prozent der Abteilungen geschlossen.

Von 1991-1996 sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie etwa 43 Prozent der Betten weggefallen, in der Kinderheilkunde insgesamt rund 22 Prozent. Soweit die Betrachtung der Gegenwart im Allgemeinen. Für die Kinderklinik an der Lachnerstrasse weist Herr Prof. Dr. Schöber im Speziellen auf eine Reihe von Problemen hin, die die Zukunft der Klinik mitbestimmen werden. Die Punkte sind anlässlich des „Tages des Kinderkrankenhauses,“ am 20.9.1998 zusammen gefasst:

1. Die Gebäude der Klinik stammen zum großen Teil aus dem Jahre 1909, sind somit nach heutigem Stand veraltet und entsprechen nicht mehr den Anforderungen eines Akut-Krankenhauses. Es würde einen hohen finanziellen Aufwand bedeuten eine neue Gebäudestruktur zu erstellen, die modernen Funktionsabläufen gerecht würde.
2. Mütter und Risiko-Neugeborene sollten unter dem gleichen Dach betreut werden, d.h. dieser direkte Anschluss an einen Kreißsaal bzw. eine Geburtshilfestation ist in dieser Klinik nicht gegeben.
3. Die Finanzknappheit im Gesundheitswesen erfordert kostengünstige Lösungen. Für die Lachnerklinik ist die notwendige Infrastruktur (Wäscherei, Küche, Labor, Röntgenabteilung und Hausmeisterei) auf lange Sicht unwirtschaftlich.
4. Eine heutzutage gängige Ausstattung wie Computertomograph und Kernspintomograph sind für kleinere Kliniken nicht nur in der Anschaffung sondern auch im Betrieb und Unterhalt zu teuer.

5. Der wesentliche Schwerpunkt der Lachnerklinik ist die Betreuung von Früh- und Neugeborenen. Um die von den Demoskopern erwarteten Geburtenraten zu veranschaulichen, dienen folgende Zahlen:

1970: Geburten in den alten Bundesländern 810.808

1997: Geburten in den alten Bundesländern 689.540

Dies bedeutet einen Rückgang von 15 Prozent. 1997 wurde eine Geburtenrate im gesamten Bundesgebiet von 810.070 registriert, ungeachtet des Zuwachses der Bevölkerung durch den Beitritt der neuen Bundesländer von etwa 25 Prozent. Diese Zahlen werden nach Einschätzungen nach dem Jahr 2000 weiter rückläufig sein.

6. Durch die medizinischen Fortschritte in den letzten 20 Jahren und die steigende Zahl sehr kompetenter niedergelassener Kinderärzte wird die Verweildauer im Krankenhaus immer mehr verkürzt (siehe hierzu Anhang A). Die mittlere Verweildauer lag 1997 bei 5,3 Tagen. Sosehr die medizinischen Fortschritte und die Zunahme von Kinderärzten zu begrüßen sind, bedeutet dieses eine sinkende Auslastung der Klinik trotz zunehmender Patientenzahl.

Herr Prof. Dr. Schöber gibt in der vorstehend genannten Vortragsschrift Antworten, die für die Zukunft der Klinik damit richtungsweisend sind (34; 4).

Am 29.7.1998 wurde im Bereich des Krankenhauses III.-Orden in München Nymphenburg in Gegenwart von Prof. K. Peter, Dekan der medizinischen Fakultät der Ludwig- Maximilians Universität in München, und des Staatsministers der Bayerischen Staatsregierung, Prof. K. Faltlhauser, der Grundstein für eine neue moderne Kinderklinik gelegt. Im obersten Stockwerk wird sich eine große geburtshilfliche Abteilung befinden.

Damit entsteht das Ideal eines Perinatalzentrums, in dem Kinderheilkunde, Kinderchirurgie und Geburtshilfe vereint sein werden. Es wird darüber hinaus möglich sein, Mütter oder Väter kranker Säuglinge und Kleinkinder mit aufzunehmen. Durch die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur des Krankenhauses Dritter Orden und der Mitbenutzung der Großgeräte wird diese neue Kinderklinik kostengünstiger arbeiten können. Die Ersparnisse werden einen personell verbesserten ärztlichen und pflegerischen Zahlenschlüssel erlauben.

Für die angesprochenen Punkte bedarf es einer umfangreichen Aufklärungsarbeit, auch durch die Medien. Es ist zu wenig bekannt, dass ein Großteil der kranken Kinder, d.h. 40% in Erwachsenenkliniken behandelt werden, obwohl in vielen Fällen eine säuglings- oder kindergerechte Behandlung nicht gegeben ist. Um die Belegungszahlen weiter zu steigern, wäre

es sinnvoll, wenn die Kinderkrankenhäuser auch wieder mehr Jugendliche betreuen würden. Durch den Umzug der Lachnerklinik in das Krankenhaus III.- Orden werden zahlreiche der angesprochenen Probleme gelöst und damit die Zukunft der Kinderklinik auf eine sichere Basis gestellt.

5. Ärzteschaft in der Kinderklinik an der Lachnerstrasse

5.1 Leitende Ärzte in der Lachnerklinik

1903	Dr. med. O. Rommel, Leiter des Säuglingsheimes an der Metzstrasse
1909	Leiter des Säuglingsheimes an der Lachnerstrasse
1939	Dr. med. Zimmermann, Leiter des Säuglingskrankenhauses an der Lachnerstrasse
1946	Dr. med. J. Spanier, Leiter des Kinderkrankenhauses an der Lachnerstrasse
1955	Dr. med. J. Lutz, Leiter des Kinderkrankenhauses an der Lachnerstrasse, Chefarzt der chirurgischen Abteilung Dr. med. K. Scheppe, Chefarzt der internen Abteilung, ab 1975 Leiter des Kinderkrankenhauses
1975	Dr. med. L. Schuster, Chefarzt der kinderchirurgischen Abteilung
1984	Prof. Dr. med. J.G. Schöber, Ärztlicher Direktor des Kinderkrankenhauses an der Lachnerstrasse, Chefarzt der internen Abteilung
1.11.98	Prof. Dr. med. St. Kellnar Chefarzt der Abteilung für Kinderchirurgie, ab 2.5.02 stellvertretender Ärztlicher Direktor des Krankenhauses III. Orden

Detallierter Rückblick auf die Ärzteschaft in der Kinderklinik an der Lachnerstrasse:

Chirurgische Abteilung

01.07.1955 - 30.09.1975	Dr. med. Josef Lutz Chefarzt
31.07.1965 - 31.12.1969	Dr. med. Elisabeth Riedl Oberärztin
01.10.1968 - 31.08.1971	Dr. med. Elisabeth Lutz Oberärztin
01.10.1974 – 31.12.1977	Dr. med. Dr. F. Rodecki Oberarzt
01.04.1971 - 31.12.1974	Dr. med. Ludwig Schuster Chefarzt
01.10.1975 - 31.10.1998	Dr. med. Alfred Jahn Oberarzt
01.01.1978 - 31.12.1981	Dr. med. Axel Kohler Oberarzt
01.01.1982 - 30.06.1986	Priv. Doz. Dr. med. Rolf Gruber Oberarzt
01.07.1986 - 31.12.1992	Dr. med. Michael Retzlaw Oberarzt
01.01.1993 –	Prof. Dr. med. Stephan Kellnar Chefarzt
01.11.1998 -	

Internistische Abteilung

1903- 1939	Dr. med. Otto Rommel Ltd. Arzt
1946-1955	Dr. med. Julius Spanier Chefarzt
01.07.1955 - 30.11.1983	Dr. med. Karl J. Scheppe Chefarzt

01.08.1966 - 30.09.1971	Dr. med. Hugo Kroth Oberarzt
01.12.1971 – 30.06.2000	Dr. med. Jörg Metz Ltd. Oberarzt
01.07.1984 – 31.12.2003	Prof. Dr. med. Johannes G. Schöber Chefarzt
01.01.1985 -	Dr. med. Björn Kumlien Ltd. Oberarzt
01.04.1999 -	Dr. med. Heinrich Vielhaber Oberarzt
1.7.2000-	Dr. med. Martina Baethmann Oberärztin



Abbildung 20: Ärzte und Verwaltungsleiter der Lachnerklinik (1, S. 39)

1. Reihe von links nach rechts: OA Dr. Oberhauser (Anästhesie), Frau Dr. Stoll, OA Dr. Retzlaw, Prof. Dr. Kellnar, Verwaltungsleiter Herr Bauer, Prof. Dr. Schöber, OA Dr. Kumlien, OA Dr. Vielhaber

2. Reihe von links nach rechts: Frau Saidely, Herr Bodeweese, Herr Daunderer, Frau Pohl (PJ- Studentin), Frau Dr. Keicher, Herr Seidel, Herr Dr. Compostella, Herr Dr. Pflaumer, Herr Dr. Schittenhelm, Herr Dr. Lucae, Herr Dr. Aulinger, Herr Dr. Geffken, Herr Dr. Jorysz, Frau Weinberger (PJ- Studentin)

5.2 Biographie der Ärzteschaft

Dr. med. Julius Spanier (1,S.15)



Abbildung 21

Geboren am 18.4.1880 in München

Gestorben am 27.1.1959 in München

1904	Niederlassung als Kinderarzt in München
1913	Begründer des Bezirksverbandes für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge
1915 – 1918	Sanitätsoffizier
1919 – 1933	neben seiner eigenen Praxis auch Schularzt
1926 – 1928	Vorsitz "Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde"
1938	per NS Dekret "Jüdischer Krankenbehandler"
1939 – 1942	Leiter des Israelitischen Krankenhauses in München, Hermann-Schmidstrasse 5-7, Vertrauensarzt der "Heimanlage" Berg am Laim und am Arbeitslager Lohhof
1942	Deportation der Patienten und des Personals des israelitischen Krankenhauses in das Konzentrationslager Theresienstadt
1945	Rückkehr von Dr. Spanier und seiner Frau aus Theresienstadt,
1945 – 1951	Präsident der Israelitischen Kultusgemeinde, nach 1945 kommissarischer Leiter des ärztlichen Bezirksvereins München-

	Stadt und Land
1945 – 1958	Präsident des Bayerischen Hilfswerks
1946 – 1955	Chefarzt des Kinderkrankenhauses an der Lachnerstrasse, Vorsitz der „Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde“
1947 – 1951	Mitglied des Bayerischen Landtages
1948- 1959	Jüdischer Vorsitzender der Gesellschaft für christlich- jüdische Zusammenarbeit
1953	Bundesverdienstkreuz
1959	Bestattung auf dem neuen israelitischen Friedhof an der Garchingerstrasse (26, 27, 28)

Dr. med. Josef Lutz (1,S.25)



Abbildung 22

Geboren am 06.08.1910 in Landau in der Pfalz

Gestorben 1989 in München

Gymnasium in Landau

Studienorte: Berlin und Königsberg

Habilitationsarbeit über Hämangiome während des Krieges im Haunerschen Kinderspital unter Prof. Oberniedermayer

Seine Spezialgebiete: Lippen- Kiefer Gaumenspalte, Hüftluxationen und Knochenkrankheiten

1955- 1975 Chefarzt der Kinderchirurgischen Abteilung im Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse

Dr. med. Karl Scheppe (41)



Abbildung 23

Geboren am 4.11.1920 in Trier

Gestorben am 8.4.1984 in München

1939 – 1945	Studium an den Universitäten Bonn, Heidelberg und München, Staatsexamen in München
1946	erste Erfahrungen im Reservelazarett- Versehrtenkrankenhaus Altötting
1946-1947	Tätigkeiten in Heidelberg als Medizinalassistent an der chirurgischen Klinik, der Frauenklinik, der Kinderklinik der Universität
1947 – 1955	wissenschaftlicher Assistent an der Universitätskinderklinik München, Prof. Weber, Prof. Wiskott
1950	Studienaufenthalt in den USA, Sammeln von Erfahrungen in der Planung und Organisation moderner Pädiatrie
1953 – 1955	Leitender Arzt der Ausweichstelle Ohlstadt der Universitäts-Kinderklinik München
ab 1955	Leiter der internistischen Abteilung in dem Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde Mitbegründer der "perinatologischen Arbeitsgemeinschaft“,

Hauptarbeitsgebiete:

- Münchner Perinatalstudie
- Südbayerische Neonatalstudie (er erneuerte Wesentliches in der Organisation des Neugeborenenpflegedienstes und auch in der Neugeborenenintensivstation)
- Säuglingsernährung (Man folgte seinem Trend, d.h. weg von der Milchküche hin zum eigenen Fertigen von den Speisen auf der Station)
- Fortbildung von Kinderkrankenschwestern (1-2 mal pro Jahr gestaltete er die Programme für die Hebammen)

Der Nachruf zum Tode von Dr. Scheppe 1984 von Prof. Hellbruegge belegt Dr. Scheppes hohes Ansehen im Kreise seiner Kollegen für sein klinisches und soziales Engagement in der Pädiatrie.

Er schrieb 23 Veröffentlichungen wie z.B.: Der Jungarzt- menschliche Person und moderne Medizin, pränatale Rachitisprophylaxe, Rationalisierung der Milchküche, Gastarbeiterkinder im Kinderkrankenhaus (21).

Dr. med. Ludwig Schuster (1,S.26)



Abbildung 24

Geboren am 3.10.1934 in Tirschenreuth

Verstorben am 26.05.2002 in La Smotta Nievole (Toskana, Italien)

1953 – 1959

Studium an den Universitäten Würzburg, Marburg, Wien und München

1960 – 1975	Assistenz-/Oberarzt Universitätskinderklinik Regensburg (Prof. Oberniedermayer, Prof. Karnbaum, Dr. Regenbrecht)	Kinderchirurgische München, Kinderkrankenhaus	Abteilung
1975- 1998	Leiter der kinderchirurgischen Abteilung im Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse		
1976	Mitglied in „Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie“ Spezialgebiete: -plastische Chirurgie und Korrektur von Fehlbildungen der ableitenden Harnwege -Behandlung lebensbedrohlicher Fehlbildungen im Neugeborenenalter		

Prof. Dr. med. Johannes G. Schöber



Abbildung 25

Geboren am 8.12.1937 in Neisse/ Schlesien

1957 – 1959	Studium generale an der Universität München
1959 – 1964	Medizinstudium Universität München
1964- 1966	Medizinalassistent am pharmakologischen Institut der Universität München, am Kreiskrankenhaus Berchtesgaden, am Henriettenstift in Hannover und an der Dermatologischen Klinik der Universität München

1966- 1973	Assistent an der Universitäts-Kinderklinik München (Prof. Wiskott, Prof. Betke, Prof.Riegel)
1972	Habilitation an der Ludwig–Maximilians-Universität München: -Vitale Funktionsgrößen des adaptionsgestörten Neugeborenen und ihre pharmakologische Beeinflussung
1973- 1984	Leiter der Abteilung für kinder-kardiologische Intensivpflege, Deutsches Herzzentrum München (Direktor Prof. K. Bühlmeyer), Mitglied der „Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin“(Schriftführer), der „Gesellschaft für Perinatalogie“, der „Gesellschaft für Schlafmedizin“, der „Gesellschaft für Heimbeatmung“, der „Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde“, der „Deutschen Gesellschaft für Kinderkardiologie“ Delegierter in der Sektion „Rettungswesen“ der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin) Hauptarbeitsgebiete: - Neonatologie - Kinderkardiologie - Klinische Pharmakologie - Pädiatrische Intensivmedizin - Undine- Syndrom, Zwerchfellschrittmacher Ca. 130 Publikationen, 1 Monografie, 1 Buch
1978	Gründung des NNAD (Neugeborenennotarzdienstes) in München
01.07.1984	Übernahme der Leitung des Kinderkrankenhauses an der Lachnerstrasse, Chefarzt der internen Abteilung
1985	Umbau, Erweiterung und Modernisierung der Neugeborenenintensivstation
1989	Errichtung einer Mutter- und- Kindstation
1992- 1993	Vorsitz der „Münchner Gesellschaft für Kinderheilkunde“
1995	Bundesverdienstkreuz am Bande

1995- 2001	Einrichtung und Leitung von neonatologischen Intensivstationen in der Klinik Dr. Geisenhofer, in der Frauenklinik vom Roten Kreuz und in der Kreisklinik Dachau
2001	Bayerische Staatsmedaille für soziale Verdienste
2.5.2002	Umzug in die neue Kinderklinik am Krankenhaus III. Orden, Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin bis zum 31.12. 2003

Prof. Dr. med. Stephan Kellnar



Abbildung 26

Geboren am 22.4.1958 in München

1977-1983	Studium der Humanmedizin an den Universitäten München und Wien
1984	Approbation als Arzt
seit 1984	Assistent an der Kinderchirurgischen Klinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München
1985	Promotion; Thema der Dissertation: Prävalenz und Verlauf des Alkoholismus bei Männern
1988-1991	Allgemeinchirurgische Ausbildung im Klinikum Rechts der Isar der TU München
1991	Habilitation für das Fach Kinderchirurgie. Thema der Arbeit: Die fetale Dünndarmtransplantation: Morphologie und Funktion im Rattenmodell;

1992	Drachter-Preis der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
seit 1992	Oberarzt an der Kinderchirurgischen Klinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München
1992	Anerkennung als Facharzt für Chirurgie mit Teilgebiet Kinderchirurgie
1997	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Universität München
seit 1.11.1998	Chefarzt der Kinderchirurgischen Abteilung der Kinderklinik an der Lachnerstrasse
2.5.2002	Stellvertretender Ärztlicher Direktor des Krankenhauses III. Orden

6. Schwesternschaften verbunden mit der Lachner Klinik

- Schwestern vom Blauen Kreuz,
- Benediktus Schwestern,
- Schwestern vom Roten Kreuz
- Agnes- Karl- Schwestern
- Solanus-Schwester
- Schwesternschaft der Krankenfürsorge des III.- Orden

Schwester vom Blauen Kreuz

Die Historie der Schwestern vom Blauen Kreuz ist eine über das vergangene Jahrhundert sehr bewegte und an Ereignissen reiche. Im Folgenden wird versucht, die Geschichte mit den wichtigsten Stationen nachzuvollziehen. Die Genossenschaft der "Blauen Schwestern von der heiligen Elisabeth" wurde von Fräulein Elisabeth von Berg-Schrimpf gegründet. Fräulein v. Berg-Schrimpf wurde am 30. August 1874 in Nürnberg als Tochter des königlichen Revisors, Lt. Maximilian von Berg-Schrimpf und seiner Ehefrau Maria geboren. Im Alter von 22 Jahren trat die junge Dame in den Frauenverein vom Roten Kreuz ein, dem sie vier Jahre angehörte. Durch ihre Tätigkeit im Frauenverein wurde sie täglich mit den Misständen und Nöten ihrer Zeit konfrontiert, insbesondere denen der Kinder aus den unteren Schichten (29). Zu diesen Schichten gehörten kleine Gewerbetreibende, Arbeiter, die in keinem festen Arbeitsverhältnis standen, weibliche Dienstleistende, z.B. Putzerinnen und Zugeherinnen: eine Schicht, die nicht in den Genuss der sozialen Reichsgesetzgebung kam (1883 Krankenkassen, 1884 Unfallversicherung, später Alters- und Invalidenversicherung) (25).

Fräulein v. Berg-Schrimpf erkannte die Notwendigkeit einer privaten Krankenanstalt, um den Bedürftigen zu helfen. Sehr bald konnte sie für ihre Idee erste Anhänger gewinnen; am 21.1.1901 erfolgte die Gründungsversammlung, bei der 17 Anwesende teilnahmen. Zur Finanzierung dieses Vorhabens wurde ein "Pfennigverein" gegründet (24, I.1+2).

Am 10. Februar 1901 kam es auf einer weiteren Zusammenkunft zu ernststen Meinungsverschiedenheiten unter den Anwesenden. Bestimmte Kreise befürchteten zu große Konkurrenz zu bereits bestehenden klerikalen Einrichtungen. Dank der Redegewandtheit und

Weitsicht von Frl. v. Berg-Schrimpf gelang es, das Projekt einer privaten Krankenanstalt nicht nur zu retten, sondern auch um einen Pflegerinnen-Verein zu bereichern (24, I.3).

Am 15. März 1901 erfolgte die erste ordentliche Hauptversammlung für die private Krankenanstalt. Auf dieser wurde beschlossen, den privaten Pflegerinnen-Verein mit dem Namen "Bayerische Schwestern" in den Pfennigverein einzugliedern. Der offizielle Name war nun "Bayerische Schwestern vom Pfennigverein". Ein weiterer Beschluss sah vor, dass es einer theoretischen und praktischen Prüfung bedurfte, um der Schwesterschaft beizutreten. Der Verein konnte sich des Wohlwollens der ärztlichen Mitglieder und des Haidhausener Bezirksarztes Dr. Müller erfreuen. Das Arbeitsfeld der Schwestern erstreckte sich auf die Stadt München und die nähere Umgebung. Zahlreiche, den Verein unterstützende Mitglieder, wohnten außerhalb der Stadt.

Am 22. April 1901 wurde der Verein in das Vereinsregister eingetragen. Interessant ist die Namensgebung "Pfennigverein". Die Mitgliedschaft im Verein konnte bereits mit einem Monatsbeitrag von einem Pfennig erworben werden. In Anbetracht der finanziellen Bedürfnisse wurde 1910 der monatliche Mindestbeitrag auf 10 Reichspfennige erhöht. Zur Gründung hatten sich bereits drei junge Mädchen zur Ausbildung als Krankenschwester gemeldet. Sie zogen mit Frl. v. Berg-Schrimpf in eine Wohnung in der Metzstrasse 12 im zweiten Stock mit zunächst 3 Betten für die stationäre Säuglingspflege (24, II.4+5).

1903 wurden in dem Heim sogar Säuglings- und Kinderpflegerinnen ausgebildet. Somit entstand die erste bayerische Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnenschule, dessen Büro als Auskunft- und Beratungsstelle für Fragen und Angelegenheiten der Säuglingsfürsorge diente. Ende März 1903 waren es bereits 67 Mädchen, die sich um eine Ausbildung als Pflegerin bewarben. Am 03.12.1903 wurde der Verein „Säuglingsheim München“ e.V. gegründet. Dadurch wurde der weitere Betrieb und der Unterhalt gewährleistet. Im Januar des darauffolgenden Jahres wurde das Heim an den Verein übergeben, der damit die Kosten übernahm (24, II.4).

Um auch Kinder im Alter von 1-6 Jahren im Säuglingsheim in der Metzstrasse versorgen zu können, wurde zur finanziellen Unterstützung 1904 der Verein „Kinderheim“ gegründet (24,II.8).

Am 1. Juli 1905 trennten sich die Schwestern des Säuglingsheim an der Metzstraße vom Pfennig-Verein. Sie gründeten einen eigenen Verein mit dem Namen "Bayerische Schwestern

vom Blauen Kreuz". Als Oberin ernannte man Frl. Elisabeth Berg-Schrimpf. Die Bezeichnung Blaue Schwestern bezog sich auf ihre eigene Tracht; sie trugen ein blaues Kleid mit einer Brosche, auf der ein himmelblaues Kreuz abgebildet war (16,S.10ff.; 29,S.2ff; 24,II.4+5).

Am 26.10.1905 verstarb, nach längerer schwerer Krankheit (Tuberkulose), die Gründerin des Pfennigvereins Bayerischer Schwestern Frl. von Berg-Schrimpf. Unter der Führung ihrer Nachfolgerin, Schwester Immaculata Meyer, wurde den Schwesternschülerinnen eine noch gründlichere Ausbildung geboten; so konnten sie z.B. auch Fröbelkurse als Kindergärtnerinnen belegen.

1909 zog das Säuglingsheim von der Metzstrasse in das neue Haus an der Lachnerstrasse. Mit dem Umzug trennten sich die Schwestern der Lachnerstrasse von den Schwestern in der Metzstrasse. Der weitere geschichtliche Verlauf der "Schwesternschaft des Säuglingsheimes an der Lachnerstrasse" wird im nachfolgenden Kapitel beschrieben. Die in der Metzstrasse verbliebenen Schwestern mit Oberin Immaculata, "Schwesternvereinigung vom Blauen Kreuz", bestanden als selbständige Ordensgemeinschaft weiter und wurden von den Franziskanern des St. Anna-Klosters im Lehel betreut.

1912 nannte sich der „ Pfennigverein der Bayerischen Schwestern vom Blauen Kreuz“ um in den „ Pfennigverein der Schwestern vom Blauen Kreuz“ (29,S.3ff.; 24, II. 4+5).

1936 begann verstärkt der Einfluss der NSDAP und der ihr angegliederten Organisationen. Einige Schwestern traten zu den " Braunen Schwestern" über. Andere Mitglieder verließen den Verein.

1939 wurden, mit Beginn und während des Krieges, die blauen Schwestern zur Unterstützung von Rotkreuz Schwestern einigen Lazaretten zugeordnet (24,VII.1.; 25,S.48). Bis zum Jahre 2001 betreuten sie die St. Hedwigs- Klinik in Regensburg.

Ab 1949 wurde auf vielfachen Wunsch der Schwestern der Name der Gemeinschaft in den heutigen Namen „ Blaue Schwestern von der heiligen Elisabeth“ geändert (29, S.12).

Schwesternschaft des Säuglingsheimes an der Lachnerstrasse (Benediktus Schwestern)

Mit dem Umzug des Säuglingsheimes von der Metzstrasse in das neue Heim an der Lachnerstrasse trennten sich 1909 die Schwestern der Lachnerstrasse von den Schwestern der Metzstrasse.

Sie nannten sich jetzt "Schwesternschaft des Säuglingsheim e.V." und änderten ihr Schwesternkleid ein wenig; sie trugen eine weiße Haube und anstelle des blauen ein silbernes Kreuz auf der Brosche. Nach Jahren als freie Schwestern hielten sie es für geboten, sich wieder in die Obhut eines ortsansässigen Ordens zu begeben. Einige der Schwestern hatten sich nach der Trennung bereits in die geistliche Betreuung von Pater Ludger Ried von Sankt Bonifaz, dem Benediktinerstift zugehörig, begeben. Sie gewannen ihre Mitschwester, sich vom Benediktinerstift als Oblatinnen annehmen zu lassen.

Im Oktober 1923 fand die erste Oblationsfeier statt (24, II, 3).

1924 wurde in Bad Tölz auf Anregung von Dr. Rommel vom Verein ein geeignetes Haus zur Aufnahme Tuberkulose-kranker Kinder erworben. Den Betrieb des Hauses "Maria" übernahm die Schwesternschaft.

1926 wurde der Verein "Säuglingsheim München e. V. "in die wohltätige Stiftung "Säuglingsheim München Stiftung" überführt.

1930/1931 wurde eine neue Kinderklinik in Gaissach mit Unterstützung der Landesversicherungsanstalt Oberbayern erbaut und in Betrieb genommen. Das Heim mit 25 Betten in Bad Tölz war der großen Nachfrage nicht mehr gewachsen. Der Pflegebetrieb in Gaissach wurde wiederum in die bewährten Hände der Schwesternschaft des Säuglingsheim München gegeben.

An dem 30.10.1932 wurde in der Vereinssitzung der Titel des Vereins „Oblatinnen vom heiligen Benedikt“ angenommen.

1937 war bereits die Kapazität des neuen Heimes erneut erreicht. Eine Erweiterung um 150 Betten wurde geplant, musste jedoch in Anbetracht des Krieges aufgeschoben werden (44,S.5).

1939 mussten die Benediktusschwester auf Druck des Nazi-Regimes das Säuglingsheim in der Lachnerstrasse verlassen. Sie arbeiteten in ihren Heimen in Pasing, Bad Tölz und Gaissach weiter. Den Pflegebetrieb in der Lachnerstrasse übernahmen die Rotkreuz Schwestern. Aufzeichnungen zufolge übernahm die NS Volkswohlfahrt 1944 das Heim, die Betreuung lag in den Händen der Braunen Schwestern (1,S.14).

Gegen Ende 1945 übernahm „die Schwesternschaft des Säuglingsheim e.V.“ wieder den Pflegebetrieb des während des Krieges nach Bad Wiessee evakuierten Säuglingskrankenhauses. Unmittelbar nach Beendigung des Krieges wurde das Säuglingskrankenhaus von den Agnes-Karll-Schwestern übernommen (6,S.40ff.).

1946 kehrte das Säuglingskrankenhaus nach München in die Lachnerstrasse zurück. Die ärztliche Leitung wurde Herrn Dr. Spanier übertragen.

Einer Schrift des Erzbischöflichen Ordinariats ist zu entnehmen, dass die Vereinigung der Benediktus-Schwestern, d.h. der Schwestern des Säuglingsheims, gemäß dem Erlass des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultur 1954 eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes wurde.

1970 mussten die Benediktusschwestern aufgrund von Nachwuchsmangel die Trägerschaft der Kinderklinik an der Lachnerstrasse aufgeben. Die Mehrzahl der Benediktusschwestern zog sich aus Altersgründen in ihr Altenheim in Pasing zurück. Im Kinderkrankenhaus arbeiteten weiterhin: Schwester Felicitas, als Röntgen-MTA und Schwester Avertine als Leiterin der Klinikapotheke (bis 1988). Auch noch während ihres offiziellen Ruhestandes half Schwester Felicitas immer wieder im Nachtdienst oder in Urlaubszeiten in der Röntgenabteilung aus. Erst mit dem Umzug der Lachnerklinik im Jahr 2002 verließ Schwester Felicitas als letzte Benediktusschwester die Kinderklinik.

Schwestern vom Roten Kreuz

Die Geschichte der bayerischen Rotkreuz- Schwestern reicht geschichtlich bis in das 19. Jahrhundert zurück. Am 18. Dezember 1869 übernahm der bayerische Frauenverein die Richtlinien des Roten Kreuzes und nannte sich von nun an "Bayerischer Frauenverein vom Roten Kreuz“.

Am 15. April 1872 wurde die heutige Schwesternschaft in München gegründet. Prof. Nussbaum wies in seiner Festrede darauf hin, dass die geistlichen Orden und Gemeinschaften nicht in der Lage seien, den dringenden Bedürfnissen zu Friedens- oder Kriegszeiten zu genügen. Die bayerischen Frauenvereine seien daher verpflichtet, sich für eine weltliche Krankenpflege mit guter Ausbildung und den sittlichen Anforderungen einzusetzen.

Bereits ein Jahr später, 1873 konnte die erste Pflegerinnenanstalt in München eröffnet werden.

In der Geschichte des Kinderkrankenhauses an der Lachnerstrasse begegnen wir auch den Rotkreuz Schwestern. Diese übernahmen die Pflege kranker Kinder ab 1939 und wurden 1944 durch die sog. Braunen Schwestern abgelöst. (6,S.40ff.)

Agnes Karll Schwestern

Unmittelbar nach Beendigung des Krieges wurde das Säuglingskrankenhaus von den Agnes-Karll- Schwestern übernommen (6,S.40ff.). Sie blieben bis zur Rückkehr der Benediktusschwestern im Jahre 1946.

Agnes Karll war die Gründerin des heutigen "Deutscher Berufsverband für Krankenpflege(DBfK)". Sie bildete 1903 eine "Berufsorganisation der Kranken-Pflegerinnen" für Krankenschwestern. Voraussetzung für die Aufnahme in die Berufsorganisation war die 3-jährige Berufstätigkeit der Schwestern. Agnes Karll setzte sich für eine 3-jährige Ausbildung mit einheitlichem staatlichen Lehrplan ein. 1904 wurde sie Gründungsmitglied der ICN (International Council of Nurses). Dem ICN angehörend entstand daraus 1913 der „Deutsche Berufsverband für Krankenpflege“ (DBFK). Es wurden danach eigene Pflegeschulen gegründet, so daß es auch heute noch katholische Ordenspflege, protestantische Diakonie, weltliche Mutterhausverbände und freiberufliche Krankenpflege gibt (2, S. 56).

Solanus-Schwwestern

1926 gründete Pater Jakob Schauer mann (1880-1957) mit 22 Franziskusschwestern die Kongregation der Solanus-Schwwestern und sorgte dafür, dass sie die kirchliche Anerkennung erhielten. Als Schutzpatron wählte man den hl. Franziskus Solanus. Mit der oberhirtlichen Zustimmung für ihre Gemeinschaft als Solanus-Schwwestern durch den 3. Orden des heiligen Franziskus legten sie das Kleid der Franziskusschwestern, das sie bis dahin trugen, ab und zogen ihre neue, einfache, graue Tracht an. 1929 gingen die ersten Schwestern nach China in die Mission; 1932 wurden die ersten 6 Schwestern in die Mission nach Natal/Südafrika ausgesendet. Bis 1991 waren 36 Schwestern aus Landshut in acht Missionsstaaten tätig.1970 wurde das Kinderkrankenhaus Steinhöring aufgelöst. Durch die Hilfe des Erzbischöflichen Ordinariats München konnten die freigewordenen Solanus-Schwwestern für die Kinderklinik und die Kinderkrankenpflegeschule in der Lachnerstrasse gewonnen werden. Somit übernahmen die

Solanus-Schwestern mit ihrer Oberin Konrada Kiermaier aus Landshut das Kinderkrankenhaus samt Inventar zum weiteren Betrieb(4, S. 586).

1985 wurde im Einvernehmen mit den Solanus-Schwestern die" Stiftung katholische Kinderklinik St. Benedikt an der Lachnerstrasse" als Stiftung des öffentlichen Rechts gegründet (49).

Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Orden

Am 12. Oktober 1902 wurde mit Unterstützung ihrer königlichen Hoheit Prinzessin Ludwig Ferdinand von Bayern die heute genannte Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens durch den Pater Petrus Eder gegründet. Pater Petrus Eder war zu jener Zeit Direktor der Drittordensgemeinde des Kapuzinerklosters St. Anton in München. Im Jahre 1912 erbaute die Schwesternschaft das Krankenhaus III. Orden in Nymphenburg.

Zunächst war die Verpflichtung der jungen Schwestern nur ein rechtlich- weltlicher Akt; 1925 wurde die kirchliche Schwesternweihe eingeführt. Im Jahre 1937 wurde die Schwesternschaft durch oberhirtliches Dekret kirchlich anerkannt.

1995 übernahm die "Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens in Bayern" die Trägerschaft der Kinderklinik an der Lachnerstrasse (1,S.16 ff.). Durch ihre Initiative und zum überwiegenden Teil durch Eigenmittel finanziert, wurde in den Jahren 1998- 2002 für die Kinderklinik an der Lachnerstrasse ein hochmoderner Neubau errichtet.

Heute sind die Drittordensschwwestern außerdem in der Passauer Kinderklinik, in Heimen für Alte, Behinderte und Pflegebedürftige, in ambulanten Krankenpflegestationen sowie in Erholungsheimen tätig (50).

7. Trägerschaften

Säuglingsheim an der Metzstrasse:

1903 „Säuglingsheim München e.V.“
Protektorin: Ihre Königliche Hoheit Marie Gabrielle Prinzessin Rupprecht von Bayern

Säuglingsheim an der Lachnerstrasse:

1909 „Säuglingsheim München e.V.“
Vorsitz: Dr. C. Seitz, königlicher Universitätsprofessor und Vorstand der Universitäts-Kinder-Poliklinik
Stellv. Vorsitzender und leitende Ärzte: Herr Hofrat Dr. J. Meier, Herr Hofrat Dr. O. Rommel
Protektorin: Ihre Königliche Hoheit Marie Gabrielle Prinzessin Rupprecht von Bayern

1926 der Träger „Säuglingsheim München e.V.“ wird in die wohltätige Stiftung „Säuglingsheim München Stiftung“ überführt

Januar1939 Unter der NS-Herrschaft erfolgt die Auflösung der Stiftung Säuglingsheim München und die staatliche Stiftung „Mutter und Kind“ übernimmt die Trägerschaft

April 1939 Kündigung der Benediktusschwestern; Umsiedlung dieser in andere Filialen, wie Gaissach, Bad Tölz, Pasing

1939 Ernennung zum Säuglingskrankenhaus an der Lachnerstrasse
Pflege durch die Rotkreuz-Schwestern

Trägerschaften

- 1944 Ablösung dieser durch die „Braunen Schwestern“; Träger wird die NS-Volkswohlfahrt
- 1945 Rückkehr der Benediktus-Schwestern
- August 1946 Betrieb des Säuglingskrankenhauses wird durch die Benediktus-Schwestern aufgenommen.
Chefarzt: Dr. Julius Spanier
- 1953 Offizielle Übergabe des Krankenhauses an die Benediktus-Schwestern
- 1970 Die Solanus-Schwestern aus Landshut übernehmen die Trägerschaft
- 1985 Umwandlung des Kinderkrankenhauses in eine Stiftung des öffentlichen Rechts
Stiftungsrat: zwei Mitglieder der „Vereinigung der Benediktus-Schwestern“, ein Mitglied der Kongregation der Solanus-Schwestern vom Dritten Orden des heiligen Franziskus, ein Mitglied der Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens, ein Mitglied des Ordens der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz, ein Mitglied des katholischen Caritas-Verbandes der Erzdiözese München und Freising, sowie ein Mitglied der Katholischen Jugendfürsorge der Erzdiözese München und Freising
- 1995 Im Rahmen der Sanierung und des damals geplanten Neubaus wurde die Trägerschaft von der Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens übernommen

8. Kinderkrankenpflegeschule

Die Gründung der ersten Kinderkrankenpflegeschule erfolgte zeitgleich mit der Eröffnung des Säuglingsheimes in der Metzstrasse. Am 10. 2. desselben Jahres regte Frl. Berg-Schrimpf die Gründung eines Pflegerinnen-Vereins an.

Am 15.10. 1903 eröffnete das Säuglingsheim an der Metzstrasse; 67 junge Mädchen bewarben sich um eine Ausbildung als Kinderpflegerin (29,S.1ff.). Bereits 1904 konnten die ersten 10 Schülerinnen ihre Ausbildung zur Säuglingspflegerin abschließen.

1909 wurde das neuerbaute Heim an der Lachnerstrasse bezogen. Dieses erwies sich bald als zu klein. Daraufhin wurde insbesondere die Pflegerinnenschule erweitert .Die folgende Abbildung (27) zeigt den ersten Unterrichtsraum der Pflegerinnenschule.



Abbildung 27: Der erste Unterrichtsraum (1,S.42)

Die Kinderkrankenpflegeschule legte einen besonderen Schwerpunkt auf die Verbesserung der Lebensbedingungen von Säuglingen und Kleinstkindern . Hierzu gehörten neben gesundheitlich adäquater Unterbringung, eine dem Alter entsprechende Ernährung und eine dem Kindesalter angepasste Pflege. Die ärztlichen Betreuer und Leiter von Säuglingsheimen hatten sehr bald erkannt, dass die herkömmliche Ausbildung zur Pflege von Erwachsenen den Erfordernissen einer auf den Säugling abgestimmten Pflege nicht genügte.

Zu jener Zeit war es ein bekanntes Phänomen, dass dort, wo Säuglinge in größerer Zahl in einer Anstalt gepflegt wurden, die Sterblichkeit noch höher lag als die ohnehin sehr hohe allgemeine Sterblichkeit. Diese Erkenntnis bewegte die Leiter der Heime zur Weiterbildung ihres eigenen

Pflegepersonals in der Betreuung und in der Pflege von Säuglingen und Kleinkindern. Einen richtungsweisenden und damit maßgeblichen Beitrag zu einer säuglingsgerechten Unterbringung und der damit verbundenen Pflege leistete Prof. Schlossmann. Auf seine Anregung entstanden neue Säuglingsheime mit angeschlossenen Pflegerinnenschulen. Schülerinnen mit höherer Schulbildung hatten es leichter dem theoretischen Unterricht zu folgen und schlossen in der Regel bei der theoretischen Prüfung besser ab. Die Bewerberinnen mussten das 20. Lebensjahr erreicht haben, um aufgenommen zu werden und um die nötige Reife und Leistungsfähigkeit aufbringen zu können. Als sehr viel wichtiger wurden jedoch menschliche Qualitäten erachtet. Im praktischen Teil der Ausbildung wurde besonderes Augenmerk auf handwerkliches Geschick, pflegerische Veranlagung und „Herzenswärme“ gelegt. Ein weiterer Punkt in der Ausbildung, der als unerlässlich erachtet wurde, waren Kenntnisse in der Hauswirtschaft, Pädagogik und Erfahrung aus dem Kindergarten. Die Ausbildungszeit betrug am Anfang gerade ein halbes Jahr, um dem dringendsten Bedarf gerecht zu werden. Sehr bald wurde die Ausbildungszeit auf ein Jahr ausgedehnt. Hiermit durften sich die Absolventinnen Säuglingspflegerin nennen. Zur Ausbildung als Kinderkrankenpflegerin wurde ein weiteres Jahr, insgesamt also 2 Jahre, gefordert. Der Schwerpunkt bei diesem zusätzlichen Unterricht wurde auf Infektionskrankheiten, insbesondere im Kindesalter, gelegt. Eine einheitliche Ausbildung bestand zu diesem Zeitpunkt, am Anfang des 20. Jahrhunderts, noch nicht. In Süddeutschland, speziell in Bayern, wurden Heime für die Pflegerinnen von Schwesternorganisationen bzw. Orden betrieben, die sehr sorgfältig auf die Aus- und Weiterbildung der Pflegerinnen bedacht waren.

1922 wurde in Bayern eine verbindliche Regelung für die einjährige Ausbildung von Pflegerinnen und eine staatliche Prüfung eingeführt. In die Prüfung wurden die Anstaltsoberinnen oder die Lehrschwestern mit einbezogen, ein Umstand der sich zur staatlichen Anerkennung als Ausbildungsanstalt als sehr nützlich erweisen sollte.

Im Amtsblatt der bayerischen Staatsministerien des Äußeren, des Inneren, für soziale Fürsorge, für Landwirtschaft und für Handel, Industrie und Gewerbe, vom 2. Dezember 1922 findet sich der Lehrplan für die Ausbildung in der Säuglings- und Kleinkinderpflege, der wie folgt lautet:

1. Die Ausbildung soll vorwiegend praktisch sein. Die Schülerinnen sind zur Ordnung und zur peinlichsten Sauberkeit zu erziehen, sie sollen lernen, das ihnen anvertraute Kind scharf zu beobachten, und von der Verantwortlichkeit ihres Berufes und den sich ergebenden Pflichten

überzeugt zu werden.

2. Der mündliche Unterricht soll folgende Gegenstände umfassen:

- a) Bau und Verrichtung des menschlichen Körpers
- b) Allgemeine Gesundheitslehre: Licht, Luft, Wohnung, Kleidung und Ernährung
- c) Allgemeine Krankheitslehre, Krankenbeobachtung, Hilfeleistung bei der ärztlichen Untersuchung und Behandlung, Krankenkost
- e) Erste Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen und Unglücksfällen
- f) Körperliche Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes, Sonderstellung des Kindesalters in Bezug auf Bau, besondere Verrichtung und Wachstum des Körpers
- g) Natürliche Ernährung des Säuglings und deren Überlegenheit gegenüber der künstlichen Ernährung
- h) Künstliche Ernährung des Säuglings, Milch, Mehl, Zucker, Nährpräparate, Beikost. Die Zubereitung der Nahrung und ihre Verabreichung
- i) Ernährung des zwei-sechsjährigen Kindes, fehlerhafte Ernährung
- k) Pflege des Neugeborenen, Säuglings und Kleinkindes, Bedeutung größter Sauberkeit für die Pflege, Baden und Waschen des Kindes, das Bett und die Kleidung, Behandlung der Wäsche, das Kinderzimmer, Licht, Luft, Sonne, Abhärtung
- l) Die wichtigsten Erkrankungen des Säuglings- und Kleinkindesalters, Erkrankungen des Neugeborenen, die Frühgeburt und ihre Pflege, Ernährungsstörungen, Magen- und Darmerkrankungen, englische Krankheit, Tuberkulose, Syphilis, die sonst wichtigsten übertragbaren Krankheiten des Säuglings- und Kleinkindesalters
- m) Krankheitsverhütung durch geeignete Ernährung und Pflege, Schutz vor Ansteckung und Übertragung, Desinfektion, Impfung, Beobachtung und Pflege des kranken Kindes, Pflege bei übertragbaren Krankheiten
- n) Allgemeines Verhalten der Pflegerin in der Anstalt und in der Familie gegenüber dem gesunden und kranken Kind, seinen Angehörigen, den Ärzten und Mitpflegerinnen
- o) Gesetzliche und sonstige Bestimmungen, soweit sie die Pflege von Kindern betreffen
- p) Grundzüge der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge

3. Der mündliche Unterricht ist in der Weise einzuteilen, dass im ersten Halbjahr die allgemeine Gesundheits- und Krankheitslehre (Ziffer 2a -e), im zweiten Halbjahr die, auf die eigentliche Säuglings- und Kleinkinderlehre sich beziehenden Unterrichtsgegenstände (Ziffer

2f-p) behandelt werden. Der Unterricht muss mindestens 160 Stunden umfassen, von denen auf a) bis e) 70 Stunden, auf f) bis k) 50 Stunden, auf l) bis m) 30 Stunden und auf n) bis p) 10 Stunden Unterricht zu verwenden sind.

4. Der ärztliche Leiter der Pflegerinnen-Schule hat den gesamten praktischen und mündlichen Unterricht zu überwachen und den letzteren in der Hauptsache selbst zu erteilen. Der Oberin oder der Lernschwester und dem zuständigen Anstaltsarzt obliegt die Aufsicht und die Unterweisung der Schülerinnen und ihrer praktischen Betätigung.

Im Amtsblatt gleichen Datums ist auch die Bekanntmachung über die staatliche Prüfung von Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen. Erwähnenswert erscheint die Zusammensetzung des Prüfungsausschusses. Er besteht aus dem ärztlichen Referenten der Regierung, Kammer des Inneren, als Vorsitzenden, dem Bezirksarzt, in dessen Bezirk die Prüfungsschule gelegen ist und dem als Leiter der Schule wirkenden Facharzt für Kinderheilkunde als Mitglied. Im Schreiben des Staatsministerium des Inneren an die Regierung von Oberbayern, Kammer des Inneren, datiert am 20. März 1923, wird das Säuglingsheim an der Lachnerstrasse als Prüfungsschule anerkannt (gez. i.A. Graf von Spreti)(18, 19). Alle Teilnehmerinnen bekamen nach Bestehen der Prüfung einen Ausweis (siehe Abb. 28).

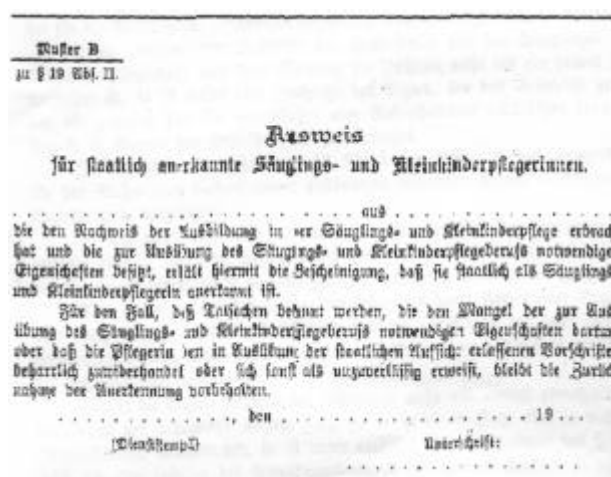


Abbildung 28: Ausweis der Krankenpflegerinnen (18/19,S. 21)

1909 wurden, nach dem Umzug in das neue Heim an der Lachnerstrasse, bereits über 30 Bewerberinnen angenommen.

1923 hatten 199 Schülerinnen die Staatsprüfung bestanden (16,S.88ff.).

Bis 1928, 25 Jahre seit Bestehen des Säuglingsheimes in München, wurden 730 Schülerinnen ausgebildet. Der Lehrplan hielt sich an die Vorgaben der Staatsministerien. Der Hauptteil der theoretischen Ausbildung lag in den Händen des Arztes, der das Heim leitete; in weiteren 40 Stunden vermittelte die Oberärztin zusätzliche Kenntnisse. Ein 12-stündiger Unterricht diente der Einführung in die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Ergänzt wurde diese Unterweisung durch Besichtigungen von entsprechenden sozialen, hygienischen und fürsorglichen Einrichtungen, wie Kinderkrippen, Mütterheimen, Landesmuseen und Molkereien usw. Ein weiterer 12-stündiger Kurs einer Fachlehrerin vermittelte Kenntnisse über die Grundzüge der Pädagogik und der kindergärtnerischen Beschäftigungslehre nach Fröbel. Nach bestandener Staatsprüfung erlernte ein Teil der Schülerinnen in der nahe gelegenen Krankenanstalt des Roten Kreuzes Wochenbettpflege. Der Unterricht erfolgte im theoretischen Teil, das heißt in seminaristischen Abendkursen, einmal pro Woche. Im Laufe eines Jahres durchliefen die Schülerinnen alle Abteilungen des Heimes. Im Hinblick auf säuglingsgerechte und hygienische Ernährung waren für die Milchküche 5-6 Wochen reserviert. Weitere Stationen waren die Frühgeburten-, Säuglings- und Kleinkinderabteilungen. Zwei Monate hatten die Schülerinnen unter Aufsicht einer erfahrenen Schwester Nachtwache. Die Nachfrage zur Ausbildung war so groß, dass man bei der Annahme bereits eine gezielte Auslese vornehmen konnte. Wer diese für die damalige Zeit sehr anspruchsvolle Ausbildung zur Zufriedenheit der Ärzte und Oberin durchhielt und zum Examen zugelassen wurde, bestand dieses meist mit der Note Gut oder Sehr gut. Dieses sprach für die hervorragende Ausbildung des Heimes. Ein Altschülerinnenverband gab in zwangloser Form in dieser Zeit Mitteilungen über pflegerische und Standesfragen heraus. Diesen Mitteilungen lagen oft ärztliche Fortbildungsvorträge bei. Einmal im Jahr traf man sich im Lachnerheim zu Referaten und Aussprachen, die der Fortbildung und der Pflege der Gemeinschaft dienten. Das Heim diente nicht nur ausschließlich der Ausbildung von Pflegerinnen, sondern verstand sich seit der Gründung auch als Mütterschule. Schon früh wurden kurze Kurse mit praktischen Übungen für Mädchen, Frauen und Mütter angeboten. Seit 1914 erhielten die Schülerinnen der städtischen höheren Mädchenschule (Lyzeum am St. Anna Platz) theoretischen Unterricht in Gesundheitslehre, deren Verständnis in einem anschließenden 10-wöchigen Praktikantenkurs im Säuglingsheim mit darauffolgender Prüfung vertieft wurde. Hiermit wurde das Verständnis für Hygiene und Gesundheitsdienst am Kinde wesentlich gefördert. Einige Fakten zu den nachfolgenden Jahren

entstammen aus den Tätigkeitsberichten der Schwesternschaft des Säuglingsheimes München (16,S.88ff).

1926 wurden 29 Schülerinnen zu einem 1-Jahres Kurs aufgenommen. 17 Schülerinnen des Mädchenlyzeums der St. Anna Schule belegten den Zehnwochen Kurs.

1927 erfreute sich die Pflegerinnen-Schule einer großen Nachfrage; es konnte jedoch nur eine kleine Zahl von Bewerberinnen angenommen werden. 29 Schülerinnen absolvierten das Staatsexamen. Fast allen Altschülerinnen konnte Arbeit verschafft werden.

1928 wurden wiederum 29 Pflegerinnen ausgebildet und legten das Staatsexamen erfolgreich ab (17).

1929 geben die Aufzeichnungen keinen Hinweis auf die Ausbildung von Pflegerinnen. Interessant ist jedoch der Vermerk, dass eine Schwester eine Ausbildung am Röntgen-Institut Dr. Sielmann erfährt, um später die Röntgen-Abteilung der Kinderklinik in Gaissach zu führen.

1930/31 wurden wie auch 1929 29 Schülerinnen ausgebildet; es mussten jedoch einige abgelehnt werden; in der Regel wurden keine Bewerberinnen vor dem 20. Lebensjahr aufgenommen (14,S.15 ff.).

1932 weist der Tätigkeitsbericht eine gute Belegung der Pflegerinnen-Schule aus; 32 Schülerinnen legen das Staatsexamen ab.

1933 wurden 25 Bewerberinnen für die Schwesternschule aufgenommen; 30 Schülerinnen legten das Staatsexamen ab, d.h. alle 25 Bewerberinnen und 5 der Kandidatinnen. Man zählte 365 Kinder mit 29035 Verpflegungstagen (15, S.3).

1934 findet sich nur der Hinweis einer guten Belegung der Schwesternschule.

1932-1935 wurden durchschnittlich 31 Schülerinnen an der staatlich anerkannten Pflegerinnenschule mit einer einjährigen Ausbildungszeit unterrichtet. Wie jedes Jahr fanden die Abschlussprüfungen im Juli und September statt. 123 Schülerinnen absolvierten in diesen Jahren die Ausbildung (15,S.15ff).

1935- 1937 erfolgten keine Eintragungen bezüglich der Schwesternschule.

1939 wurde die Stiftung "Säuglingsheim München" in die staatliche Einrichtung "Mutter und Kind" überführt. Die Betreuung und Pflege wurde von den Rotkreuz-Schwestern übernommen.

In den Jahren 1939-1945 finden sich keine Hinweise über eine Fortführung der Schwesternausbildung. Nach der Wiedereröffnung des Kinderkrankenhauses mit Dr. Spanier im Jahre 1946 wurde die Schwesternausbildung wieder aufgenommen. Leitende

Unterrichtsschwester war Sr. Mathilde Schmid (siehe Abb.29). Seit dem Jahre 1957 wurde die Ausbildung zur Kinderkrankenschwester auf drei Jahre verlängert. Jeder Kurs umfasst ca. 15 Schülerinnen. Seit 1991 wurden auch Schüler für die Ausbildung zum „Kinderkrankenpfleger“ aufgenommen. Leitende Schulschwester ist seit 1979 Sr. Lydia. Die ärztliche Leitung lag von 1955-1983 in den Händen von Herrn Dr. Scheppe (Siehe Abb. 29), von 1984 –2000 bei Herrn Oberarzt Dr. Metz, und ab dem Jahr 2000 wurde Herr Oberarzt Dr. Kumlien zum ärztlichen Leiter der Schule ernannt.

Seit Gründung der Kinderkrankenpflegeschule (1903) konnten insgesamt ca. 2000 Lernschwestern/ Lernpfleger die staatliche Prüfung ablegen.



Abbildung 29: Examenskurs 1961, Chefarzt Dr. Lutz , Chefarzt Dr. Scheppe, Unterrichtsschwester Mathilde Schmid (1,S.43)

9. Forschung und Lehre

Mit Beginn seiner Tätigkeit nahm Prof. Schöber am Studentenunterricht der LMU teil und führte mit Hilfe von Doktoranden eine Reihe von Forschungsprojekten durch. Das folgende Kapitel bringt eine Übersicht der abgeschlossenen Dissertationen, der Publikationen an der Lachnerklinik und der durchgeführten Unterrichtsveranstaltungen. In gleicher Weise beteiligte sich Herr Prof. Kellnar ab 1998 an Forschung und Lehre der LMU.

9.1. Dissertationen

1. Organisation und Personalstruktur pädiatrischer Intensivpflegestationen, Helmut Trinczek- Gärtner aus München, 1987
2. Transkutanes O₂- Monitoring bei Risiko- Neugeborenen unter Transportbedingungen, Susanne Genz aus München, 1987
3. Das TCPO₂- und TCPCO₂- Histogramm bei Neugeborenen ohne und mit kardiorespiratorischen Erkrankungen, Monika Megyei aus München, 1988
4. Sonographische Darstellung der Nasennebenhöhlen im Kindesalter, Vesselina Gürkov aus München, 1989
5. Epidemiologie, Klinik und Therapie invasiver *Hämophilus influenzae* Typ B Infektionen im Kindesalter, Nirmala Chirayath aus München, 1990
6. Bakterielle Meningitis im Kindesalter unter besonderer Berücksichtigung der Monotherapie mit Cefmenoxim oder Cefotaxim, Andreas Eicken aus München, 1990
7. Maßnahmen zur Dämmung der Kopfbeschleunigung beim Inkubatortransport von Risiko- Neugeborenen, Cornelia Königsbauer aus München, 1991
8. Normalwerte wichtiger hämodynamischer Parameter während der ersten zehn Lebenstage bei 50 Früh- und Neugeborenen- Zweidimensionale und Doppler- Echokardiographische Untersuchungen, Inge Häfelin aus München, 1991
9. Angeborene zentrale Schlafhypoventilation (Undine Syndrom) und deren therapeutische Behandlungsmöglichkeiten mit dem Phrenicusschrittmacher, Karolin Busch aus München, 1991
10. Die offene Besuchsregelung in der Neugeborenenintensivpflege und Neugeborenen spezialpflege- Ein Beitrag zur Abmilderung der Eltern- Kind- Trennung-, Wilhelm Bauckhage aus München, 1991

11. Prä- und postoperative Risikofaktoren bei angeborenen Zwerchfelldefekten und deren Einfluss auf die Letalität, Angelika Garhammer aus München, 1992
12. Vergleichende Sauerstoffsättigungsmessungen bei Frühgeborenen, Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern unter besonderer Berücksichtigung der Pulsoxymetrie, Marcus Compostella aus München, 1992
13. Die Messung otoakustischer Emissionen als Screening- Methode zur Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen, Daniela Dotzauer aus München, 1993
14. Intravenöse Vitamin E Substitution bei Frühgeborenen < 1500 Gramm, Peter Büttner aus München, 1993
15. Die transkutane Bilirubinbestimmung
Die Wertigkeit einer neuen Methode, Bernd Aulinger aus München, 1994
16. Candida- Sepsis auf der Neugeborenen- Intensivpflegestation, Ursula Bienengräber aus München, 1995
17. Septische Infektionen auf der Neugeborenenintensivpflegestation
Häufigkeit, Erregerspektrum und Therapie, Astrid Hartmann aus München, 1995
18. Polysomnographische Studien bei Kindern mit Undine- Syndrom, Gabriela Michaela Reichelt aus München, 1999
19. Langzeitverlauf nach Operation eines angeborenen Zwerchfelldefektes, Caroline Julia Wach, 1999
20. Aztreonam, Anwendungsbeobachtung bei Früh- und Neugeborenen, Winfried Baumann aus Hopfgarten, 2003

9.2. Publikationen

1. Rommel O, Säuglingsheim in München an der Lachnerstrasse 1903- 1928, Bericht über die fürsorgliche, ärztliche und Lehrtätigkeit im Münchener Säuglingsheim in fünfundzwanzig Jahren,
Druck von R. Oldenbourg in München
2. Scheppe KJ, Rationalisierung in der Milchküche,
Z. Medizin und Ernährung 4, Heft 11, 266-269 (1963)

3. Scheppe KJ, 75 Jahre Säuglingsheilkunde. Aus der Pflegestelle in der Metzstrasse ging das Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse hervor.
Münchner Stadtanzeiger 36, Nr. 49, 5 (1980)
4. Scheppe K. J., Das Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse in München, Der Kinderarzt, Heft 4/81, S. 587ff., Sonderdruck aus der Kinderarzt, 1981
5. Schöber JG, Beatmung von Neugeborenen und Kleinkindern.
In: Intensivstation, -pflege, -therapie. Möglichkeiten, Erfahrungen und Grenzen. Ed. K.Steinbereithner u. H.Bergmann.
Thieme Verlag. Stuttgart- New York, 1984, S. 317-328
6. Schöber JG, Der Münchener Neugeborenen- Notarztdienst.
Leben Retten. 1/1984, S. 17-20
7. Schöber JG, Therapie mit Prostaglandin E bei Neugeborenen mit Herzfehler.
Editorial. Herz und Gefäße 4, 568 (1984)
8. Schöber JG, Therapie des Schocks im Kindesalter.
In: Die Hämodynamik kritisch kranker Patienten. Ed. E. Deutsch et al. Schattauer Verlag.
Stuttgart- New York (1984). S.497-505
9. Schöber JG, Pilossoff W, Bühlmeier K, Urapidil therapy for acute hypertensive crisis in infants and children.
Europ. J. Pediatr. 143, 87 (1984)
10. Schöber JG, Bühlmeier K, Das Neugeborene mit Herzfehler- diagnostisches und therapeutisches Vorgehen.
Monatsschr. Kinderheilk. 132, 387 (1984)
11. Schöber JG, Diagnostik, Therapie und Prognose beim Undine- Syndrom.
Pädiatr. Prax. 31, 460 (1985)
12. Schöber JG, Sitzmann FC, Notfalllabor der Neugeborenenintensivstation.
Pädiatr. Prax. 31, 213 (1985)
13. Schöber JG, Neuere Entwicklung der Herz- Kreislauf- Therapie im Kindesalter.
Z. Allg. Med. 61, 453 (1985)
14. Schöber JG, Schocktherapie
Monatsschr. Kinderheilk. 133, 399 (1985)

15. Genz Th, Genz S, Schöber JG, Bühlmeyer K, Erfahrungen mit der transkutanen pO₂-Messung (tcpO₂- Messung) beim Transport beatmeter Frühgeborener.
Klin. Pädiatr. 198, 457 (1986)
16. Schöber JG, Therapie der hypertensiven Krise bei Kindern.
Kolloquium 4, Nr. 18 (1986)
17. Stübing K, Schöber JG, Mantel K, Sebening W, Bühlmeyer K, Stenosen der Atemwege durch Fehlbildungen des Herz- Gefäß- Systems.
In: Moderne Intensivmedizin bei Kindern, Ed. Schachinger H
Zuckschwerdt Verlag München- Bern- Wien 1986, S. 42
18. Teichler V, Schöber JG, Sebening F, Bühlmeyer K, Zwerchfellpareesen im Säuglings- und Kindesalter nach Herzoperationen.
In. Moderne Intensivmedizin bei Kindern. Ed. Schachinger H
Zuckschwerdt Verlag München- Bern- Wien 1986, S.157
19. Schöber JG, Der Einsatz neuer vasoaktiver Substanzen in der Pädiatrie.
In: Pädiatrische Intensivmedizin VII. Ed. Hohenlauer L,
Thieme Verlag Stuttgart- New York 1986, S.42
20. Schöber JG, Perinatale Adaptation von Herz und Kreislauf und ihre Störungen
In: Entwicklungsstörungen des Zentralnervensystems. Ed. Neuhäuser G
Kohlhammer Verlag, Suttgart- Berlin- Köln- Mainz, 1986, S. 121
21. Bühlmeyer K, Schöber JG, Lorenz HP, Müller KD, Vogel M, Early Diagnosis and medical treatment of patent ductus arteriosus in infants,
Cardiovascular and Interventional Radiology 9 (1986), 273-278
22. Schöber JG, Strigl R, Präklinische Erstversorgung: Schädel- Hirn- Trauma, Bergunfall, toxikologischer Notfall, Ausrüstungsstand und Aktionsradius der verschiedenen Transportmittel.
Verlag Wolf C & Sohn, München 1987
23. Trinczek- Gärtner H, Schöber JG, die personelle Besetzung der pädiatrischen Intensivstation.
In: Pädiatrische Intensivmedizin VIII. Ed. Schröder H
G. Thieme Verlag Stuttgart- New York 1987

24. Schöber JG, Megyei M, Methods of determining pO₂ and pCO₂ in infants and their significance
Medical focus 6, 1987, S. 16-18
25. Pilosoff W, Schöber JG, Müller KD, Schumacher G, Sebening W, Babic R, Complete thrombotic obliteration of ascending aorta and the aortic arch as a cause of acute heart failure in a newborn.
Eur. J. Pediatr. (1988) 148: 11-14
26. Schöber JG, Kumlien B, Die Erstversorgung und Reanimation des Risiko-Neugeborenen.
In: Pädiatrische Notfälle, Bd.9, Klinische und experimentelle Notfälle. Ed. Sefrin P, Zuckschwerdt Verlag München- Bern- Wien 1988
27. Schöber JG, Notfälle im Kindesalter
In: Traumatische und nichttraumatische Notfälle. Ed. Karimi A
De Gruyter Verlag, 1988
28. Schöber JG, Pharmakologische Besonderheiten bei der Notfallmedizin von Kindern.
In: Pädiatrische Notfälle, Bd. 9, Klinische und experimentelle Notfälle . Ed. Sefrin P.
Zuckschwerdt Verlag, München- Bern- Wien 1988
29. Schöber JG, Therapie septischer Infektionen bei Früh- und Neugeborenen
In: Infektionen in der Neonatologie. Ed. Luthardt Th.
Pmi Verlag, Frankfurt 1988, S. 72-82
30. Busch K, Meisner H, Schöber JG, Grubbauer H, Electrophrenic stimulation in 9 patients with Ondine`s curse,
Proceedings of 3rd Vienna International Workshop on Functional Electrostimulation
Baden/Vienna 1989
31. Grubbauer HM, Haidmayer R, Reiterer F, Schöber JG, Zobel G, Untersuchungen der Atemregulation bei zentralem alveolärem Hypoventilations- Syndrom ohne und mit Zwerchfellschrittmacher
In: Klin. Pädiatrie 200, 1988, S. 388- 392
32. Schöber JG, Garhammer A, Perioperative Probleme bei Neugeborenen mit einer Zwerchfellhernie. Pathophysiologische Grundlagen und perioperative Vorbereitung.
In: Anästhesie bei Früh- und Neugeborenen.

- Ed. Ahnefeld FW, Altemeyer H, Fösel T, Kraus GB, Rügheimer E,
Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1989, S. 89-94
33. Schöber JG, Therapie mit Vasodilatoren beim Neugeborenen
In: Qualitätssicherung in der Notfallmedizin- Transportmedizin.
Ed. Herden HN, Moecke A
Wiss. Verlag Blackwell Ueberreuter, Berlin 1990
34. Schöber JG, Kumlien B, Risikoneugeborene
In: Erstversorgung im Notarztdienst, 2. Auflage
Ed. Konzert- Wenzel J, Prokscha GW, Theisinger W
Urban und Schwarzenberg, München 1990
35. Schöber JG, Busch K, Meisner H, 10 jährige Erfahrungen mit dem
Zwerchfellschrittmacher bei Kindern mit Undine- Syndrom (Schlafhypoventilation)
In: Schlaf- und schlafbezogene autonome Störungen aus interdisziplinärer Sicht
Ed. Schläfke ME, Gehlen W, Schäfer Th,
Uni- Verlag, Brockmeyer N, Bochum 1991, S.163- 167
36. Eicken A, Schöber JG, Roos R, Machka K, Cerebrospinal fluid Penetration of
Cefmenoxime in children with bacterial meningitis
In: Infection 19, 406, 1991
37. Schöber JG, PFC- Syndrom (Persistenz der fetalen Zirkulation)
In: Fragen und Antwort aus der pädiatrischen Praxis, Band 3
Ed Gädecke R
Marseille H Verlag, München 1991, S.122
38. Schöber JG, Neumayer S, Meisner H, von Kries R, Prävalenz und Inzidenz des Undine-
Syndroms in Deutschland
In: Monatsschr. Kinderheilkd. 142,1994,S. 32
39. Lang M, Schulze- Schwering M, Schöber JG, Praktische Erfahrungen mit der
Heimbeatmung im Kindesalter
In: Med. Klin. 90, 1995, S.52-56
40. Schöber JG, Garhammer A., Schuster L, Prognose der kongenitalen Zwerchfellhernie
unter Beobachtung des Oxygenierungsindex
In: Z. Geburtsh. u. Neonatologie 199, 1995, S.211

41. Weese- Mayer DE, Silvestri JM, Kenny AS, Ilbay MN, Hauptmann SA, Talonen PP, Garrido Garcia H, Watt J, Exner G, Baer GA, Letsou G, Peruzzi WT, Alex CG, Harlid R, Vincken W, Davis GM, Decramer M, Kuenzle C, Saeterhaug A, Schöber JG, Diaphragm Pacing with a quadripolar electrode, An international study
AM. J. Resp. Crit. Care Med., 19: 1311-1319,1996
42. Genzel-Boroviczeny O, Altherr M, Lindner W, Lipowsky G, Peller P, Schöber JG, Roos R, Zügiger enteraler Nahrungsaufbau bei sehr kleinen Frühgeborenen, Monatsschr. Kinderheilkd (1996) 144: 141-146
43. Schöber JG, Lemburg P, Erstversorgung von Risikoneugeborenen im Kreißsaal und auf dem Transport, Alete wissenschaftlicher Dienst, 3. ergänzte Auflage 1999
44. Schöber JG, Der sog. Baby- NAW, In: Notfall & Rettungsmedizin, Springer Verlag 1999,2, S. 29-30
45. Schöber JG, Meisner H, Phrenicuspacer - Alternative bei zentralem Hypoventilationssyndrom ?, Somnologie (1999), 3(Suppl.1), 1-66
46. Wolf GK, Metz J, Schöber JG, „Akute Leishmaniose als Differentialdiagnose eines septischen Krankheitsbildes“ (Acute Leishmaniasis as a differential diagnosis of sepsis), Kinderärztliche Praxis, Oct.1999, Vol 70, pp. 446
47. Pflaumer A, Kumlien B, Koletzko B, Schöber JG, Hanssler L, Parenterale Ernährung frühgeborener Kinder mit omega- 3- Fettsäuren, Z. Geburtsh. Neonatol. 203 (1999), V100
48. Wach CJ, Schöber JG, Schuster L, Langzeitergebnisse bei Kindern mit kongenitaler Zwerchfellhernie im Verlauf, Monatsschrift für Kinderheilkunde Supplement 2, Band 147, S.211, Heft 8 (1999)
49. Wolf GK, Baethmann M, Enders G, Schöber JG, Vielhaber H, „Kongenitale Rötelnembryopathie trotz positiven Antikörpernachweis in der Frühschwangerschaft“ (Congenital Rubella Syndrome despite positive Rubella antibody test in early pregnancy), Kinderärztliche Praxis, Sept. 2000 Vol 71, p36
50. Kellnar St, Die Bedeutung des Impact Faktors für die Kinderchirurgie, Zentralblatt Kinderchirurgie (2000) 6: 229-232

51. Wach CJ, Vielhaber H, Schöber JG, Erfolgreiche konservative Therapie mit Sandostatin bei zwei Schwestern mit familiärem kongenitalem Hyperinsulinismus, Kinderärztliche Praxis, Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin Supplement, 15. Juni 2002, 73. Jahrgang
52. Wolf GK, Schöber JG, Vielhaber H, "Life-threatening intoxication in twin neonates following accidental overdose of rectal dimenhydrinate" Eur J Ped, Nov 2002, pp 632-633
53. Schöber JG, Bronchopulmonale Dysplasie, Potentielle Langzeitrisiken für Frühgeborene mit pulmonalem Hochdruck
Kinderärztliche Praxis Nr. 5, 2002, S.327- 332
54. Matera I, Bachetti T, Cinti R, Lerone M, Gagliardi L, Moranti F, Motta M, Mosca F, Ottonello G, Piumelli R, Schöber JG, Ravazzolo R, Ceccherini I, Mutational Analysis of the RNX Gene in Congenital Central Hypoventilation Syndrome, American Journal of Medical Genetics 113: 178-182, 2002
55. Pohl A, Jung A, Vielhaber H, Pfluger T, Schramm T, Lang T, Kellnar S, Schöber JG, Congenital Atresia of the Portal Vein and Extrahepatic Portocaval Shunt Associated with Benign Neonatal Hemangiomas, Congenital Adrenal Hyperplasia, and Atrial Septal Defect, Journal of Pediatric Surgery, Vol 38, No 4(April), 2003, pp 633-634

9.3. Praktika und Vorlesungen

Pflichtveranstaltungen im 3. klinischen Studienabschnitt (3.-6. klinisches Semester)
-Vorlesung: Klinik und Therapie der Erkrankungen des Kindes (Pädiatrie I), einschließlich Kinderchirurgie I (3. klinische Semester), 3 stündig, Mi 12.30- 13.15 Uhr und Do 11.30-13.00 Uhr , Großer HS, Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Hauner` schen Kinderspital, Klinikum der Universität München, Lindwurmstrasse 4

Referenten: D. Reinhardt, I. Joppich, D. Adam, K. Kurnik, B. Belohradsky, Chr. Döhlemann, H.-G. Dietz, R. Eife, U. Graubner, M. Griese, M. Jensen, D. Kunze, J. Martinius, Th. Nicolai, P.Peller, R. Roos, J. Schöber, H.P. Schwarz, G. Simbruner, H. Truckenbrodt, K.-D. Tympner, H. von Voss, J.-U. Walther

Anleitung zu wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Neonatologie und Kinderkardiologie (ab 2. klin. Semester), 12 stündig, Zeit nach Vereinbarung, Tel.12602-117, Kinderklinik an der Lachnerstrasse, Lachnerstr.39, Sekretariat Prof. Schöber, Zi.14 EG

Praktikum der Kinderheilkunde einschließlich Kinderchirurgie (5. klin. Semester), 2- stündig, Blockveranstaltung/ 24 Einzelstd.

Fr. 10.15-11.45 Uhr, Treffpunkt: Kinderklinik an der Lachnerstrasse 39, Sekretariat Prof. Schöber, Zi. 14, EG

Das Praktikum der Kinderheilkunde fand in Form eines „bed-side-teaching“ jeweils am Freitag mit je sechs Studenten statt. Diese wurden in Klein- Gruppen zu je zwei aufgeteilt, sodass jeder Student unter Anleitung möglichst viel zum Untersuchen kam.

D. Reinhardt, I. Joppich, B. Belohradsky, C. Döhlemann, D. Kunze, R. Eife, R. Schreiber, Ro. Schmid, H.P. Schwarz, G Simbruner, H. Till, J. Schöber, K.-D. Tympner, H. von Voss, H.-G. Dietz, H. Lochbühler, R. Grantzow, E. Ring- Mrozik, Schmid

StudentInnen im praktischen Jahr (PJ)

Seit 1990 erhielten regelmäßig 3-4 Studentinnen oder Studenten ihre praktische Ausbildung im PJ- Tertial an der Lachnerklinik, in Kooperation mit der Universitäts- Kinderklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital. Am 10.07.2002 fasste die medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians- Universität München den Beschluß, die Kinderklinik III. Orden, vormals Kinderklinik an der Lachnerstraße, zum akademischen Lehrkrankenhaus zu ernennen. Der entsprechende Antrag war bereits 1995 von Prof. Schöber gestellt worden.

10. Zusammenfassung

Die Geschichte der Kinderklinik an der Lachnerstrasse überspannt eine Zeit weitreichender Erkenntnisse in den Naturwissenschaften, deren Ergebnisse in zunehmendem Maße in die Medizin einfließen. Mit Beginn des 20.ten Jahrhunderts fand daraus folgend eine zunehmende Spezialisierung der Ärzte statt.

Die Historie der Kinderklinik an der Lachnerstrasse bietet eine Gelegenheit, die Entwicklung der Pädiatrie und der Kinderchirurgie über ein Jahrhundert zu verfolgen.

Die hohe Säuglingssterblichkeit am Ende des 19.ten Jahrhunderts mit ca. 30 Prozent rückte immer mehr in das Bewusstsein der Bevölkerung. Ausgehend von den Bemühungen einer kleinen Zahl engagierter Ärzte formierten sich auf privater Basis Bürgerinitiativen, diesen Notstand zu lindern.

Die Wurzeln der Kinderklinik finden sich in folgenden Ereignissen:

1901 rief der Münchner Arzt Dr. Georg Hirth die Bevölkerung auf, einen „Verein Kinderschutz“ zu gründen, um der Notlage der Kinder und Säuglinge entgegen zu wirken. Er fand Unterstützung nicht nur durch die Bevölkerung sondern auch durch die Universitätsärzte Prof. Dr. Carl Seitz, Hofrat Dr. Josef Meier und Dr. Otto Rommel. In demselben Jahr wurden durch ein Wohltätigkeitsfest des Vereins Spenden gesammelt, um in München ein Säuglingsheim gründen zu können.

Dieselben Ziele verfolgte Fräulein Berg-Schrimpf unabhängig von Dr. Hirth mit ihrer 1901 eingerichteten Kinderkost- und Pflegestelle in der Metzstrasse, dem gemieteten Schwesternheim der Blauen Schwestern in Haidhausen.

Primäre Bestrebung war es, die hygienischen Bedingungen und die Ernährung des Säuglings durch Aufklärung der Bevölkerung zu verbessern. Dafür wurden Milchküchen und Säuglingspflegestationen eingerichtet und die Mütter in der Säuglingspflege geschult.

1903 beschlossen Ärzte und Schwestern gemeinsam, die Kostkinder-Pflegestelle in ein Säuglingsheim, mit dem Rechtsträger „Säuglingsheim München e.V.“, auszubauen. Dieses erste Säuglingsheim in der Metzstrasse hatte 15 Betten.

Dieses erste Säuglingsheim war schnell überfüllt.“ Immer dringender wurde der Wunsch, ein größeres und moderneres Säuglingsheim zu errichten“ (Zitat Festschrift). Durch eine großzügige Schenkung von Freifrau von Schrenk- Notzing konnte 1907 ein Bauplatz in der

Lachnerstrasse erworben werden. Bereits im Jahre 1909 konnte der Neubau mit 75 Betten für Säuglinge und 12 Betten für Mütter bezogen werden.

Durch die architektonische Großzügigkeit, mit viel Licht und zusätzlichem Platz für die Aufnahme der Mütter, sah man das neue Heim als großes Vorbild weltweit. Man erreichte in dem Heim eine Mortalitätsrate von nur 11,9%; dies entsprach der Hälfte der durchschnittlichen Säuglingssterblichkeit in ganz Bayern mit 20,7%. Durch den wachsenden Andrang entschloss man sich 1913 zu einem Anbau, welcher zu Ehren der verstorbenen Protektorin „Prinzessin-Rupprecht-Haus“ genannt wurde. In diesem brachte man alle Personalwohnungen, Vorratsräume und die Waschküche unter, wodurch wieder Platz für neue Patientenzimmer geschaffen wurde. Insgesamt fanden nun bis zu 120 Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder in dem Säuglingsheim Platz.

Die ärztliche Leitung lag bis 1920 bei Herrn Dr. Rommel und Herrn Hofrat Meier; von 1920 bis zum Jahre 1939 lag sie bei Dr. Rommel allein. Herr Hofrat Meier wurde in das Bayerische Innenministerium für den Gesundheitsdienst der Kleinkinder berufen.

Die pflegerische Betreuung wurde bis 1939 von den „Blauen Schwestern“ betrieben, die sich ab 1922 Benediktus-Schwester nannten. 1939 wurde die Klinik von der staatlichen Einrichtung „Mutter und Kind“ übernommen; dadurch wurden die Benediktus-Schwester von den Schwestern des Roten Kreuzes ersetzt. 1944 wurde die Klinik mit der Auslagerung nach Bad Wiessee durch die NS-Volkswohlfahrt von den Braunen Schwestern übernommen.

1946 fand sich eine kleine Zahl der 1939 verdrängten Benediktus-Schwester zusammen, um das Säuglingskrankenhaus in der Lachnerstrasse wieder aufzubauen.

Als Chefarzt konnte der jüdische Arzt Dr. Julius Spanier, der das Konzentrationslager in Theresienstadt überlebte, gewonnen werden. Er wirkte dort unter schwierigen Bedingungen von 1946 bis zum Jahre 1955 und setzte sich darüber hinaus für die geregelte Ausbildung von Schülerinnen zur Kinderkrankenpflege ein. Unter seiner Leitung wurden zunehmend auch kranke Kleinkinder und Schulkinder aufgenommen.

1950 konstituierte sich ein neuer Förderverein unter dem Namen „Prinzessin-Rupprecht-Heim, Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse e.V.“, da der alte Förderverein 1939 per Dekret durch die NS-Regierung aufgelöst worden war.

Im Jahre 1955 beginnt, mit der Eröffnung einer kinderchirurgischen Abteilung (Chefarzt Dr. R.Lutz) und einer pädiatrischen Abteilung (Chefarzt Dr.K.Scheppe) ein bedeutender

Zeitabschnitt. Er zeigt die Entwicklung vom Säuglingskrankenhaus zu einer modernen Kinderklinik für alle Altersstufen vom Neugeborenen bis zum Jugendlichen.

Aufgrund des Zustroms an Patienten wurde 1962 erneut ein Anbau mit 90 Betten eröffnet.

1970 waren die Benediktusschwestern durch Nachwuchsmangel gezwungen, sich zurückzuziehen; die Solanus-Schwestern aus Landshut, welche ihr Kinderkrankenhaus in Steinhöring kurz zuvor geschlossen hatten, kamen mit ihrer Oberin Konrada Kiermaier nach München und lösten die Benediktusschwestern ab.

Ab 1974 rüstete man die Früh- und Neugeborenenstation schrittweise zu einer Neugeborenen-Intensivstation um.

Im Jahre 1975 wurde Dr. L. Schuster mit der kinderchirurgischen Abteilung betraut. Er setzte sich besonders für den Ausbau der Neugeborenen- Chirurgie und die Kinder-Urologie ein.

1984 übernahm Prof. Dr. J.G. Schöber als Chefarzt die pädiatrische Abteilung und die Leitung des Kinderkrankenhauses. Die folgenden Jahre waren geprägt von einer zunehmenden Modernisierung der Stationen und der Einrichtung von Funktionsabteilungen und Spezialambulanzen:

- 1984 Eröffnung einer Ambulanz für Kinderkardiologie und Sonographie
- 1984/85 Umbau und Erweiterung der Neugeborenenintensivstation (8 Beatmungsplätze)
- 1986 Modernisierung der Früh- und Neugeborenenstation
- 1986 Umbau und Modernisierung der Operationssäle
- 1989 Eröffnung einer Mutter- und Kindstation
- 1990 Einführung eines Schlaflabors
- 1991-2001 Langzeit-EKG, Ösophagus-pH-Metrie, Langzeit-Blutdruck, Oxycardiorespirographie, Fahrradergometrie, Dünndarmsaugbiopsie

Zum weiteren Ausbau des Schwerpunktes Neonatologie wurden Kooperationsverträge mit der Frauenklinik vom Roten Kreuz, der Frauenklinik Dr. Geisenhofer, dem Krankenhaus III. Orden und der Kreisklinik Dachau abgeschlossen.

Überregionale Bedeutung erlangte die Klinik durch die Zwerchfellschrittmachertherapie von Kindern mit Undine-Syndrom.

1998 übernahm Prof. Kellnar als Chefarzt die kinderchirurgische Abteilung. Als wichtige Neuerung führte er die minimalinvasive Mikrochirurgie ein.

Ein Wechsel der Trägerschaft fand 1985 mit der Überführung des Kinderkrankenhauses in eine öffentliche Stiftung statt, nämlich die “ Stiftung katholische Kinderklinik St. Benedikt“ (Stiftung des öffentlichen Rechts).

Träger dieser Stiftung waren die Benediktus-Schwestern, die Solanus-Schwestern, die Schwesternschaft der Krankenfürsorge des III. Ordens in Bayern, die Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vincenz von Paul, der Caritas- Verband der Erzdiözese München und Freising sowie die katholische Jugendfürsorge der Erzdiözese München und Freising. In den 90-er Jahren wurde eine Grundsanierung, insbesondere des Altbaus aus dem Jahre 1909 immer dringlicher. Hierfür waren die Finanzmittel der Stiftung nicht ausreichend. Es kam daher 1995 zu einem erneuten Wechsel der Trägerschaft: die Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens in München Nymphenburg übernahm die Trägerschaft und erklärte sich bereit, großteils durch Eigenmittel aber auch durch bereits bewilligte staatliche Mittel für die Kinderklinik auf dem Areal des Dritten Ordens einen Neubau zu erstellen. Bereits am 2.Mai 2002 konnte dieser Neubau bezogen werden. Das besondere an diesem Neubau ist die Integration der geburtshilflichen Abteilung in die Kinderklinik. So entstand in der neuen Kinderklinik des Dritten Ordens das Idealmodell eines Perinatalzentrums: Geburtshilfe, Neonatologie, Kinderchirurgie und Pädiatrie mit all ihren Subspezialitäten (Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie, Kinderkardiologie, Sonographie, etc.) unter einem Dach.

Zusammenfassend lässt sich sagen:

Die Chronik der Lachnerklinik zeigt beispielhaft die Entwicklung der Kinderheilkunde und Kinderchirurgie in den vergangenen 100 Jahren. Aus einem Säuglingsheim mit 15 Betten entwickelte sich ein hochmodernes Perinatalzentrum, welches durch seine Funktionsabteilung und durch den Verbund mit dem Krankenhaus III. Orden auch für die Behandlung von Schulkindern und Jugendlichen bestens eingerichtet ist.

Die Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens in München übernahm am 1.1.1995 im Hinblick auf den Umzug in die Menzingerstrasse die Trägerschaft der Lachnerklinik.

Der Umzug der Kinderklinik an der Lachnerstrasse fand am 2. Mai 2002 statt.

A. Diagramme und Tabellen

Operations- Statistik 1993-1997

1.	Kopf und Hals	
1.1	Neurochirurgische Eingriffe, gesamt	123
1.1.1	Hydrocephalus	
1.1.1.1	Erst OP	35
1.1.1.2	Revision und Entfernung	70
1.1.2	MMC (Meningomyelocele)	10
1.1.3	ICB (Intrazerebrale Blutung) und Frakturen	8
1.2	Andere Eingriffe, gesamt	636
1.2.1	Fisteln, Zysten am Hals	47
1.2.2	Fisteln, Zysten, Bändchen am Mund	62
1.2.3	Tracheotomien, Tracheostomaverschluß	26
1.2.4	Tumore/Anhängsel	163
1.2.5	Abstehohren	133
1.2.6	LKG-Spalten (Lippen- Kiefer-Gaumenspalten)	32
1.2.7	Andere	173
2.	Brustwand/Brusthöhle (ohne Thoraxdrainage)	
2.1	Eingriffe, gesamt	87
2.1.1	Lungeneingriffe, gesamt	12
2.1.2	Eingriffe im Mediastinum, gesamt	2
2.2	Phrenicus-Pacerimplantation	22
2.3	Äußere/Innere Tumore	42
2.4	Oesophagusatresie-Korrektur (3.1)	
2.5	Andere Thorakotomien	8
2.6	Hiatoplastik	5
	Fundoplikatio	9
	Achalasie/Myotomie	1
	Oesophagoskopie	108
	Bronchoskopie	70
3.	Neugeborenen- Chirurgie	
3.1	Oesophagusatresiekorrektur	15
3.2	Omphalocele/Gastroschisis	32
3.2.1	Folge OP	5
3.3	Intestinale Obstruktionen (auch Mekoniumileus, Pancreas anulare, Gallengangatresie, Malrotation) gesamt	212
3.3.1	Atresien (ohne Analatresie)	14
3.3.2	(Briden-) Ileus	29
3.3.3	Pankreas anulare	5
3.3.4	Gallengangatresie	1

3.3.5	Malrotation	3
3.3.6	Invagination	15
3.3.7	Pylorushypertrophie	103
3.3.8	Inkarzerierte Leistenhernie	33
3.3.9	Volvulus	5
3.3.10	Weitere	5
3.4	NEC Ersteingriffe (Nekrotisierende Enterokolitis)	19
3.4.1	NEC Folgeeingriffe	28
3.5	Enterothorax	12
3.6	Analatresiekorrektur	8
3.6.1	Weitere Analatresie OP	21
3.7	Megacolonresektion	9
3.7.1	Weitere IND (intestinale neuronale Dysplasie)/Morbus Hirschsprung OP, z.B. Myotomie	62
3.8	Große Tumore (ohne Wilms- Tumor)	15
4.	Urologie	
4.1	Ureter und Blase, gesamt	277
4.1.1	Subpelvine Stenose (Korrektur)	16
4.1.1.1	Weitere Eingriffe	3
4.1.2	VUR (Vesiko-ureteraler Reflux) (Korrektur)	41
4.1.2.1	Weitere Eingriffe	23
4.1.3	Prävesikale Stenose (Korrektur)	10
4.1.3.1	Weitere Eingriffe	51
4.1.4	Weitere	
	Harnröhrenklappen	3
	Blasenpolyp	1
	Ureterocele	2
4.1.5	davon endoskopische Eingriffe, ges.	54
4.1.5.1	Cystoskopie	54
4.2	Hypospadiekorrektur	74
4.2.1	Verbandswechsel/Präputialschürze, u.ä.	87
4.2.2	Meatoplastik/Bougierung/Fistelverschluß	55
4.3	Eingriff an der Niere, gesamt	37
4.3.1	Nephrektomie	15
4.3.2	Heminephrektomie	14
4.3.3	Wilmstumore	0
4.3.4	Weitere	9

5. Traumatologie

5.1	Osteosynthesen langer Röhrenknochen	206
5.1.1	Intramedulläre Markraumschienung	125
5.1.2	Weitere Verfahren	81
5.2	Operativ versorgte suprakondyläre Humerusfraktur, gesamt	85
5.3	Operative Versorgung langer Röhrenknochen ohne Implantat	444

Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße Fallzahlen 1952-2002

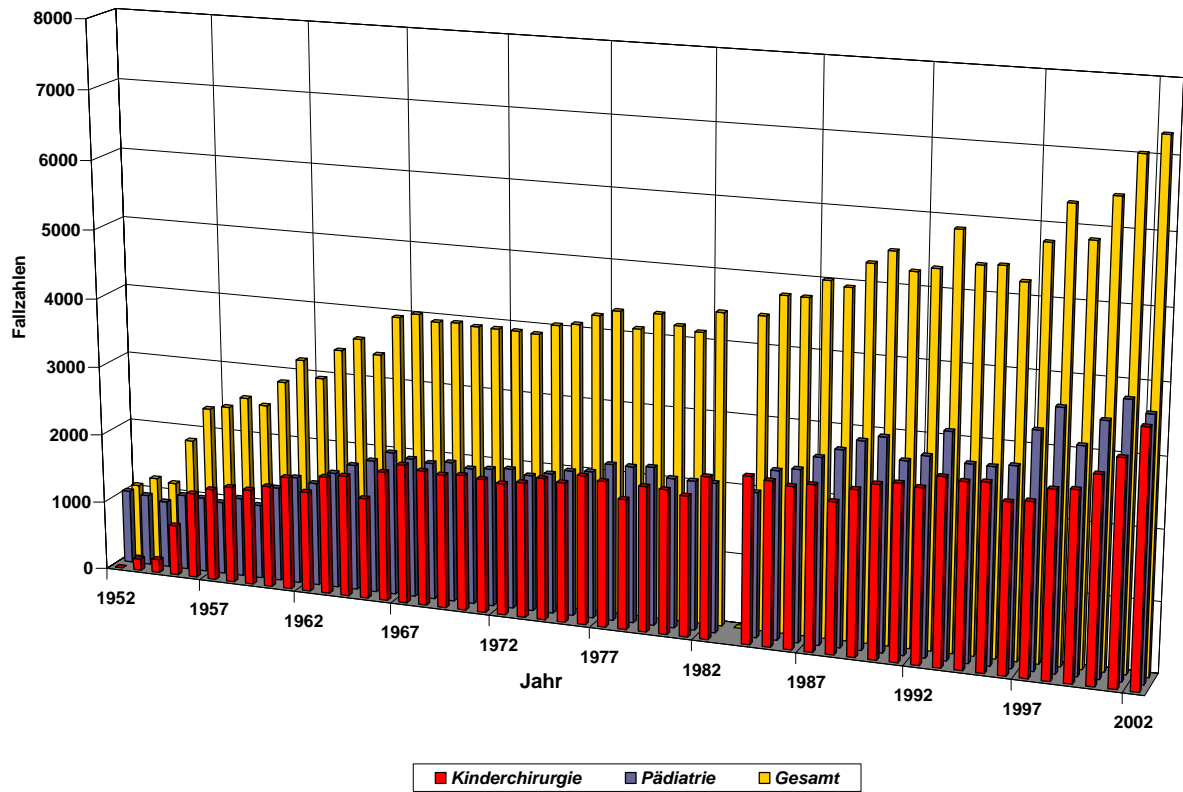


Diagramm 1

Jahr	Kinderchirurgie	Pädiatrie	Gesamt
1952	0	1065	1065
1953	169	1033	1202
1954	191	970	1161
1955	733	1097	1830
1956	1244	1091	2335
1957	1335	1056	2391
1958	1403	1150	2553
1959	1392	1078	2470
1960	1476	1369	2845
1961	1643	1552	3195
1962	1456	1498	2954
1963	1710	1682	3392
1964	1756	1827	3583
1965	1460	1924	3384
1966	1875	2074	3949
1967	2010	2013	4023
1968	1956	1982	3938
1969	1928	2022	3950
1970	1956	1966	3922
1971	1928	1992	3920
1972	1895	2020	3915
1973	1942	1958	3900
1974	2035	2015	4050
1975	2005	2086	4091
1976	2135	2108	4243
1977	2089	2243	4332
1978	1864	2243	4107
1979	2078	2266	4344
1980	2047	2245	4292
1981	2009	2133	4142
1982	2312	2133	4445
1983	*	*	*
1984	2383	2066	4449
1985**	2349	2405	4754
1986***	2302	2454	4756
1987	2359.5	2654	5013.5
1988	2401.5	2790.5	5192
1989	2554.5	2943	5497.5
1990	2598	3027	5625
1991	2549	3096	5645
1992	2513	3165.5	5678.5
1993	2659	3194.5	5853.5
1994	2694	3156	5850
1995	2735	3331	6066
1996	2487	3335	5822
1997	2688	3434.5	6122.5
1998	2708.5	3608.5	6317
1999	2715.5	3620	6335.5
2000	3004	3455	6459
2001	3257	3776	7033
2002	3422.5	3818	7240.5

Tabelle 1: Fallzahlen pro Jahr (* Daten verloren gegangen,

** 1.7.1985-30.6.1986, *** 1.7.1986-30.6.1987)

Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße Pflegetage 1952-2002

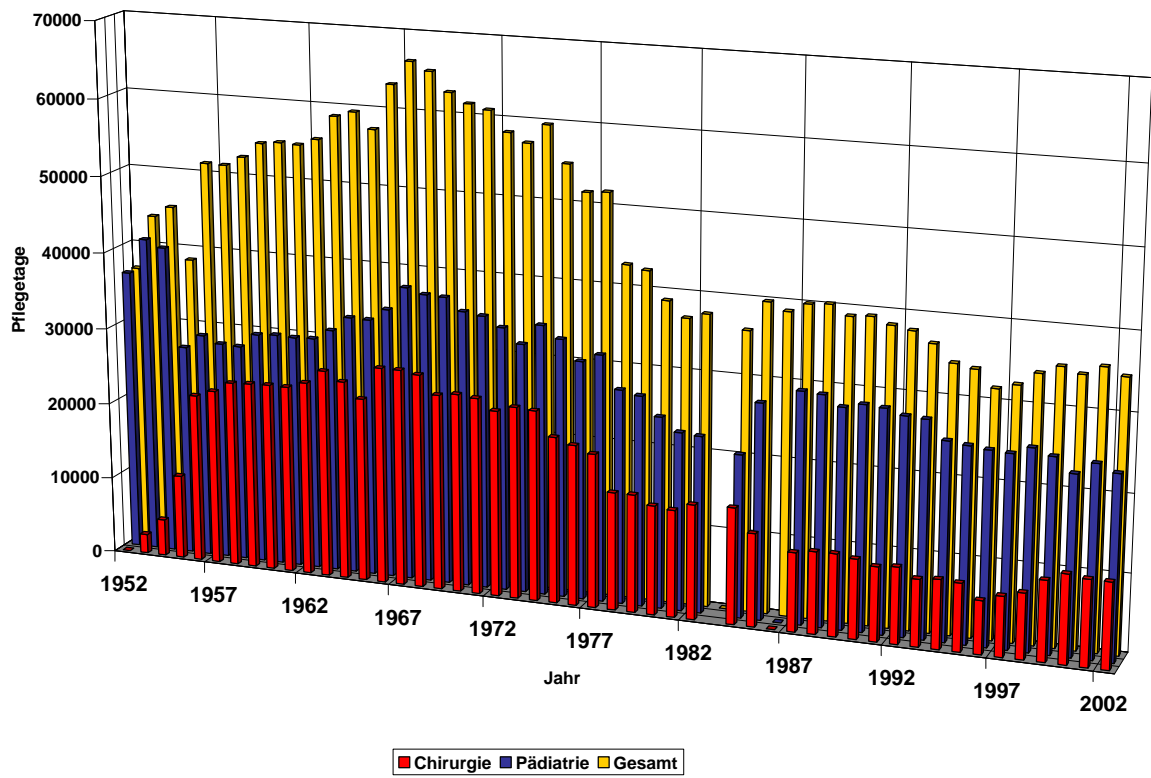


Diagramm 2

Jahr	Kinderchirurgie	Pädiatrie	Gesamt
1952	0	36755	36755
1953	2500	41341	43841
1954	4775	40458	45233
1955	10975	27530	38505
1956	22010	29352	51362
1957	22867	28457	51324
1958	24217	28343	52560
1959	24352	30172	54524
1960	24456	30363	54819
1961	24440	30260	54700
1962	25243	30364	55607
1963	27050	31687	58737
1964	25878	33584	59462
1965	23885	33535	57420
1966	28180	35105	63285
1967	28182	38169	66351
1968	27798	37497	65295
1969	25427	37395	62822
1970	25794	35766	61560
1971	25538	35432	60970
1972	24166	34183	58349
1973	24895	32293	57188
1974	24703	34963	59666
1975	21549	33432	54981
1976	20780	30827	51607
1977	19922	31907	51829
1978	15238	27695	42933
1979	15242	27173	42415
1980	14106	24756	38862
1981	13839	23024	36863
1982	14811	22813	37624
1983	*	*	*
1984	15014	21010	36024
1985**	12018	27850	39868
1986	*	*	38868
1987	10186	29857	40043
1988	10596	29659	40255
1989	10641	28334	38975
1990	10276	28944	39220
1991	9589	28767	38356
1992	9868	28040	37908
1993	8642	27898	36540
1994	8913	25464	34377
1995	8752	25154	33906
1996	6875	24870	31745
1997	7742	24715	32457
1998	8455	25688	34143
1999	10351	24877	35228
2000	11443	23035	34478
2001	11095	24577	35672
2002	11063	23629	34692

Tabelle 2: Verpflegungstage (* Daten verloren gegangen,

** 1.7.1985-30.6.1986)

**Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße
Zahl der aufgestellten Betten
1952-2002**

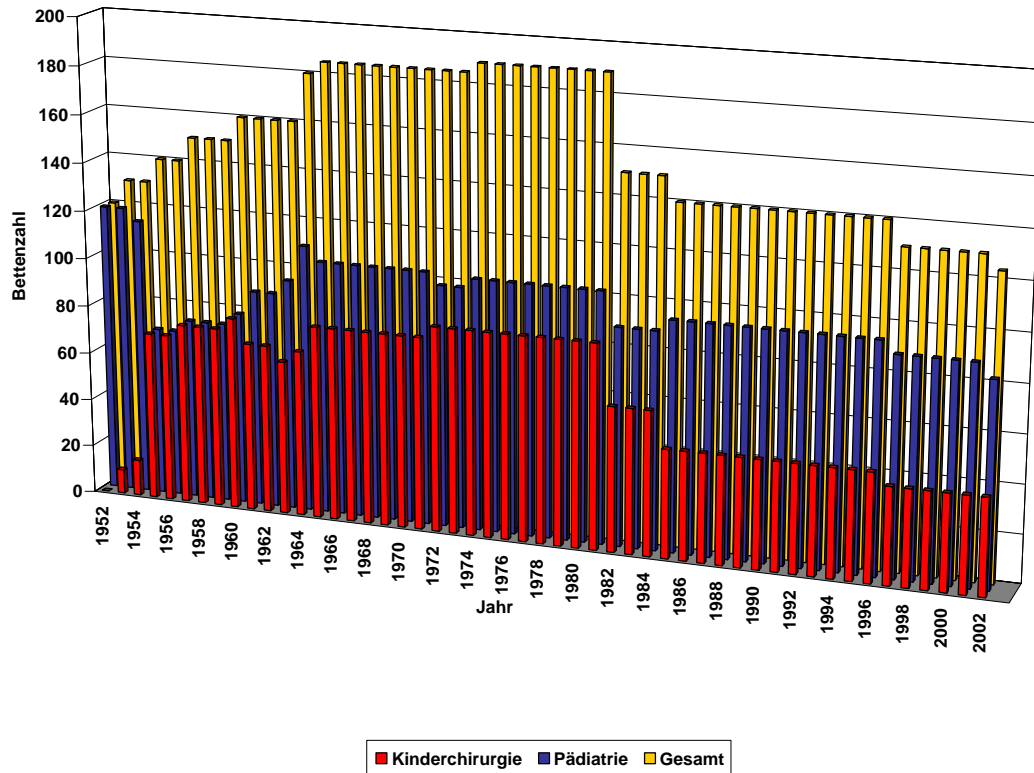


Diagramm 3:

Jahr	Kinderchirurgie	Pädiatrie	Gesamt
1952	0	120	120
1953	10	120	130
1954	15	115	130
1955	70	70	140
1956	70	70	140
1957	75	75	150
1958	75	75	150
1959	75	75	150
1960	80	80	160
1961	70	90	160
1962	70	90	160
1963	64	96	160
1964	69	111	180
1965	80	105	185
1966	80	105	185
1967	80	105	185
1968	80	105	185
1969	80	105	185
1970	80	105	185
1971	80	105	185
1972	85	100	185
1973	85	100	185
1974	85	104	189
1975	85	104	189
1976	85	104	189
1977	85	104	189
1978	85	104	189
1979	85	104	189
1980	85	104	189
1981	85	104	189
1982	60	90	150
1983	60	90	150
1984	60	90	150
1985	45	95	140
1986	45	95	140
1987	45	95	140
1988	45	95	140
1989	45	95	140
1990	45	95	140
1991	45	95	140
1992	45	95	140
1993	45	95	140
1994	45	95	140
1995	45	95	140
1996	45	95	140
1997	40	90	130
1998	40	90	130
1999	40	90	130
2000	40	90	130
2001	40	90	130
2002	40	84	124

Tabelle 3: Bettenzahl

**Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße
Auslastung in %1952-2002**

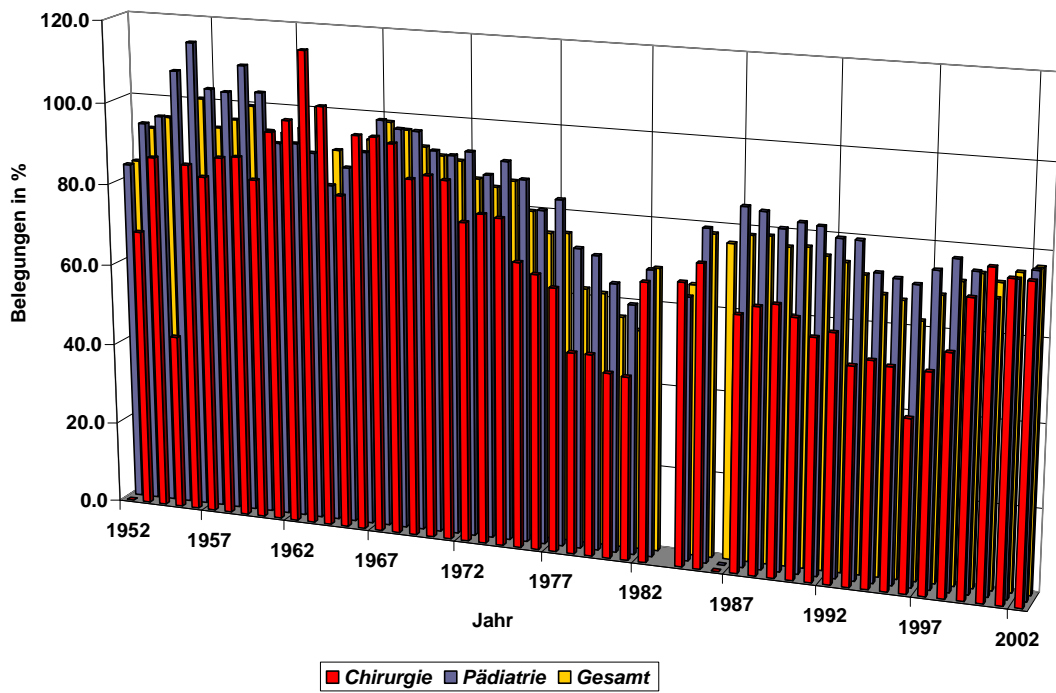


Diagramm 4

Jahr	Kinderchirurgie (%)	Pädiatrie (%)	Gesamt (%)
1952	0.0	83.9	83.9
1953	68.5	94.4	92.4
1954	87.2	96.4	95.3
1955	43.0	107.7	75.4
1956	86.1	114.9	100.5
1957	83.5	104.0	93.7
1958	88.5	103.5	96.0
1959	89.0	110.2	99.6
1960	83.8	104.0	93.9
1961	95.7	92.1	93.7
1962	98.8	92.4	95.2
1963	115.8	90.4	100.6
1964	102.8	82.9	90.5
1965	81.8	87.5	85.0
1966	96.5	91.6	93.7
1967	96.5	99.6	98.3
1968	95.2	97.8	96.7
1969	87.1	97.6	93.0
1970	88.3	93.3	91.2
1971	87.5	92.5	90.3
1972	77.9	93.7	86.4
1973	80.2	88.5	84.7
1974	79.6	92.1	86.5
1975	69.5	88.1	79.7
1976	67.0	81.2	74.8
1977	64.2	84.1	75.1
1978	49.1	72.9	62.2
1979	49.1	71.6	61.5
1980	45.1	65.3	56.2
1981	44.6	60.7	53.4
1982	67.6	69.4	68.7
1983	*	*	*
1984	68.4	63.8	65.6
1985**	73.2	80.3	78.0
1986	*	*	76.1
1987	62.0	86.1	78.4
1988	64.3	85.3	78.6
1989	65.2	81.7	76.4
1990	62.6	83.5	76.8
1991	58.4	83.0	75.1
1992	59.9	80.6	74.0
1993	52.6	80.5	71.5
1994	54.3	73.4	67.3
1995	53.3	72.5	66.4
1996	41.7	71.5	62.0
1997	53.0	75.2	68.4
1998	57.9	78.2	72.0
1999	70.9	75.7	74.2
2000	78.2	69.9	72.5
2001	76.0	74.8	75.2
2002	75.8	77.1	76.7

Tabelle 4: Auslastung in % (*Daten verloren gegangen)

** 1.7.1985-30.6.1987)

Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße Verweildauer 1952-2002

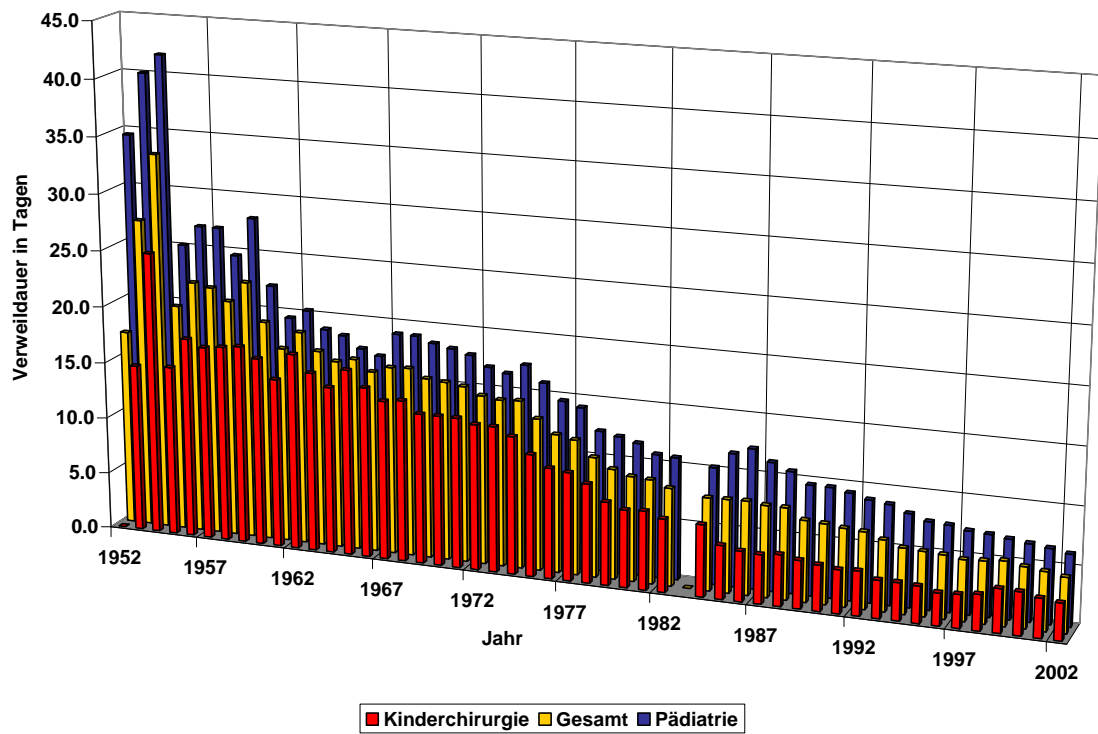


Diagramm 5

Jahr	Kinderchirurgie	Pädiatrie	Gesamt
1952	0.0	34.5	34.5
1953	14.8	40.0	36.5
1954	25.0	41.7	38.9
1955	15.0	25.1	21.0
1956	17.7	26.9	22.0
1957	17.1	26.9	21.5
1958	17.3	24.6	20.6
1959	17.5	28.0	22.1
1960	16.6	22.2	19.3
1961	14.9	19.5	17.1
1962	17.3	20.3	18.8
1963	15.8	18.8	17.3
1964	14.7	18.4	16.6
1965	16.4	17.4	17.0
1966	15.0	16.9	16.0
1967	14.0	19.0	16.5
1968	14.2	18.9	16.6
1969	13.2	18.5	15.9
1970	13.2	18.2	15.7
1971	13.2	17.8	15.6
1972	12.8	16.9	14.9
1973	12.8	16.5	14.7
1974	12.1	17.4	14.7
1975	10.7	16.0	13.4
1976	9.7	14.6	12.2
1977	9.5	14.2	12.0
1978	8.2	12.3	10.3
1979	7.3	12.0	9.8
1980	6.9	11.1	9.1
1981	6.9	10.8	8.9
1982	6.4	10.7	8.5
1983			0.0
1984	6.3	10.2	8.1
1985	4.7	11.6	8.2
1986	4.4	12.2	8.2
1987	4.3	11.2	8.0
1988	4.4	10.6	7.8
1989	4.2	9.6	7.1
1990	4.0	9.6	7.0
1991	3.8	9.3	6.8
1992	3.9	8.9	6.7
1993	3.3	8.7	6.2
1994	3.3	8.1	5.9
1995	3.2	7.6	5.6
1996	2.8	7.5	5.5
1997	2.9	7.2	5.3
1998	3.1	7.1	5.4
1999	3.8	6.9	5.6
2000	3.8	6.7	5.3
2001	3.4	6.5	5.1
2002	3.2	6.2	4.8

Tabelle 5: Verweildauer (*Daten verloren gegangen)

**Neugeborenen Einweisungen
Kinderklinik an der Lachnerstraße
Neugeborene 1.Lebenstag**

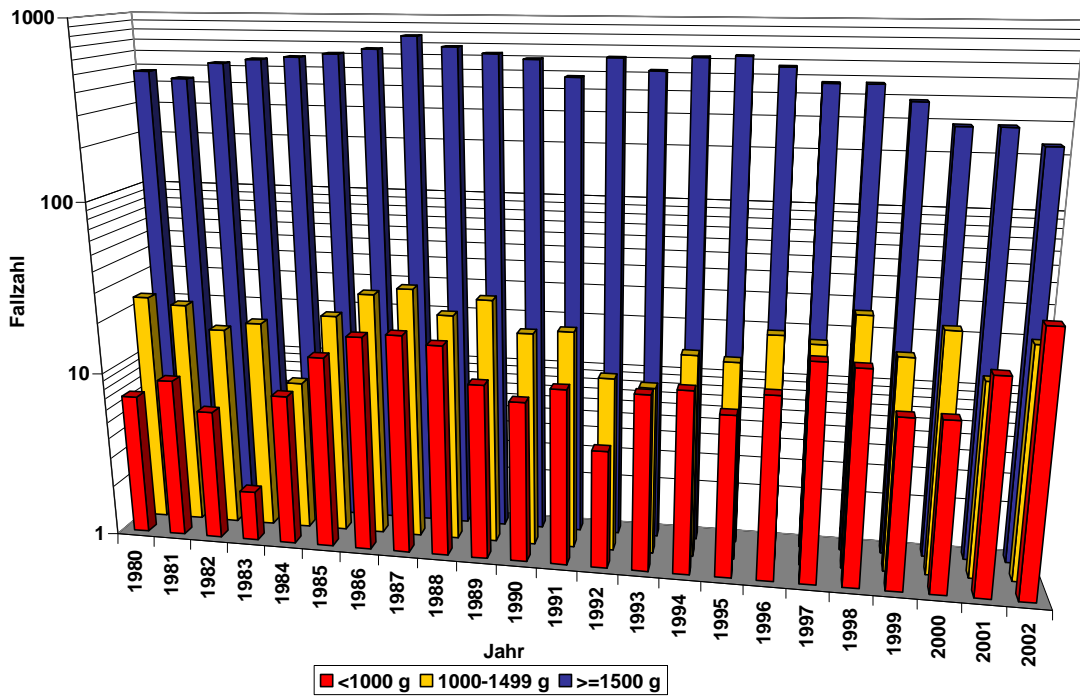


Diagramm 6

**Neugeborenen Einweisungen
Kinderklinik an der Lachnerstraße
Neugeborene 2.-10. Lebenstag (ab 1996 2.-28. Lebenstag)**

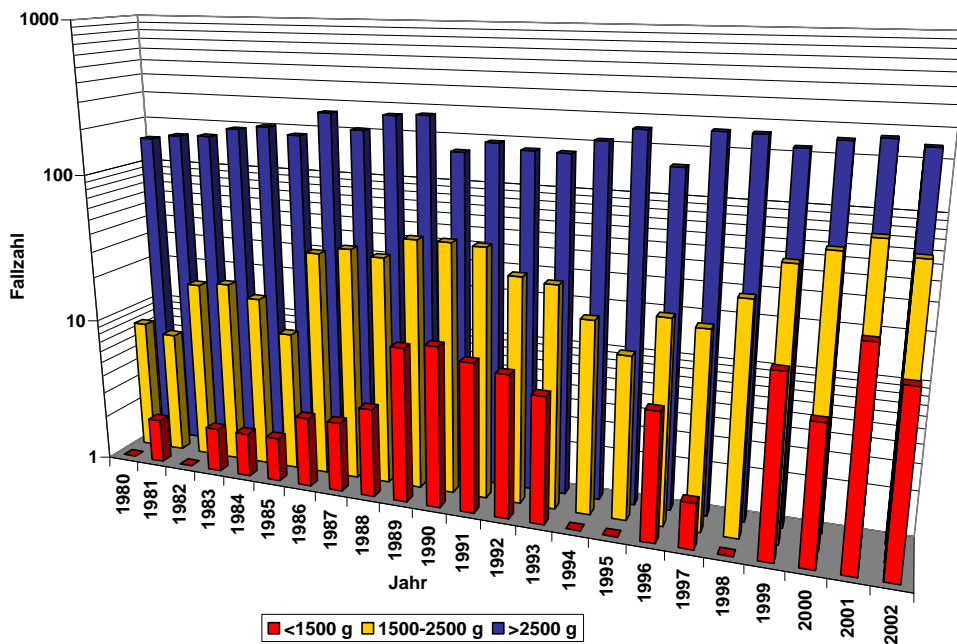


Diagramm 7

Neugeborenen Einweisungen 1. Lebensstag:

Jahr	<1000 g	1000-1499 g	=1500 g
1980	7 (6)	24 (8)	471 (8)
1981	9 (9)	22 (6)	431 (8)
1982	6 (6)	16 (6)	531 (30)
1983	2 (1)	18 (2)	562 (7)
1984	8 (2)	8 (1)	584 (8)
1985	14 (9)	21 (3)	614 (4)
1986	19 (8)	29 (2)	656 (11)
1987	20 (9)	32 (2)	779 (7)
1988	18 (11)	23 (3)	683 (11)
1989	11 (6)	29 (4)	632 (5)
1990	9 (3)	19 (1)	594 (5)
1991	11 (5)	20 (1)	479 (2)
1992	5 (3)	11 (1)	614 (7)
1993	11 (1)	10 (1)	526 (5)
1994	12 (0)	16 (0)	627 (11)
1995	9 (3)	15 (2)	640 (4)
1996	12 (4)	22 (2)	567 (3)
1997	19 (2)	20 (1)	469 (6)
1998	18 (2)	30 (0)	469 (6)
1999	10 (2)	18 (0)	384 (7)
2000	10 (2)	26 (1)	288 (5)
2001	18 (2)	14 (0)	289 (7)
2002	34 (6)	23 (3)	232 (3)

Tabelle 6: Anzahl der Einweisungen [(Anzahl der Verstorbenen)]**Neugeborenen Einweisungen 2.-10. Lebensstag (ab 1996 : 2.-28. Lebensstag)**

Jahr	<1500 g	1500-2500 g	>2500 g
1980	0	8 (1)	150 (0)
1981	2 (1)	7 (0)	161 (1)
1982	1 (0)	17 (0)	164(3)
1983	2 (0)	18 (0)	188 (0)
1984	2 (0)	15 (0)	200 (3)
1985	2 (0)	9 (0)	180 (3)
1986	3 (0)	34 (2)	259 (1)
1987	3 (0)	38 (1)	205 (3)
1988	4 (0)	35 (1)	261 (1)
1989	11 (0)	48 (1)	268 (1)
1990	12 (0)	48 (0)	162 (1)
1991	10 (0)	47 (0)	190 (0)
1992	9 (0)	32 (0)	175 (0)
1993	7 (0)	30 (0)	173 (0)
1994	0	19 (0)	212 (0)
1995	0	12 (0)	255 (0)
1996	7 (1)	22 (0)	157 (1)
1997	2 (0)	20 (0)	261 (1)
1998	1 (0)	32 (0)	259 (0)
1999	15 (0)	54 (1)	221 (3)
2000	8 (0)	67 (0)	251 (0)
2001	25 (0)	82 (0)	265 (0)
2002	15 (0)	66 (0)	243 (0)

Tabelle 7: Anzahl der Einweisungen (Anzahl der Verstorbenen)

Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr in Bayern

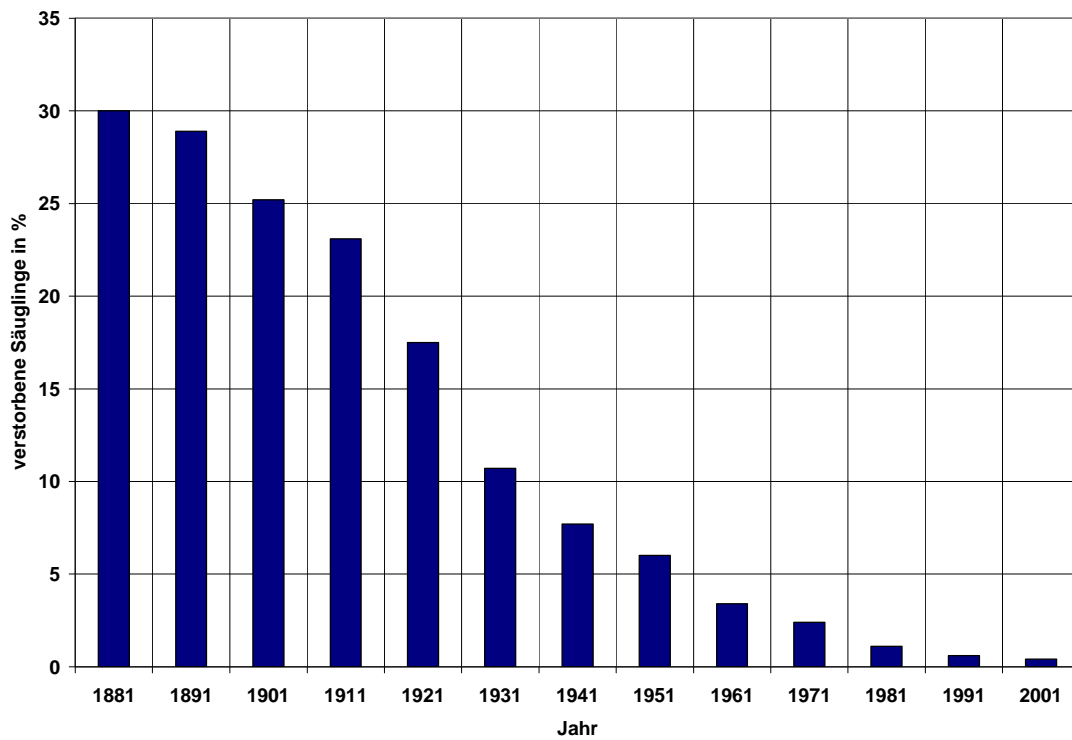


Diagramm 8

Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr in Bayern:

Jahr	% verstorbene Säuglinge
1881	30
1891	28.9
1901	25.2
1911	23.1
1921	17.5
1931	10.7
1941	7.7
1951	6
1961	3.4
1971	2.4
1981	1.1
1991	0.6
2001	0.41

Datentabelle 8

B. Baubeschreibung

Säuglingsheim an der Lachnerstrasse

1909 wurde das neue Heim in der Lachnerstrasse bezogen; Gründe dafür waren die unzureichenden Raumverhältnisse und die Hygieneverhältnisse des Heimes an der Metzstrasse, die den Anforderungen nicht mehr entsprachen. Deshalb wurde der Neubau auf 75 Betten erweitert. Das Gebäude steht mit seiner Nordfront an der Lachnerstrasse, an der sich auch der Haupteingang befand. Das Äußere des Gebäudes ist in italienischem Barockstil gestaltet, leicht beschwingt, den Eindruck eines modernen Kinderheimes vermittelnd. Die innere Gestaltung war nach den neuesten Erkenntnissen der Kinderheilkunde und den daraus resultierenden Vorstellungen als reiner Zweckbau konzipiert. Das Gebäude des Säuglingsheims ist zweigeschossig mit zusätzlichem, teilausgebautem Dachgeschoss.

Im Keller (Abb.30) befinden sich Waschküche, Trockenmangel- und Bügelraum, Wäscheannahme und -ausgabe, Vorratskeller, Kohleraum, Heizungsraum und eine Werkstätte. Weiter sind in den Kellerräumen untergebracht: Küche, Spülküche, Speise- und Geschirrkammer, das Speisezimmer für die Schwestern und sonstigen Angestellten, die Säuglingsmilchküche mit Spül- und Kühlraum und Eiskeller. Platz fand sich auch noch für eine Hausmeisterwohnung mit Bad.

Säuglingsheim München

Kellergeschoß



Abbildung 30: Grundriss Keller (16, S.24) mit Erweiterungsbau aus dem Jahre 1913

Im Erdgeschoss (Abb.31) befinden sich neben der Empfangshalle, Wartezimmer, die Aufnahme, ein Büro, Ärztezimmer, das Zimmer der Oberin, ein Unterrichtssaal, Laboratorien, der Speisesaal der Pflegeschülerinnen und die Kapelle. Auf der Südostfront des Erdgeschosses sind drei Schlafräume für Kleinkinder, Bad, Spielzimmer und eine verglaste Veranda.

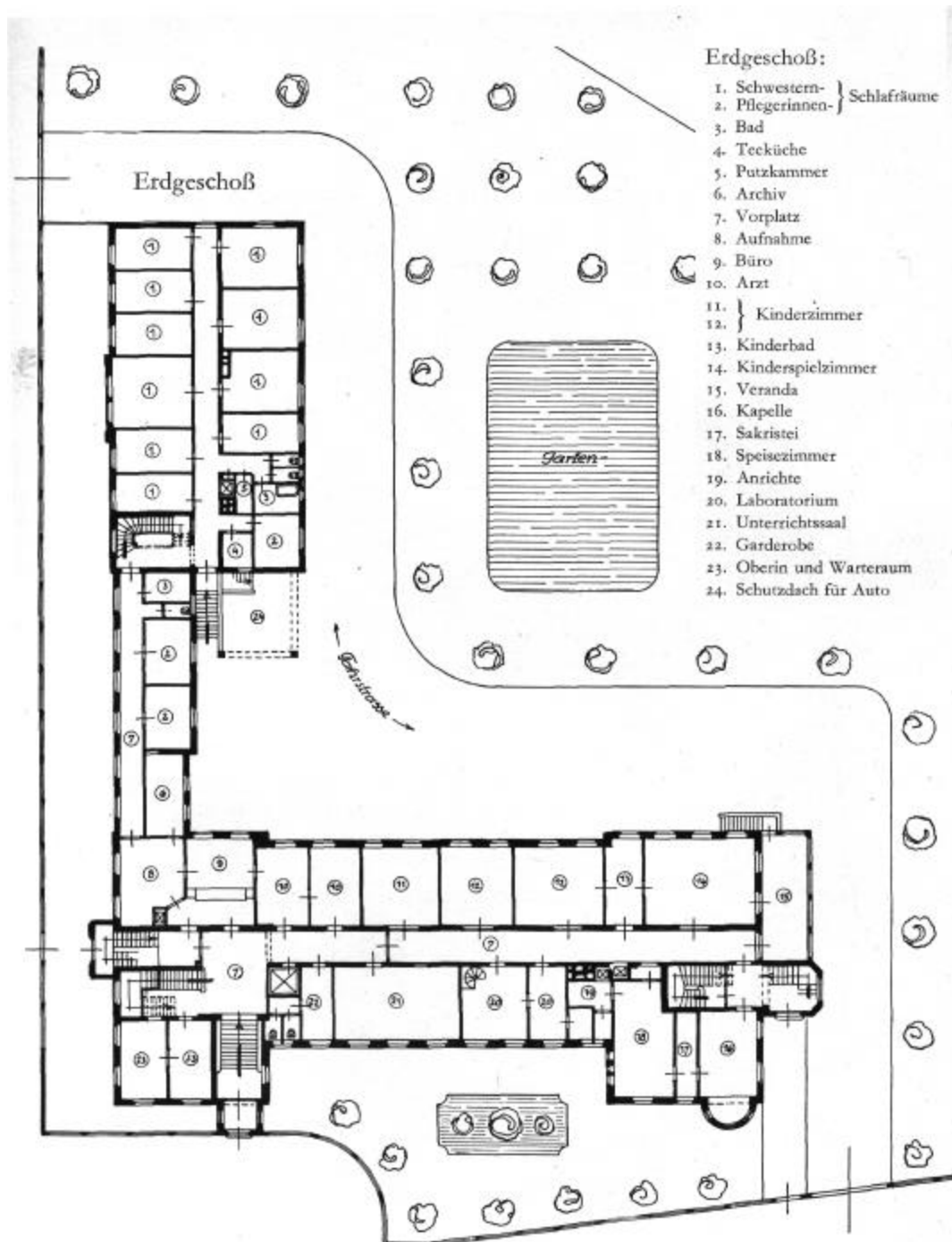


Abbildung 31: Grundriss Erdgeschoß (16,S.25) mit Erweiterungsbau aus dem Jahre 1913

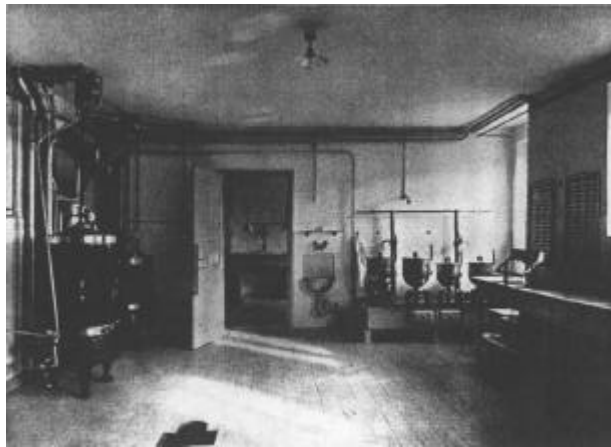


Abbildung 32: Die Milchküche (16,S.17)



Abbildung 33: Laboratorium (16,S.17)



Abbildung 34: Kleinkindertagesraum (16,S.18)



Abbildung 35: Zimmer (16,S.18)

Im 1.Obergeschoss (Abb.36) wurden auf der gesamten Südostfront 6 größere und 3 kleinere Säuglingszimmer eingerichtet. Die Zimmer sind zum Hauptflur des Hauses und unter sich durch Glaswände abgetrennt, damit die Schwestern alle Zimmer vom Stationszimmer aus beobachten konnten. Auf der Ost- und Westseite waren gedeckte, windgeschützte Veranden für die Freilufttherapie aller Säuglinge. Auf der Nordost- und Nordwestseite waren noch einige kleinere Kinderzimmer, das Röntgenzimmer, die Chirurgie, die Apotheke und ein Isolierzimmer, abgetrennt durch die Mütterabteilung. Nebenräume, Teeküche, Bäder und Spülräume waren auch vorhanden.

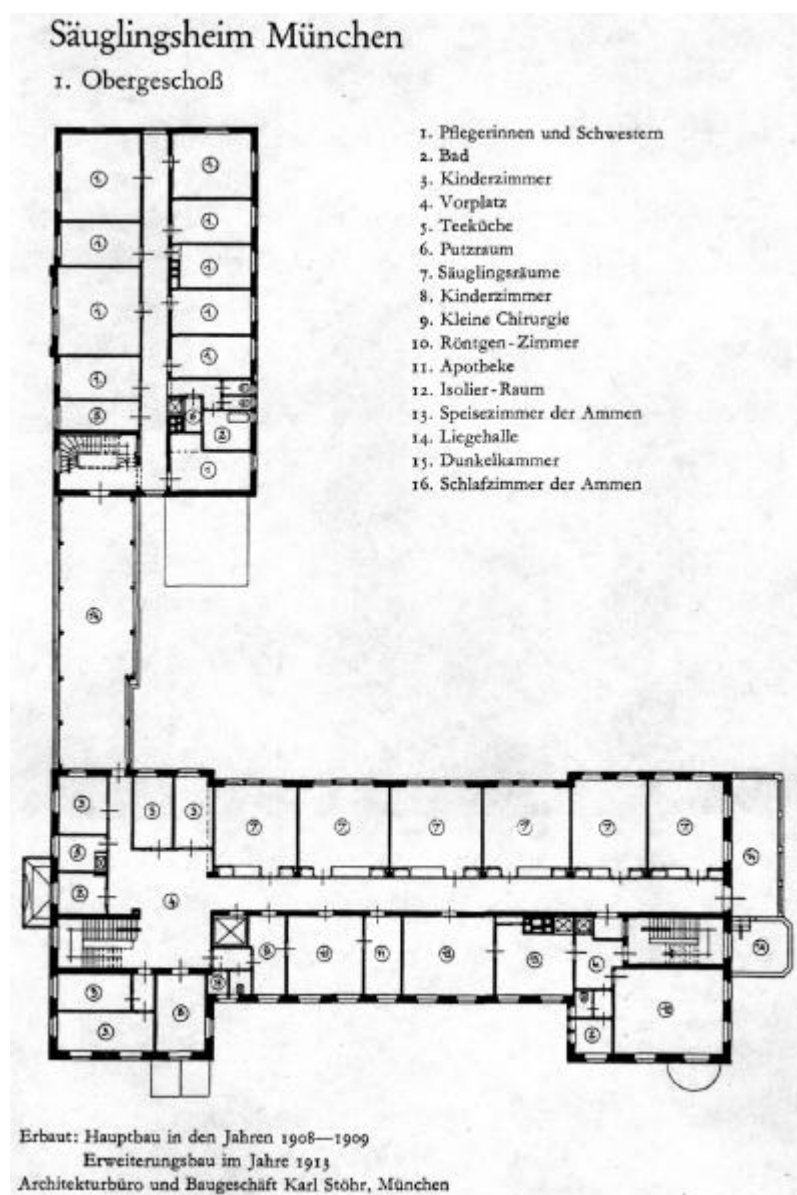


Abbildung 36: Grundriss 1. Obergeschoss (16,S. 26) mit Erweiterungsbau aus dem Jahre 1913



Abbildung 37: Säuglingsabteilung im 1. Stock (16,S. 9)



Abbildung 38: Gedeckte Veranda im 1. Stock (16,S.19)



Abbildung 39: Röntgenzimmer (16,S. 21)



Abbildung40: Offene Veranda im 1. Stock (16, S. 21)

Im 2. Obergeschoss (Abb.41) waren im westlichen Teil hauptsächlich kleinere Säuglingsräume, die an die Sommerheizung angeschlossene Frühgeburtenstation und ein Quarantänerraum (Abb. 42). Auf der Nordostseite lagen 3 Ärztezimmer, ein Speisezimmer, ein Bad für die Ärzte sowie Nebenräume und Wäschezimmer. Nach Süden gab es eine lange, windgeschützte, mit Sonnenschutzmarkisen versehene Veranda (Abb. 43). Im Südosten fanden sich noch 2 weitere Kinderzimmer mit Bad und WC für eventuelle Isolierfälle.

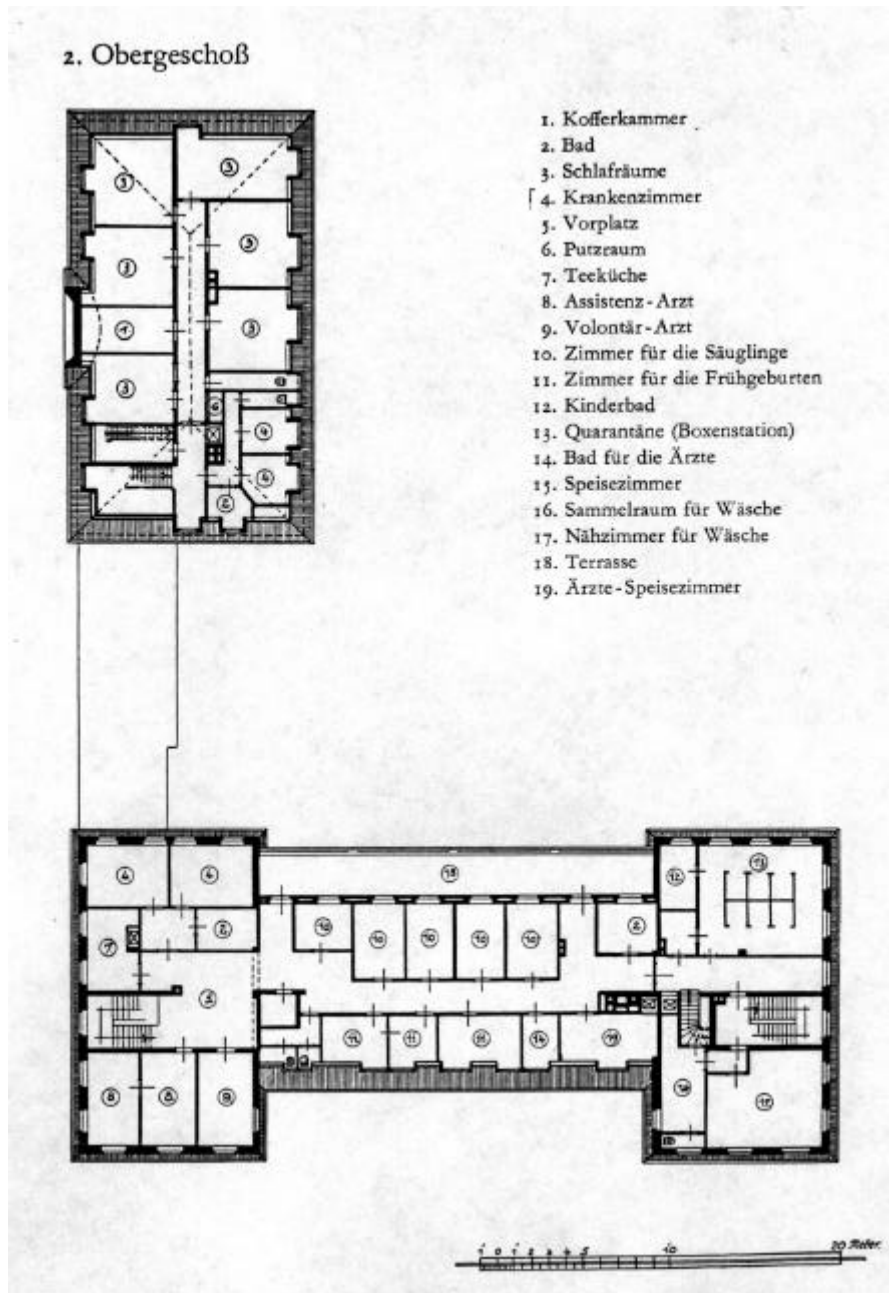


Abbildung 41: Grundriss 2. Obergeschoss (16,S.27) mit Erweiterungsbau aus dem Jahre 1913

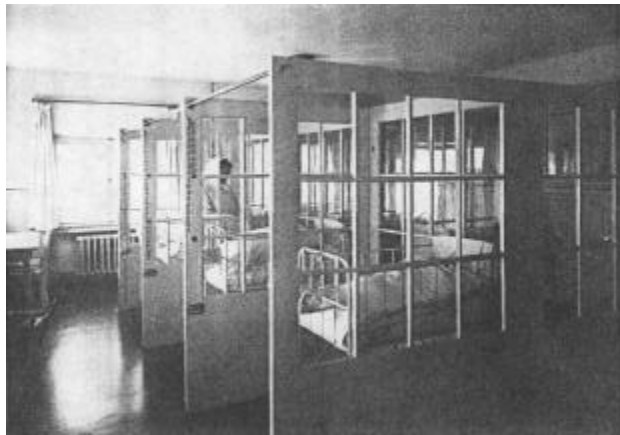


Abbildung42: Quarantänerraum (16,S. 22)



Abbildung43: Offene Veranda im 2.Stock (16,S. 22)

Die Deckenhöhen betragen 3,20 Meter und die durchschnittliche Bodenfläche pro Kind 5 -6 Quadratmeter. Alle Böden sind mit Linoleum ausgelegt, die Bäder und Küchen sind gefliest. Niveauunterschiede der Böden in den Stockwerken wurden mit Rücksicht auf einen leichteren Betrieb vermieden. Beachtenswert ist eine für die damalige Zeit seltene, dem ganzen Hause dienende Wasserenthärtungsanlage. Die damaligen Kosten für die Klinik, die sich aus einer Schrift anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Säuglingsheims München entnehmen lassen, betragen 590.000 Reichsmark für die gesamten Baukosten und für die Einrichtungen etwa 80.000 Reichsmark. Die Kosten pro Bett betragen 1913 je 6.000 Reichsmark.

1913 konnte zur Feier des 10-jährigen Bestehens des Säuglingsheims ein Schwestern- und Pflegerinnenheim, das "Prinzessin Rupprecht Haus" bezogen werden. Eine wertvolle Ergänzung, die man dem sehr geschätzten Entgegenkommen von Geheimrat Stöhr verdankte. Mit dem Umzug der Schwestern und Pflegerinnen in das neue Haus wurde im Hauptgebäude zusätzlicher Raum gewonnen, der eine Erhöhung der aufzunehmenden Säuglinge von 75 bis auf 120 erlaubte.

Das „Prinzessin Rupprecht- Haus“ erlaubte ebenfalls die Zahl der Schwestern auf 12 und die der Schülerinnen auf 30 zu erhöhen (16,S.11ff.).

Erweiterung des Kinderkrankenhauses im Jahre 1962

Durch den ungeheuren Zustrom an Patienten wurde ein Neubau (Abb.44) nötig, der 1962 erfolgte und mit 90 Betten bezogen wurde.



Abbildung 44: Neubau an der Lachnerstrasse (Südfassade)

Drei Leitgedanken prägten die Planung des Neubaus:

„1. Beste Überwachung und Schutz vor Kreuzinfektionen für das Kind. Es wurden, wie schon im alten Haus bewährt, kleinere Normzimmer bevorzugt, wodurch dem sogenannten Kohortensystem entgegengewirkt wurde, bei dem eine Entlassung der drei Insassen am gleichen Tag angestrebt wurde, um die Schlussdesinfektion häufiger zu ermöglichen.

2. Für die Schwestern nicht nur ein praktischer, sondern auch ein freundlicher Arbeitsplatz. Das

heißt, dass zum Beispiel der Schwesternsitzplatz zentral mit guten Sichtlinien platziert wurde (Abb. 45).

3. Für beide eine familiäre Atmosphäre, die den Kontakt zum Mitmenschen fördert und dem psychischen Hospitalismus entgegenwirkt, indem beispielsweise Glaszwischenwände für Säuglinge, bei Schulkindern hingegen keine Glaszwischenwände dafür aber Ausblick in den Garten geschaffen wurde. Auch Bilder und ein dezentes Farbenspiel sollten für eine anheimelnde Atmosphäre sorgen. “ (35).

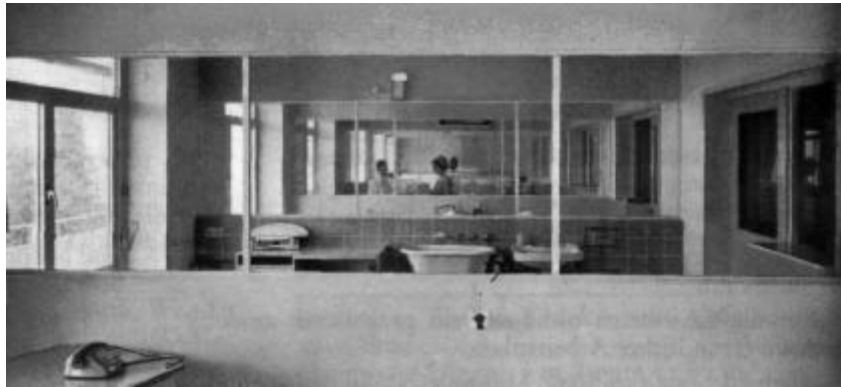


Abbildung 45: Blick vom Stationszimmer (35)

Im Erdgeschoss (Abb.46) waren die Klein- und Schulkinder in den Ein- bis Vier-Bettzimmern untergebracht.

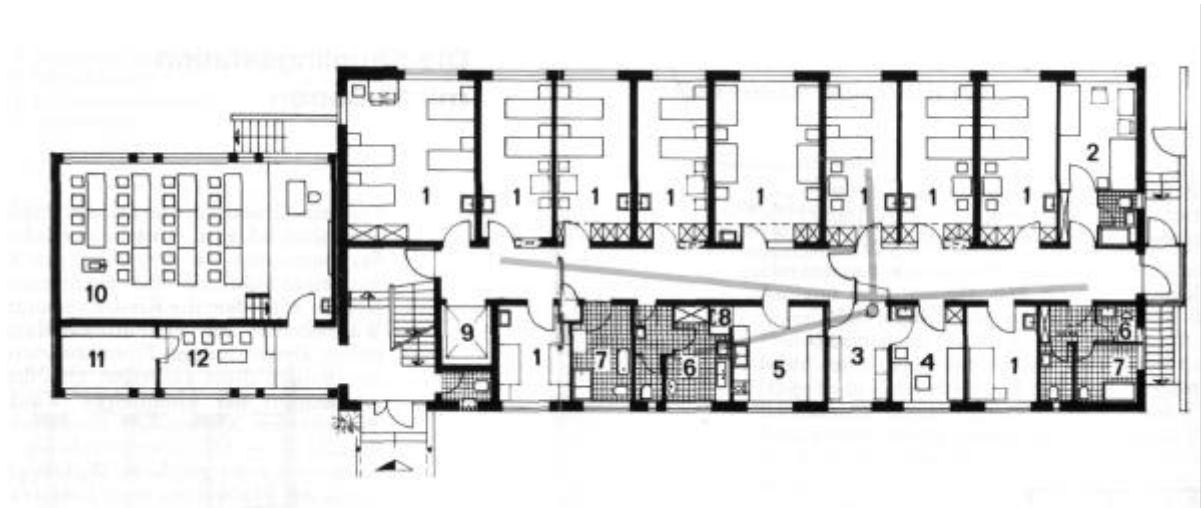


Abbildung 46: Erdgeschoss (35)

- 1= Patientenzimmer
- 2= Mutter und Kind Zimmer
- 3= Schwesternstützpunkt
- 4= Behandlungsraum + Arztzimmer
- 5= Teeküche + Essensausgabe
- 6+7= Sanitärräume
- 8= kleiner Transportlift
- 9= Personenlift
- 10= Unterrichtsraum der Schwesternschule
- 11= Büro Schwesternschule
- 12= Besprechungsraum Schwesternschule

Im ersten Stock (Abb.47) befand sich die Säuglingsabteilung.

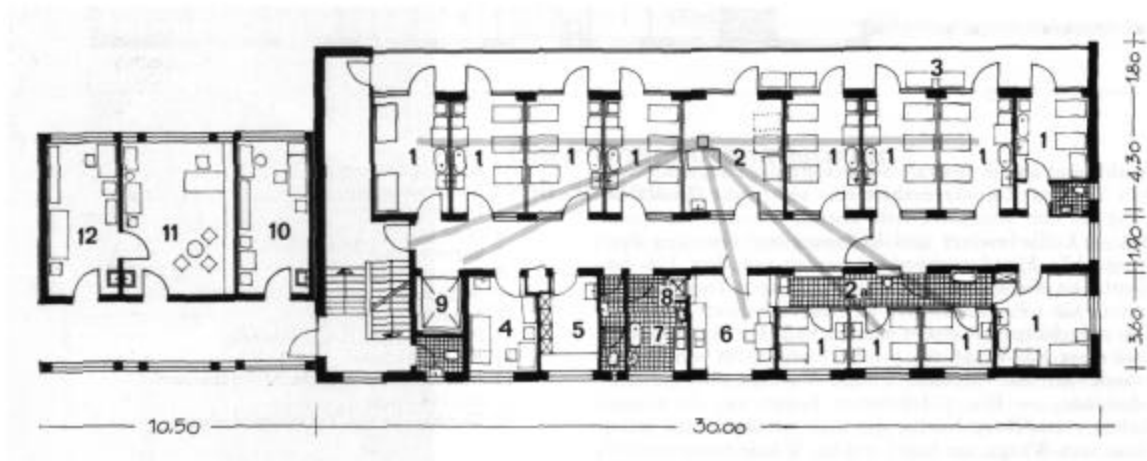


Abbildung 47: 1. Obergeschoss (35)

- 1= Patientenzimmer
- 2= Schwesternstützpunkt
- 3= Wäscheschränke
- 4+5= unreiner Arbeitsraum
- 6= Teeküche
- 7+8= Sanitärräume
- 9= Personenlift
- 10= Oberarzt- Zimmer
- 11= Chefarzt- Zimmer
- 12= Chef-Sekretariat

Im zweiten Stock (Abb. 48) befand sich die Frühgeborenen- Station (21, S. 581).

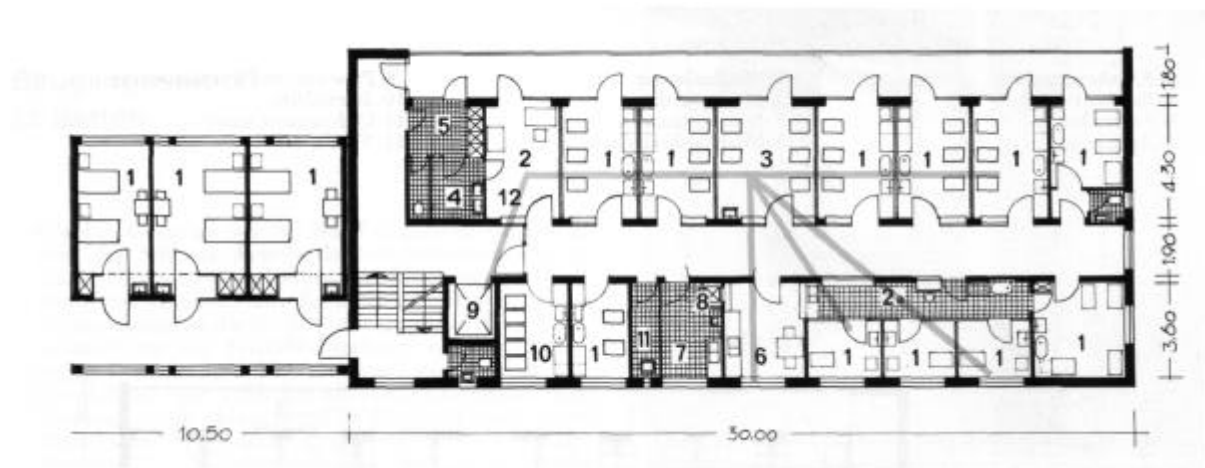


Abbildung 48: 2.Obergeschoss (35)

- 1= Patientenzimmer
- 2= Schwesternstützpunkt
- 3= Inkubatorenzimmer
- 4= reine Seite der Schleuse
- 5= unreine Seite der Schleuse
- 6= Teeküche
- 7+8= Sanitärräume
- 9= Personenlift
- 10= Bettenabstellraum
- 11= Toilette
- 12= Durchreiche für Transportinkubatoren

Umzug von der Lachnerstrasse in den Neubau des Krankenhauses Dritter Orden, Menzingerstrasse

Am Anfang des letzten Jahrhunderts galt das Säuglingsheim an der Lachnerstrasse zwar als Musterbeispiel, nach heutigen Maßstäben jedoch ist das Gebäude nur noch bedingt für einen effizienten und modernen Klinikbetrieb nutzbar. Viele Untersuchungen, die über mehrere Jahre hinweg liefen, zeigten den hohen Kostenaufwand für eine Generalsanierung. Als die Schwesternschaft von der Krankenfürsorge des Dritten Ordens im Jahr 1995 die Trägerschaft der Lachnerklinik übernahm, reifte schnell der Plan heran, die Lachnerklinik nach Nymphenburg in den Bereich des dritten Orden zu verlegen und damit Synergieeffekte zweier Kliniken zu nutzen. Insbesondere mangelte es der großen geburtshilflichen Abteilung des Dritten Ordens an einer neonatologischen Abteilung: kranke, adaptionsgestörte Neugeborene mussten sofort nach der Geburt in die Lachnerklinik verlegt werden, eine schmerzliche Enttäuschung für die Mutter und eine Gefährdung für das Neugeborene durch den Transport. Und andererseits mangelte es der Lachnerklinik an den teuren Großgeräten einer modernen Klinik (Kernspintomographie, Computertomographie, Nuklearmedizin, etc.). Die Fusion der Kinderklinik mit der Geburtshilfe erschien auch aus ökonomischen Gesichtspunkten als tragfähiges und zukunftsweisendes Modell. Mit der Planung des Neubaus wurde die Architektengemeinschaft Wrba, Ott, Geiselbrecht, Beeg und Partner betraut. Der nach neuesten Gesichtspunkten geplante Bau vereint unter einem Dach Geburtshilfe, Pädiatrie und Kinderchirurgie, dieses entspricht dem Idealbild eines Perinatalzentrums für das kommende Jahrtausend. Der neue Bau wurde als quadratischer Bau, ca. 60 x 60 Meter, mit fünf Geschossen errichtet. An jeder der vier Ecken befindet sich ein dreieckiges Treppenhaus. Der Grundriss der Architektur ähnelt so einem Windrad und soll damit einen symbolischen Bezug zu den kleinen Patienten vermitteln. Im Inneren des Baues sind in jedem Stockwerk offene Galerien zum Innenhof. Der Innenhof selbst ist mit einem Glasdach versehen und bietet den kleinen Patienten mit einem Karussell in der Mitte ein wenig Abwechslung zum Klinikalltag (Abb.49).



Abbildung 49: Innenhof der Klinik mit Kinderkarussell

Die neue Klinik kann 124 Säuglinge und Kinder aufnehmen, zusätzlich deren Mütter und Väter. Sie beherbergt neben den Abteilungen für Pädiatrie und Kinderchirurgie auch die Schwerpunkte Neonatologie und Kinderkardiologie. Im obersten Stockwerk ist ebenfalls die Entbindungsstation. Damit geht ein Wunsch der Kinderärzte und der Geburtshelfer, die Neonatologie und die Geburtshilfe in unmittelbare Nachbarschaft zu bringen, in Erfüllung. Alle relevanten Abteilungen sind damit vereint. Weitere Vorteile, die in den Voruntersuchungen zu diesem Projekt bereits herausgearbeitet wurden, sind die gemeinschaftliche Nutzung der gesamten Gerätetechnik eines großen Krankenhauses, diagnostische- und therapeutische Einrichtungen, eine moderne Röntgenabteilung mit Computertomographie, Kernspintomographie, Nuklearmedizin und modernst eingerichtete Laboratorien. Neben der stationären Betreuung sind in der neuen Klinik Tagesbetten vorhanden sowie Spezial-Ambulanzen für Kinderkardiologie, Sonographie, EEG und Kinderchirurgie, ergänzt durch eine 24-stündige Notfall-Ambulanz. Der Einzug in das neue Zentrum (Abb.49,50) erfolgte am 2.Mai 2002 (34,4,1).



Abbildung 50: Außenansicht der Klinik

C. Internet Homepage Kinderklinik

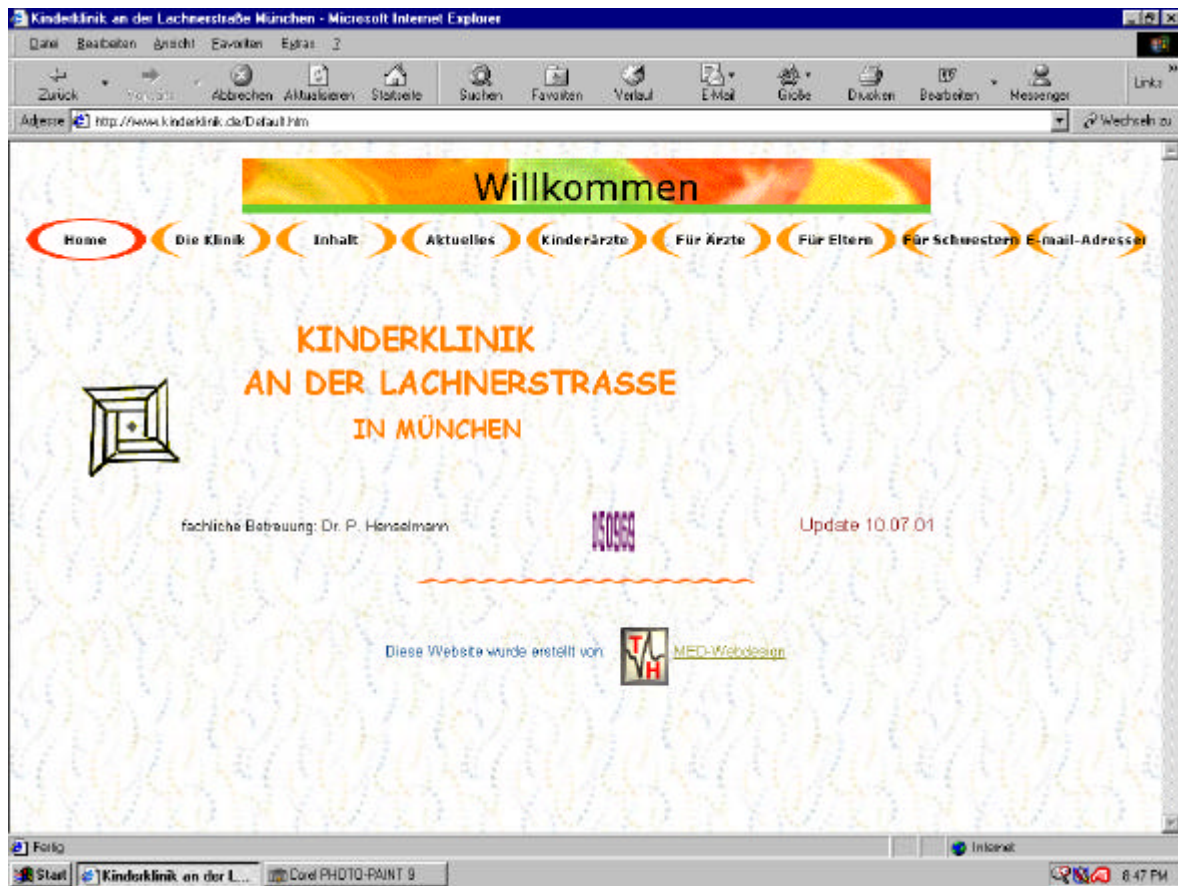


Abbildung 52: Homepage der Kinderklinik an der Lachnerstrasse (<http://www.kinderklinik.de>)

D. Rezepte des Säuglingsheims an der Lachnerstrasse nach 16, S.42 ff.

A. NORMALNAHRUNGEN

1. Einfache Milchmischungen mit Zucker (5-6%)

(2:3 Milch, Halbmilch und Zweidrittermilch)

a, mit Schleim

b, mit Wasser

zu a, 100g Wasser oder 30g Reismehl oder 40g Haferflocken werden mit 1l Wasser und einer Prise Salz ungefähr eine halbe Stunde gekocht. Das verdampfte Wasser wird wieder ersetzt und der Schleim durch ein Haarsieb passiert. Nach Zusatz der entsprechenden Menge Zucker oder Soxhlet- Nährzucker oder Stöltzner- Kinderzucker (5-6%) wird die gewünschte Milchmenge hinzugefügt. Das Ganze wird aufgekocht bzw. kurz sterilisiert.

Zu b, Die seltener angewandten Mischungen mit Wasser werden in analoger Weise zubereitet.

2. Mehlabkochungen

(Halbmilch und Zweidrittermilch)

a, Mehlsuppe mit Weizenmehl enthält 2- 4%

b, Mondamin enthält 2%

c, Keks- oder Zwiebackmilch enthält 4%

d, Grießmilch enthält 2- 4%

e, Kufeke enthält 3%

zu a, 40g Weizenmehl werden mit etwas kaltem Wasser zu einem dünnen Brei angerührt und unter Zugabe von 5% Zucker in 500g Wasser 20 Minuten gekocht. Hernach werden 500g kurz aufgekochte Milch dazugefügt und das Ganze passiert.

Zu b, Gleiches Verfahren wie bei der Herstellung der Mehlsuppe. Kochzeit, wie bei allen aufgeschlossenen Mehlen, nur 10 Minuten.

Zu c, Gleiches Verfahren

Zu d, Die vorgeschriebene Menge Grieß wird mit dem Schneebesen in das kochende Wasser eingeschlagen. Die übrige Herstellung richtet sich nach den eben erwähnten Gesichtspunkten.

Zu e, Das notwendige Quantum Kufeke wird mit Wasser angerührt und nach denselben Regeln

fertiggestellt.

3. Breie

(Halbmilch und Zweidrittelmilch)

a, Grießbrei: 5-6% für Flaschenbrei

8% für Löffelbrei

b, Keksbrei oder Zwiebackmuss: 6% für Flaschenbrei

9% für Löffelbrei

c, Mehlbrei: 8-9% für Löffelbrei

d, Mondaminbrei: 6% für Löffelbrei

zu a, Der Grieß wird mit dem Schneebesen in das kochende Wasser eingeschlagen und nach Zusatz von 5% Zucker 20 Minuten kochen lassen. Hernach gibt man die gekochte Milch hinzu.

Zu b, Die Herstellung erfolgt nach derselben Methode.

Zu c, Man rührt das Mehl mit kaltem Wasser an und lässt es langsam in das kochende Wasser einlaufen. Nach Ablauf der 20 Minuten Kochzeit fügt man Zucker und Milch in der erwähnten Weise bei.

Zu d, Gleiches Verfahren wie bei den übrigen Breien. Kochzeit 5 Minuten.

4. Buttermehlnahrung

(Drittel- bis Halbmilch oder Buttermilch)

Hierzu werden von der Gesamtmenge 4% Butter, 4% Mehl und 5% Zucker verwendet und nach folgender Vorschrift behandelt: Man lässt die nötige Menge Butter solange rösten, bis sie klar ist, gibt dann das Mehl dazu und rührt die Einbrenne völlig glatt. Sobald das Ganze eine semmelbraune Farbe hat, löscht man mit 2 Teilen Wasser ab und gibt den Zucker und eine Prise Salz hinzu. Dann lässt man die Nahrung 10 Minuten kochen und mischt sie mit der vorher abgekochten Milch oder Buttermilch. Die fertige Mischung lässt man durch ein Sieb laufen .

B. HEILNAHRUNGEN

1. Kellersche Malzsuppe

(Drittmilch mit 5, 7,5 oder 10% Löfflunds Malzsuppenextrakt)

In 2 Teilen Wasser lässt man 4-5% Weizenmehl 20 Minuten kochen. Die hinzugefügte Menge von Malzsuppenextrakt lässt man einmal mit aufwallen. Zum Schlusse wird ein Teil gekochte Milch dazu gegeben.

HEILANZEIGE: Exsudative Diathese und Milchnährschaden über 3 Monate alter Kinder.

2. Buttermilch

(nach holländischer Art)

Vollmilch wird auf 40°C erwärmt und zentrifugiert. Der 24- 48 Stunden zur leichten Säuerung bereitgestellte Rahm wird in einer kleinen Buttermaschine verarbeitet. Die damit erhaltene Buttermilch lässt man durch ein Haarsieb laufen, um eventuelle Butterreste zurückzuhalten. Dann wird sie rasch zum Kochen gebracht und 5% Zucker oder Nährzucker zugefügt. Hierauf wird sie nochmals durch ein feines Sieb passiert, bis das Kasein ganz feinflockig ist, und auf Flaschen abgefüllt. In dieser Form findet sie auch Verwendung zur Bereitung der Buttermehlnahrung mit Buttermilch.

HEILANZEIGE: Bei exsudativen Kindern unter 3 Monaten als Zufütterung zur Frauenmilch, besonders auch bei Frühgeburten.

3. Eiweißmilch

1l rohe Milch wird im Wasserbad auf 35°C unter Zusatz von 1 Esslöffel Simons Labessenz erwärmt. Dann lässt man sie an einem mäßig warmen Ort stehen, bis sich die Molke vom Kasein zu sondern beginnt. Das Ganze wird hierauf durch ein Tuch geseiht. Die abtropfende Molke wird zur weiteren Bereitung der Eiweißmilch nicht mehr verwandt. Sobald durch das Tuch nichts mehr abtropft, wird der Rückstand viermal durch ein Haarsieb passiert, und zwar zweimal mit je einem viertel l Wasser und zum Schlusse mit einem halben l Buttermilch. Unter beständigem Umrühren wird die Milch nun zum Kochen gebracht und bis zur vollkommenen Abkühlung weiter geschlagen. Der Zusatz von Nährzucker erfolgt langsam ansteigend von 3-7% nach ärztlicher Vorschrift.

HEILANZEIGE: Bei saueren, dyspeptischen Stühlen und Mehl Nährschaden.

4. Biederts Ramogen

(meist 10% der Verdünnungsflüssigkeit)

a, mit Wasser

b, mit Eichelkaffee

c, mit Schleim

d, mit Mehlabkochung (Kufeke 2%)

Man rührt die gewünschte Ramogenmenge zunächst ohne weitere Zusätze glatt. Sodann gibt man Nährzucker (3- 5%) und die vorgeschriebene Verdünnungsflüssigkeit dazu. Zum Schlusse wird das Ganze in die abgemessene Milch- oder Buttermilchmenge gegossen und auf Flaschen abgefüllt. Soll der Nahrung Mehl zugefügt werden, so wird dasselbe mit Wasser und Zucker zuerst gekocht und zum Schlusse dem Ramogen zugefügt.

HEILANZEIGE: Bei schleimigen und blutigen Dickdarmkatarrhen.

5. Milchsäuremilch nach Mariott und Davidson

(Vollmilch)

Einem Liter abgekochter und wieder abgekühlter Vollmilch werden unter beständigem Rühren 8g einer 75 prozentigen Milchsäurelösung und 6% Zucker zugefügt. Diese Milch muss ganz feinflockige Gerinnung zeigen und ist dann unbegrenzt haltbar.

HEILANZEIGE: Bei dystrophischen Kindern und Frühgeburten, oft auch als Zufütterung zur Frauenmilch mit kleineren Mengen beginnend.

6. Edelweiß- Trockenmilch

a, mit Wasser

b, mit Schleim

c, mit Eichelkaffee.

Edelweißtrockenmilchpulver wird mit einer der Verdünnungsflüssigkeiten angerührt und dann nach Zugabe der gewünschten Zuckermenge auf Flaschen abgefüllt. 125g Trockenmilchpulver entsprechen 1000g Vollmilch.

HEILANZEIGE: Dyspepsien leichter Art.

7. Milchkochungen mit Eichelkaffee

Auf 1l Wasser nimmt man 1 Esslöffel pulverisierten Eichelkaffee und lässt ihn darin gut aufkochen. Nun wird der Kaffeesatz durch ein Tuch filtriert und Zucker und Milch wie bei den übrigen Milchkochungen hinzugefügt.

HEILANZEIGE: Bei leichten Dyspepsien. Im allgemeinen beginnt man mit einem Drittel Milch und reichert rasch bis einer halben Milch-Eichelkaffee an. Sodann ist diese Nahrung geeignet für zu Durchfall neigenden Säuglingen als dauernde Verabreichung.

8. Eichelkakao

2-3% Eichelkakao werden mit dem vorgeschriebenen Zucker oder Nährzucker in lauwarmem Wasser angerührt und mit der entsprechenden Wassermenge einige Minuten gekocht. Milch kann in jedem beliebigen Mischungsverhältnis zugesetzt werden.

HEILANZEIGE: Dyspepsien älterer Kinder.

9. Karottensuppe

500g Karotten werden abgeschabt, geschnitten und mit Wasser auf 200g eingekocht. Alsdann werden sie durch ein feines Drahtsieb mit 1l nicht zu fetter Fleischbrühe passiert und 6g Kochsalz zugefügt.

HEILANZEIGE: Intoxikationen. Ferner bei schweren fieberhaften Ernährungsstörungen, sowie als Flüssigkeitszufuhr bei kleinen Mengen von Frauenmilch.

10. Mehlabkochungen mit Nährzucker ohne Milch

(Weizenmehl- Mondamin- Zwieback- Kufeke)

Die Menge der Kohlehydrate richtet sich nach dem Alter und Zustand des Kindes, hält sich aber meist in Grenzen von 2-5%. Herstellungsweise siehe unter Mehlabkochungen. Am 2. oder 3. Krankheitstag werden bereits kleine Milchmengen verabreicht und allmählich bis ½ Milch angereichert.

HEILANZEIGE: Milchnährschaden bei Kindern über 2 Monaten. Keine Dauernahrung!

11. Plasmon

2-3% Plasmon werden in die entsprechende Schleimmenge eingekocht und das vorgeschriebene Quantum Milch mit den üblichen Zucker- und Nährzuckerzusätzen dazugegeben.

HEILANZEIGE: Saure Gärungsdyspepsien, auch bei Brustkindern. Milchnährschaden leichten Grades.

C. DIE BEIKOST DES KINDES IM 2. LEBENSJAHR

1. Suppen

Reis, Haferflocken, Sago, Grieß werden weich gekocht, durchpassiert, mäßig gesalzen und mit reinem Butterschmalz oder evtl. mit etwas Rahm und Eigelb angereichert.

2. Gemüse

(Spinat, Mangold, gelbe Rüben, Blumenkohl und Kartoffeln)

Das gewaschene und geputzte Gemüse wird mit wenig Wasser weich gedämpft und durchpassiert. Sodann macht man aus Butter und Mehl eine dünne Einbrenne, gibt das Gemüse und auch etwas Gemüsewasser dazu, und reichert noch mit Milch an, bis das Ganze eine dünnbreiige Konsistenz hat. Zum Schluss wird noch wenig Salz hinzugefügt.

3. Obst- und Gemüsesäfte

Trauben, Orangen oder Zitronen werden ausgepresst und entweder mit oder ohne Zucker verabreicht. Gelbe Rüben werden geschabt und durch ein Sieb gepresst. Sie können in Suppe oder Gemüse verrührt den Kindern gegeben werden. Tomaten werden vor dem Auspressen erst geschnitten. Kaffeelöffelweise als Vitaminträger.

4. Geschabtes Obst

Äpfel werden gevierteilt und auf dem Reibeisen unter Zurücklassung des Kernhauses fein geschabt und leicht gezuckert.

5. Kompotte

Äpfel werden geschnitten, gar gekocht und durchpassiert. Vor dem Genuss werden sie meist mit wenig Zucker angereichert.

6. Rohkost

- a) Buttermilch
- b) Haferflocken-Rohspeise

Zu a) 1l Buttermilch wird mit 200 g Zucker gut verrührt und dem Ganzen der Saft und die fein geriebene Schale einer Zitrone beigelegt. Sodann löst man 12 Blatt Gelatine in heißem Wasser auf und mischt sie mit der Buttermilch. Der Pudding ist nach einiger Zeit, während der er kühl gestellt wurde, genussbereit.

Zu b) Man lässt 2 Esslöffel Haferflocken in kaltem Wasser einige Stunden quellen und fügt ihnen 1 geschabten Apfel oder 1 gelbe Rübe oder 1 Banane, sowie 1 Esslöffel süßen Rahm und 1 Esslöffel Zucker und etwas Zitronensaft unter kräftigem Umrühren bei. Älteren Säuglingen leicht gewärmt zu geben.

D. KOSTZETTEL FÜR DAS 3. LEBENSJAHR (FÜNF MAHLZEITEN)

1. Frühstück: 200g Milch, 25 g Zwieback oder Semmel (10g Zucker), evtl. als Brei verkocht.
2. Frühstück: ca. 100 g rohes Obst (Äpfel, Bananen usw.), 25 g Weißbrot, 5 g Butter.
3. Mittagessen: 125 g Kartoffeln, 125 g gelbe Rüben oder anderes Gemüse, 15 g Butter. Oder 150 g Haferflockensuppe, 125 g Nudeln mit rohem Tomatensaft. Danach: 100-125 g Obst, Marmelade (Obstmus), Kompott mit 10-15 g Zucker.
4. Vesper (Jause): 100-200 g Milch, 25 g Gebäck mit 10 g Honig (10 g Butter).
5. Abendessen: 200 g Milch mit 25-30 g Grieß, Haferflocken, Zwieback, Reis zu Brei verkocht ($\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ Eidotter roh), 100 g Obst (roh) oder frischen Fruchtsaft. (Etwa 500 – 600 g Milch) (Bei Durst reines Wasser) (16,S.42 ff.).

E. Quellenangaben

- 1) Kellnar St., Sr. L. Maier, Schöber J. G., Festschrift: 90 Jahre Kinderklinik an der Lachnerstrasse, Kinderkrankenpflegeschule (seit 1903), *Kinderklinik an der Lachnerstrasse*, Archiv, **1999**
- 2) Oehme J., Schmöger R., *Geschichte der Krankenpflege*, Alete Wissenschaftlicher Dienst, **1996**
- 3) Stehr S., *Zur Geschichte der Münchner Kinderheilkunde (1818 bis 1980, insbesondere die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg)*, Nestle Schriftenreihe, Wissenschaftlicher Dienst Nestle, **1983**
- 4) Rommel O., Fünfundzwanzig Jahre Gesundheitsdienst am Deutschen Kinde, Festvortrag, *25-jähriges Bestehen des Münchner Säuglingsheim*, Blätter für Gesundheitsfürsorge, **1928**
- 5) Krammer L., von Arnim Thomas, Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V., *Festschrift zum 125.Jubiläum der Rotkreuz Schwestern in Bayern*, **1997**
- 6) Miller U., *Zur Geschichte Münchner Kinderkrankenhäuser*
Dissertation, Ludwigs- Maximilians- Universität München, **1964**
- 7) Seitz C., *Jahresbericht Säuglingsheim München e.V.*, R. Oldenbourg Verlag, München, **1906**
- 8) Seitz C., *Vierter Jahresbericht Säuglingsheim München e.V.*, R. Oldenbourg Verlag, München, **1908**
- 9) Seitz C., *Rechenschaftsbericht 1908/1909 Säuglingsheim München e.V.*, R. Oldenbourg Verlag, München, **1909**

- 10) Seitz C., *Jahresbericht Säuglingsheim München e.V.*, R. Oldenbourg Verlag, München, **1910**
- 11) Seitz C., *Jahresbericht Säuglingsheim München e.V.*, R. Oldenbourg Verlag, München, **1911**
- 12) Seitz C., *Jahresbericht Säuglingsheim München e.V.*, R. Oldenbourg Verlag, München, **1912**
- 13) Seitz C., *Jahresbericht Säuglingsheim München e.V.*, R. Oldenbourg Verlag, München, **1913**
- 14) Rommel O., *Rechenschaftsbericht Säuglingsheim München e.V. 1929 bis 1931*, R. Oldenbourg Verlag, München, **1931**
- 15) Rommel O., *Rechenschaftsbericht 1932 bis 1935 Säuglingsheim München e.V.*, Eigenverlag, München, **1935**
- 16) Seitz C., Rommel O., *Bericht über die fürsorgerische, ärztliche und Lehrtätigkeit im Münchner Säuglingsheim in fünfundzwanzig Jahren Säuglingsheim München e.V.*, R. Oldenbourg, München, **1928**
- 17) Schwesternschaft vom Säuglingsheim München e.V.: *Tätigkeits- und Jahresberichte der Schwesternschaft 1926-1938*, Archiv der Berufsfachschule der Schwesternschaft, Eigendruck
- 18) Staatsministerium des Inneren und für Unterricht und Kultus, *Amtsblatt der Staatsministerien des Äußeren, des Inneren, für Soziale Fürsorge, für Landwirtschaft und für Handel, Industrie und Gewerbe, Bekanntmachung, staatliche Prüfung von Säuglings- und Kleinkindpflegerinnen*, Eigenverlag, **1923**

- 19) Schreiben des Staatsministerium des Inneren an die Regierung von Oberbayern, Kammer des Inneren, *Kopie Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen Schulen und Prüfungsschulen*, Eigenverlag, **1923**
- 20) Statistisches Handbuch der Stadt München 1995 sowie Auszüge aus vorangegangenen statistischen Aufzeichnungen des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung, Eigenverlag, **1996**
- 21) Scheppe K. J., *Das Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse in München*, Der Kinderarzt, Heft 4/81, S. 587ff., Sonderdruck aus der Kinderarzt, **1981**
- 22) Hofrat Meier J., Mütterheim des Vereins Mütterschutz- München e.V., Das neue Mütterheim an der Taxisstrasse, *Denkschrift zur Eröffnung des Heimes 21. Mai 1916*, Eigenverlag, **1916**
- 23) *Gästebuch der Benediktus Schwestern*, München, **1904- 1910**
- 24) P. Arnulf Götz O.F.M., *Die Geschichte der Blauen Schwestern von der hl. Elisabeth* (früher Schwestern-vereinigung vom Blauen Kreuz), Eigenschrift, **1950**
- 25) Knauer-Nothaft Ch., *Zur Geschichte der sozialen Einrichtungen in Berg am Laim*, Eigenverlag
- 26) Jäckle R., *Schicksale jüdischer und „staatsfeindlicher“ Ärztinnen und Ärzte nach 1933 in München*, Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte München, **1988**
- 27) Lamm H., *Vergangene Tage, Jüdische Kultur in München*, Georg Müller Verlag München/ Wien, **1982**
- 28) Weyerer B., *Eine Zukunft im Land der Täter, Der Jüdische Arzt Dr. Spanier engagierte sich nach dem Krieg für die Versöhnung*, Süddeutsche Zeitung, **15.Mai 1998**

- 29) Mutterhaus der Blauen Schwestern, *Chronik der Blauen Schwestern von der Heiligen Elisabeth*, München, Eigenschrift, **19.11.1950**
- 30) Kinderklinik an der Lachnerstrasse, Ärzte- Fragebogen für Vorschläge, Kritik der Eltern stationär behandelter Kinder, Archiv der Kinderklinik, **ca. 2000**
- 31) Kinderklinik an der Lachnerstrasse, Aktuelle Veröffentlichungen im Internet, **1998**
- 32) Schöber J.G., *Kleine Chronik der Kinderklinik an der Lachnerstrasse*, Kinderklinik an der Lachnerstrasse, **1998**
- 33) N. Imran, *Projekt :., Arche Noah“*, Archiv Kinderklinik III. Orden, **1998**
- 34) Schöber J.G., L. Schuster, *Ein Blick hinter die Kulissen der Lachnerklinik* anlässlich des Tages des Kinderkrankenhauses, Kinderklinik an der Lachnerstrasse, Archiv der Kinderklinik III. Orden, **1998**
- 34,1) Staudt F., *Denkschrift zur Situation der Kinderkrankenhäuser* anlässlich des Tages des Kinderkrankenhauses, Archiv der Kinderklinik III. Orden, **1998**
- 34,2) Retzlaw M., *Statement zur aktuellen Situation der Kinderchirurgie anlässlich der Pressekonferenz in der Kinderklinik an der Lachnerstrasse*, Archiv der Kinderklinik III. Orden, **1998**
- 34,3) Bauer S., *Statement zur Pressekonferenz am 17.9.1998 anlässlich des Tages des Kinderkrankenhauses*, Archiv der Kinderklinik III. Orden, **1998**
- 34,4) Schöber J.G., *Historie und Zukunftsperspektiven der Kinderklinik an der Lachnerstrasse- Gedanken zum Tag des Kinderkrankenhauses*, Archiv der Kinderklinik III. Orden, **1998**

- 35) Benediktusschwestern München, Informationsschrift, *Kinderkrankenhaus an der Lachnerstrasse*, Eigendruck, **1962**
- 36) *Kindernotarztdienst KND*, diverse Korrespondenz Kinderklinik an der Lachnerstrasse, städt. Behörden München, 1991-2002
- 37) *Achtzig Jahre Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz*, Herausgegeben vom BRK- Mutterhaus München, **1952**
- 38) „*Chrysanthemenball*“ 70 Jahre, Festschrift, **1995**
- 39) „*Chrysanthemenball*“ 75 Jahre, Festschrift, **2000**
- 40) Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern, „*Blätter für Säuglingsfürsorge, 1915*“, **1915**
- 41) Vollmer I., *Zur Geschichte der Kinderpoliklinik*, Dissertation, Heidelberg, **1974**
- 42) Zoelch Ph., *Vier Jahre Kinderheim Maria, Bad Tölz*. Ein Beitrag zur Heilstättenbehandlung tuberkulosekranker Säuglinge und Kleinkinder, Säuglingsheim München 1903- 1928, München, Eigenverlag, **1928**
- 43) *Kinderheilstätte Gaißach der Landesversicherungsanstalt Oberbayern 1931- 1961* , München, Eigenverlag, **1961**
- 44) Schmid P. Ch., *50 Jahre Kinderkrankenhaus Gaißach*, *Der Kinderarzt*, 10.Jg. S. 1673 ff., **1979**
- 45) Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung
- 46) Von Ranke H., *Zur Geschichte des Haunerschen Kinderspitals*, *Münchener Medizinische Wochenschrift* 43, **1896**

- 47)** Betke K., Hecker W., *10-Jahresbericht 1971-1980*, München, Eigenverlag, **1981**
- 48)** Kreisverwaltungsreferat HA V, Branddirektion, Erfahrungsbericht zum Pilotprojekt „*Kindernotarztdienst in München*“, **1991**
- 49)** *75 Jahre Kongregation der Solanusschwestern 1926-2001*, Eigenverlag, **2001**
- 50)** Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens, Redaktion Sr. Christa Früchtl, *100 Jahre Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens 1902-2002*, Eigenverlag, **2002**

Lebenslauf

Persönliche Daten: Julia Friederike Gmelin
geb. Fink, am 1.10.1974 in München
verheiratet, 3 Kinder

Schulbildung: 1981-1985 Grundschule Wilhelmschule, München
1985-1994 Oskar-von-Miller Gymnasium

Schulabschluss: Allgemeine Hochschulreife (Abitur 1994)

Praktikum: Freiwilliges soziales Jahr: 1.9.1994-31.8.1995 in der
Privatklinik Josephinum

Studium: 1995 Studium der Medizin in München an der Ludwig-
Maximilians-Universität
1997 Physikum
1999 1. Staatsexamen
2000 2. Staatsexamen
2003 3. Staatsexamen

Praktisches Jahr: Dez. 2001 bis Dez. 2002 in München

Dissertation: 1998-2003 Die Chronik der Kinderklinik an der Lachnerstrasse
– „Lachnerklinik“ bei
Prof. Dr. med. J.G.Schöber