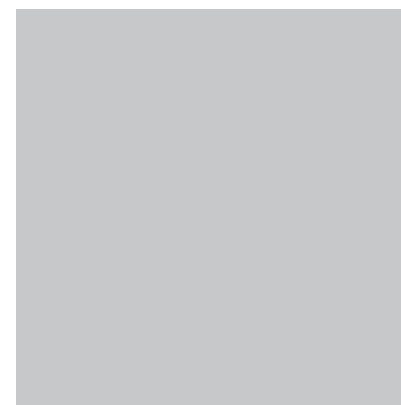
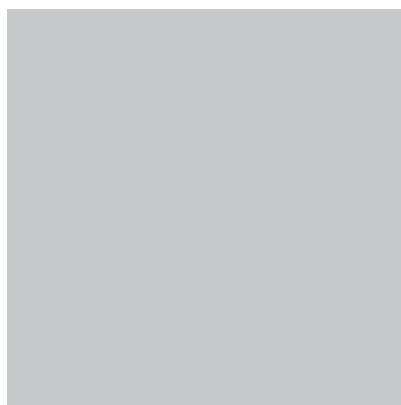




Inhalt

02 | 03 > **Editorial** von Gabriele Schmidt-Maaß,
Klinikdirektorin

06 | 08 > **Klinik für Kinder- und Jugendmedizin**
Leistungsspektrum von Prof. Dr. Roos

09 | 11 > **Geschichte** 40 Jahre Kinderklinik
von Dr. Brigitte Kernert-Bader

12 | 13 > **Neonatologie** Fakten und Entwicklungen
von Dr. Matthias Grimberg

14 | 17 > **Neonatologie** Frühgeburt als Trauma?
von Dr. Sabine Höck

18 | 19 > **Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge**
von Eva Hesse und Dr. Armin Gehrmann

20 | 23 > **Infektiologie** Rotavirusinfektionen
von Prof. Dr. Reinhard Roos

24 | 25 > **Kinderkardiologie | Endokrinologie**
Nephrologie von Dr. Wolfgang Brunnhözl

26 | 27 > **Pädiatrische Intensivmedizin**
von Dr. Wolfgang Brunnhözl

28 | 29 > **Neuropädiatrie**
von Dr. Armin Gehrmann

30 | 31 > **Allergologie** Einst und heute
von Dr. Birgitt Kreuz

32 | 33 > **Diabetologie** Insulinpumpentherapie
von Dr. Michael Busse

34 | 35 > **Pädiatrische Onkologie** Gegen den
Strom von Dr. Peter Klose

36 | 37 > **Pflege** Neues Selbstverständnis
von Anita Hormes

38 | 39 > **Seelsorge in der Kinderklinik**
von Heide-Marie Müller und Reinhard Roth

40 | 41 > **Patientenkindertagesstätte** Langeweile
muss nicht sein von Helga Heindel-Dilewski

42 | 45 > **Frauenklinik** Leistungsspektrum und
Laserzentrum von Prof. Dr. Dieter Grab

46 | 50 > **Pränatale Diagnostik und Therapie**
von Prof. Dr. Dieter Grab

51 | 53 > **Kinder- und Jugendpsychosomatik**
Leistungsspektrum von Dr. v. Hofacker

54 | 57 > **Eröffnung der Tagesklinik** Wenn Kindern
die Seele weh tut von Dr. v. Hofacker

58 | 59 > **Förderverein Harl.e.kin e.V.**
von Eva Hesse

60 | 62 > **Benefizveranstaltungen | Dankeschön**
von Eva Hesse

Impressum: Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Harlaching, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München, Tel. 089/62 10 - 1 www.khmn.de
verantwortlich i.S.d.P.: Manfred Greiner, Vorsitzender der Geschäftsführung Redaktion: Eva Hesse, Prof. Dr. Reinhard Roos Verlag: Trunit Gruppe
Layout und Gestaltung: Michaela Huml Druck: Kastner & Callwey, Forstinning

Von Prof. Dr. Reinhard Roos

Jetzt und in Zukunft!



In den letzten 40 Jahren haben sich dramatische Änderungen in der klinischen Pädiatrie ergeben. Besonders beeindruckend ist natürlich die Reduktion der Verweildauer von ehemals 21 Tagen auf jetzt circa 3,5 Tage, bei Einschluss der manchmal bis 4 Monate stationär behandelten Frühgeborenen.



Jetzt und in Zukunft: Wir behandeln Kinder, Eltern und Familien. Ein ganzes soziales System also.

Die Reduktion der Verweildauer ging natürlich parallel mit einem völlig gewandelten Verständnis der Aufgaben einer Kinderklinik. Traten damals Schwestern und Ärzte fast an die Stelle der Eltern und handelte es sich mehr um eine Heilbehandlung von erkrankten Kindern, müssen Kinderkliniken heute moderne Dienstleistungsbetriebe sein, die ein definiertes Ziel – nämlich die Wiederherstellung des „normalen Funktionszustandes“ eines Kindes – möglichst schnell erreichen sollen. Man mag dies bedauern, es ist aber Realität geworden. Entsprechend ist heute neben die nach wie vor wichtige kinderärztliche Grundversorgung in Harlaching die Spezialisierung in einige Teilbereichen der Pädiatrie getreten.

Rasantes Tempo der Veränderung

Es ist nicht zu erwarten – und die letzten Jahre mit dem Umbruch im Gesundheitssystem haben uns dies gezeigt –, dass sich das Tempo der Veränderungen in den kommenden Jahren verlangsamt. Dennoch: Wir behandeln Kinder, deren Eltern und Familien, also ein ganzes soziales System. Unsere Patienten bedürfen in besonderem Masse der empathischen Zuwendung oder wir haben unseren Auftrag nicht richtig erfasst. Dies soll und darf bei allen ökonomischen Zwängen und gesundheitspolitischer Aufgeregtheit nicht vergessen werden.

Breites medizinisches Angebot

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin pflegt entsprechend neben der pädiatrischen Grundversorgung folgende Schwerpunkte: Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin, Infektiologie, Kinderkardiologie,

Neuropädiatrie mit Entwicklungsneurologie, Diabetes mellitus, Endokrinologie, Nephrologie, Allergologie sowie Pädiatrische Hämatologie mit Onkologie in Kooperation mit der Kinderklinik München-Schwabing. Diese Schwerpunkte werden in der Festschrift in einzelnen Beiträgen dargestellt.

Integration von Eltern

Die Integration von Eltern in die Betreuung ihrer Kinder während des stationären Aufenthaltes ist in der Kinderklinik Harlaching seit mehr als 40 Jahren selbstverständlich: Eltern-Kind-Einheiten und ein Team zur psychosozialen Betreuung sind für die gemeinsame Zeit wichtige Voraussetzungen für den Erfolg der Behandlung. Durch die begleitende Schulung der Eltern lassen sich Klinikaufenthalte deutlich verkürzen und somit Kosten sparen. Die Leistungsfähigkeit und das breite medizinische Angebot der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums Harlaching ergeben sich einerseits aus den bereits genannten Schwerpunkten, andererseits aus der engen Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen des Hauses, anderen Kliniken und niedergelassenen Kollegen. Dabei gilt das Prinzip: Nicht der Patient kommt zum Spezialisten, sondern der Spezialist kommt zum Patienten. Ziel ist eine integrative ganzheitliche Betreuung der Patienten.

Kooperationen

Diese Kooperationen müssen und können in der GmbH sogar leichter erhalten und ausgebaut werden als in der Vergangenheit, in der manchmal ein enges Partikularinteresse vorherrschte. Nur so ist die

optimale medizinische Versorgung von Kindern im Südosten Münchens und der angrenzenden Region gesichert. Enge hausinterne Kooperationen bestehen vor allem mit den Kliniken für Augenheilkunde, Urologie, Allgemein- bzw. Unfallchirurgie, Neurologie, Gastroenterologie und Radiologie. Externe, aber enge Kooperationen bestehen mit der Orthopädischen Klinik München-Harlaching, der HNO-Abteilung, der Kinderchirurgie und der Neurochirurgie des Klinikums Schwabing und Klinikums Bogenhausen sowie des Klinikums Großhadern und dem Deutschen Herzzentrum.

Mutter-Kind-Zentrum Süd

Eine besonders enge Kooperation verbindet die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin naturgemäß mit der Frauenklinik und der Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Klinikums Harlaching, die alle zusammen das Mutter-Kind-Zentrum Süd bilden. Die engste Verzahnung von Pränataldiagnostik, Geburtshilfe und Neonatologie im Perinatalzentrum II garantiert die optimale Betreuung jeder Risikoschwangerschaft und jedes Früh- oder Neugeborenen.

Erfreulicherweise ist jetzt auch die chirurgische Versorgung von Neu- und Frühgeborenen durch die Kinderchirurgie Schwabing im Hause gesichert. Unverzichtbar ist die Kooperation mit der Kinderpsychosomatik, die die Versorgung von Schwangeren mit Risiken, Neugeborenen und Kindern durch intensive konsiliarische Zusammenarbeit sowie 2 Stationen für Eltern mit Säuglingen/Kleinkindern bzw. Jugendlichen abrundet. Wesentliche Unterstützung leistet der



Förderverein Harl.e.kin e. V. im Modellprojekt Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge.

Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge

Ziel dieses Projektes ist die stufenweise Überleitung von Früh- und Risikoneugeborenen in die ambulanten Betreuungsangebote im Raum München. Mit diesem Konzept der strukturierten Nachsorge lässt sich eine ganzheitliche Betreuung von der Risikoschwangerschaft bis weit nach der Entlassung eines Frühgeborenen verwirklichen.

Kinderärztliche Bereitschaftspraxis

Als erste Kinderklinik in München hat die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin eine kinderärztliche Bereitschaftspraxis eingerichtet. Hier übernehmen an Wochenenden und an Feiertagen niedergelassene Kinderärzte die ambulante Notfallversorgung

von akut erkrankten Kindern in den Räumen der Kinderklinik. Weiter bestehen strukturierte Kooperationen mit der dermatologischen Praxis Prof. Dr. Abeck, und mit der orthopädischen Praxis Dr. Paulus. Diese Kooperationen mit spezialisierten niedergelassenen Fachkollegen bauen wir derzeit aus. Ziel ist, die bislang bestehende strikte Trennung zwischen stationärem und ambulanten Sektor der Patientenversorgung zu überwinden und Kompetenzen im niedergelassenen Bereich zu nutzen, die die Kinderklinik nicht als Schwerpunkt vorhält bzw. die nicht primäre Aufgabe einer stationären Versorgung sind.

> Prof. Dr. Reinhard Roos, Chefarzt

Telefon 089 / 62 10 - 27 20

Fax 089 / 6 2 10 - 29 29

E-Mail r.roos@khhm.de

Leistungszahlen

- > In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin werden pro Jahr mehr als 3.827 Kinder stationär behandelt,
- > außerdem 450 Neugeborene und 40 bis 50 Sehr-Frühgeborene.
- > Teilstationär werden pro Jahr 1.307 Kinder und Jugendliche betreut.
- > In der Kindernothilfe werden ambulant 8.000 Kinder pro Jahr behandelt.
- > In der Bereitschaftspraxis werden weitere 7.500 Kinder betreut.



Über 450 Früh- und Risikokinder werden jährlich versorgt.

Von Dr. Matthias Grimberg

Neonatologie – Entwicklungen



In der Neonatologie hat sich seit Ende der 80er-Jahre die Prognose auch für sehr unreife Frühgeborene wesentlich verbessert. Auch sehr kleine Frühgeborene können später eine normale Entwicklung nehmen und ein gesundes Leben führen.

Die neonatologische Intensivstation gehört gemeinsam mit der Frauenklinik zum Perinatalzentrum München III der höchsten Versorgungsstufe. Über die Regelversorgung hinaus können hier jederzeit alle schwereren Erkrankungen von Schwangeren, Früh- und Neugeborenen behandelt werden. Beide Kliniken sind in der Schwangerschafts-, Geburts- und

Neugeborenenzeit diagnostisch, präventiv, therapeutisch und operativ-invasiv ein ausgewiesenes Zentrum für Risikoschwangerschaften.

Der Begriff der Neonatologie leitet sich aus dem Griechischen und Lateinischen ab und bedeutet „Neos-Neu“ und „natales-Geburt“. Neonatologie bezeichnet die aufgrund wissenschaftlich fundierter

Erkenntnisse optimierte Versorgung von Neu- und Frühgeborenen.

Chancen der sehr kleinen Frühgeborenen dramatisch verbessert

Die Versorgung der Neugeborenen hat sich in den letzten Jahren zunehmend günstig auf die Prognose sehr kleiner Frühgeborener ausgewirkt. Durch die we-

sentlich verbesserte pränatale Schwangerschaftsbetreuung, die Vermeidung von Infektionen bei Mutter und Kind, wesentlich modernisierte Beatmungstechniken, die apparative Intensivmedizin, aber auch den wohl dosierten und auf klinische Erfahrung begründeten Verzicht auf invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen hat sich die Prognose auch sehr unreifer Frühgeborener wesentlich verbessert. Durch Entwicklung des Surfactant-Medikamentes Ende der 80er Jahre und durch eine pränatal durchgeführte Lungenreifebehandlung der werdenden Mütter konnte das früher oft letale Atemnotsyndrom behandelt werden.

Die Überlebenschancen sehr kleiner Neu- und Frühgeborener haben sich derart dramatisch verbessert, dass heute auch sehr kleine Frühgeborene später eine normale Entwicklung nehmen und ein gesundes Leben führen können. Auch die Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Bayerische Perinatalstudie und die bayerische

Neonatalstudie, an der Harlaching von Anfang an seit über dreißig Jahren an beteiligt war, haben zum Erfolg beigetragen.

2.000 Geburten pro Jahr

Im Klinikum Harlaching werden jährlich circa 2.000 Geburten betreut. Darüber hinaus versorgt die Harlachinger Kinderklinik das Klinikum Neuperlach im Rahmen eines Konsiliardienstes und umliegende Geburtskliniken bei Bedarf. Zusammen gehören zum Einzugsgebiet von Harlaching etwa 3.500 Geburten. Über 450 Patienten werden im Jahr in der Neonatologie behandelt, wovon 40 bis 50 Patienten mit einem Geburtsgewicht < 1.500 Gramm geboren werden.

Vorbildliche Kooperation

Durch die engste und vorbildliche hausinterne Kooperation zwischen der Geburtshilfe und der Neonatologie bietet das Mutter-Kind-Zentrum Süd den werdenden Eltern sowie ihren Kindern eine

umfassende Versorgung rund um die Geburt und begleitet sie auch in kritischen Phasen durch ein geschultes medizinisches sowie psychologisches Team.

Leistungszahlen

- > In München kommen pro Jahr durchschnittlich 17.000 bis 18.000 Neugeborene auf die Welt. 2005 waren es exakt 17.493 Babys (Perinatalstatistik 2005).
- > Davon sind durchschnittlich 8% Frühgeborene < 37. Schwangerschaftswoche und 1% Sehr-Früh-Geborene unter/bis 1.500 Gramm und < 32. Schwangerschaftswoche.
- > Im Jahr 2005 kamen im Städtischen Klinikum München GmbH 3.752 Neugeborene zur Welt, davon im Klinikum Harlaching 1.935 (Perinatalstatistik 2005).
- > 2006 kamen im Klinikum Harlaching 2.028 Kinder auf die Welt, davon 393 Früh- und Risikoneugeborene und 41 Sehr-Früh-Geborene (Neonatalstatistik der BAQ).

Besondere Angebote zur Betreuung von Früh- und Risikokindern

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> > Enge Kooperation mit der Kinderchirurgie des Klinikums Schwabing > Psychotherapeutische Begleitung von Eltern Frühgeborener durch Dr. Sabine Höck (Kinderärztin und Psychotherapeutin) > Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge: Medizinische, entwicklungspsychologisch-pädagogische sowie pflegerische Nachsorge in ihrer Entwicklung gefährdeter Kinder und Frühgeborener sowie chronisch kranker Kinder nach ihrer Entlassung aus der oft langen stationären Behandlung > Frühchengruppe für Mütter > Laktations- und Stillberatung für Mütter Frühgeborener | <ul style="list-style-type: none"> > Frühchengruppe für Mütter > Laktations- und Stillberatung für Mütter Frühgeborener |
|--|---|

> **Prof. Dr. Reinhard Roos, Chefarzt**
Telefon 089 / 62 10 - 27 20

Dr. Matthias Grimberg, Oberarzt, Leitung Neonatologie

Telefon 089 / 62 10 - 27 42

über die Station

Telefon 089 / 62 10 - 27 41

Dr. Armin Gehrmann

Telefon 089 / 62 10 - 27 14

Dr. Wolfgang Brunnhölzl

Telefon 089 / 62 10 - 27 30

Dipl.Päd. U. Köhler-Sarimski

über die Station

Telefon 089 / 62 10 - 27 41

Von Dr. Sabine Höck

Frühgeburt als Trauma?



Beratungsangebote für Familien mit sehr kleinen Frühgeborenen aus dem Blickwinkel kindlicher Aspekte. Warum ist eine begleitende und nachsorgende Psychotherapie erforderlich?

Bei der perinatalen Betreuung von Risikogeburten und -kindern, auch oft extrem unreifen Frühgeborenen, hat sich in den letzten Jahren einiges verändert. In der Geburtsführung, in der intensivmedizinischen Therapie, in der pflegerischen Betreuung und im Zusammenwirken beteiligter Berufsgruppen werden individuelle Probleme und psychosoziale Aspekte der Betroffenen stärker berücksichtigt.

Neues Denken in der Neonatologie

Dies zeigt sich in der veränderten Routine medizinischer Betreuung, im frühen Einbeziehen der Neonatologen bei zu erwartender Frühgeburt, in der persönlicheren Gestaltung der Räume (Kreißsaal, Intensivstation) und in der Förderung der Beziehungsentwicklung von Kind und Mutter/Vater unter erschwerten Bedingungen. Dies erfolgt z.B. durch „Vaterentbindungen“, durch frühere und stärkere Einbeziehung der Eltern in die Betreuung der Neugeborenen, durch offeneren Zugang zu der Station, Unterstützung des Kontaktes zum Kind, im Umgang mit dem Kind und in der gestiegenen Toleranz und dem Verständnis für die Eltern durch das Personal in der Vorstellung,

dass „diese ein Trauma erlitten haben“. Wir sehen ein wesentliches Trauma in der Vorzeitigkeit, d.h. wichtige Entwicklungsprozesse werden frühzeitig unterbrochen: die der Kindwerdung und die der Elternwerdung. Für das Kind bedeutet das einen Abbruch der Entwicklung unter den vorgegebenen Bedingungen: Im „Container“ Mutter fand es bekannte Rhythmen (Herzschlag, Gefäß-, Verdauungsgeräusche), ein vertrautes Medium (Fruchtwasser), ein Angebot modifizierter Reize (gedämpftes Licht und Geräusch, komplexe Mitteilung über den Resonanzkörper „Mutter“). Seine Raumerfahrung, die sich sonst langsam und kontinuierlich verändert (von weit zu eng begrenzt, von groben zu feinen Bewegungen mit zunehmendem Kontakt zum eigenem Körper), wird ebenso abrupt verändert wie das Ansprechen seiner Nahsinne, seine eingespielten Reaktionsweisen im Dialog mit der Mutter (im Tagesrhythmus, Bewegung/Ruhe/ Lageveränderungen). Durch die plötzliche Entbindung werden seine Kompensationskräfte, möglicherweise vorher schon stark beansprucht, oft überschritten. Für das Kind bedeutet dies auch einen ganz anderen psychischen

und körperlichen Bezug zur Mutter. Aufgrund dieser Gefährdung gehen alle beteiligten Professionellen davon aus, den Eltern Verständnis- und Gesprächsangebote zu machen und den Kindern ein hohes Maß an individueller umsorgender Betreuung gewährleisten zu müssen.

Emotional wärmeres Klima, dennoch Konflikte

Dies wird deutlich am emotional spürbar „wärmeren“ Klima auf diesen Stationen. Trotzdem kommt es oft zu Konflikten im Betreuungsteam: Die professionelle Aufmerksamkeit auf der Neugeborenen-Intensivstation muss vorrangig den Kindern, weniger den Eltern gelten. Es ist nicht immer einfach, die richtige Mitte (Balance) zwischen medizinischen Erfordernissen und berechtigten Wünschen der Eltern zu finden, mit einbezogen und mitbestimmen zu können. Bei wechselnden kindlichen Zuständen, bei vielen „bedürftigen Kindern“ ist die zeitliche und emotionale Kapazität der Schwestern und Ärzte manchmal nicht ausreichend, oder es entsteht der Konflikt, wessen Bedürfnisse nun gerade Vorrang haben.



Eine Handvoll
Leben – ein
Frühgeborenes
noch zu schwach
zum Atmen.

Zusätzliches Angebot sinnvoll

Deshalb sind zusätzliche Angebote sinnvoll und es ist notwendig, diese Konflikte und Probleme, die zu ernststen Beziehungsstörungen der Eltern-Kind-Interaktion und dadurch langfristige Gefährdung der kindlichen Entwicklung führen können, durch andere Personen bearbeiten zu lassen. Diese sollten einerseits nicht direkt in die Betreuung des Kindes zeitlich und emotional involviert sein, sollen keine Verantwortung oder Entscheidungen fürs Kind tragen, und andererseits mit den Problemen der Neonatologie bestens vertraut sein. Was ist nun mit begleitender und nachsorgender Psychotherapie gemeint? Beratungsangebote in diesem Zeitraum lassen sich am besten mit dem Begriff des Containments beschreiben.

Der Begriff des Containments meint:

- > etwas loswerden – nicht mehr bei sich haben / für bestimmte Zeit, für immer wie Verantwortung, starke schwer aushaltbare Emotionen
- > etwas aufbewahren – sicher aufgehoben, aber erinnerbar wissen, (Geschichte, Gefühle, pränatales Wunschkind)
- > etwas hineingeben, das sich (ver)ändern soll wie unausgegrenzte, unsortierte, unbewertetes, soziale Form nicht beachtende Gefühle
- > sich aufbewahrt, gehalten, beachtet, angenommen fühlen, einen schützenden, nicht reglementierenden, aber auch nährenden Platz finden,
- > einen Platz haben, an dem etwas ausgehalten wird,

- > sich gestärkt fühlen, in elterlicher Position, im Selbstwert, zum Kind zu den Professionellen hin
- > sich seiner eigenen Containerfunktion gegenüber dem Kind bewusst werden.

Der erste Kontakt

In der Anfangs/Kontaktphase mit den Eltern ist das Kind, das Erleben, Empfinden dazu, die Geschichte bis zur Intensivstation stets der Ausgangspunkt. Diese Kontaktphase erfolgt keinesfalls analysierend aufdeckend oder bearbeitend, sondern emotional aufnehmend, stützend, stärkend in der mütterlichen oder elterlichen Position und unterstützend, vermittelnd in der Beziehung zum Kind und eventuell zum Fachpersonal. Fürs Kind ist das Wichtigste, nach seinen individuellen und

momentanen Befindlichkeiten und Ausdrucksmöglichkeiten zu suchen und die Beziehungsentwicklung von Kind und Eltern zu fördern. Es ist das Angebot als Blitzableiter, der keinen Schaden nimmt, als ein Ruhepunkt bei Unruhe auf der Station oder am Kind, mit zentrierter Aufmerksamkeit auf Mutter und Kind und Anspre-

chen der Bedürfnisse beider gestaltet, als Vermittler/Filter bei Missverständnissen, als Verstärker der mütterlichen/elterlichen Position bei schwierigen Gesprächen mit den Ärzten und in kontinuierlichem, therapeutischen Sinne das Angebot des „Containments“ (s.u.). Kann über die Zeit der stationären Betreuung diese Grunderfah-

rung und Vertrautheit gemeinsam entwickelt werden, kann später das Gespräch über ähnlich schwierige Erfahrungen in der Vergangenheit nach der Entlassung bei neuen Verunsicherungen oder Sorgen möglich werden. Für das betreuende Fachpersonal bedeutet dies vom o.g. Konflikt entlastet zu werden, da jemand für die Eltern da ist, sie auch ihre Sorgen unfiltriert los werden können, und erleben, dass die Mütter/Eltern freie Valenzen für ihr Kind gewinnen. Für alle Beteiligten ist es die Gewissheit, es kümmert sich jemand um „Sorgenkinder“ auch nach der Entlassung.

Eigene Erfahrungen

Seit Oktober 1997 wurde in der Neonatologie/Intensivmedizin ein derartiges zusätzliches Angebot, vorerst 4,5 Stunden in der Woche, durch mich gemacht. Hier soll der Eindruck geschildert werden, wie dieses Angebot angenommen wurde. Bei der Hälfte der Mütter der Früh(st)-geborenen, erfolgte am Anfang ein „Aus-schütten“, ein längeres Gespräch über eigene Ängste, Emotionen, selbst Erlebtes in Schwangerschaft und Geburt, mit vielen spontanen Assoziationen, Abschwelungen, Wünschen, aber auch Auslassungen. Meist wurde dieses Gespräch anfangs in einem Raum außerhalb der Station gesucht, später kindbezogener und auch beim Kind auf Station, was anfänglich eher gemieden wurde. Hier wurde hilfreich und wichtig: die zentrierte Aufmerksamkeit für Kind und Mutter, die Stützung der Beziehungsentwicklung zum Kind durch gemeinsames Beobachten und Austauschen über das Kind, mit durchaus zugelassenen Abschwei-

fungen zu eigener Befindlichkeit, zu Einbeziehung in Gespräche mit Ärzten und Schwestern.

Auch Hausbesuche möglich

Für die andere Hälfte der Frühcheneltern reichte das anfängliche „Loswerden“ und zusätzliche Kurzkontakte i.S. von frei schwebendem Angebot aus, das sie jederzeit wahrnehmen können. Den Eltern half dies um gegebenenfalls ein Anknüpfen zu akzeptieren oder selber vorzunehmen, wenn später in der kindlichen Entwicklung oder in der Beziehung zueinander Probleme auftreten. Ein therapeutischer Kontakt über die stationäre Betreuung des Kindes auf der NIPS hinaus erfolgte bei Unsicherheiten und Unklarheiten über die kindliche Entwicklung, gefundenen Auffälligkeiten (Syndromklassifizierung), Aufnahme auf anderen Stationen der Kinderklinik, kritischen oder bedrohlichen kindlichen Zustand oder dem Tod eines Kindes. Häufig baten die Familien um Hausbesuche, aber auch längere telefonische Gespräche oder Besuche auf der „neuen Station“ und erlebten sie als Unterstützung.

Kraft für eigentliche Aufgabe

In der Mehrzahl der Fälle benötigten die Familien lediglich ein „Nachfragen, wie es ihnen ginge“, um an die Vertrautheit und Sicherheit der gemeinsamen Zeit auf der NIPS anknüpfen zu können. Aber Allen war dafür eine mit mir gemeinsame „emotionale Erinnerung an diese schwere Zeit und das Verständnis für die Aktivierung „älterer Sorgen und Ängste“ wichtig, dessen sie sich anfangs stets neu versicherten. Ein wichtiger Gesichtspunkt

einer psychotherapeutischen Betreuung von Eltern und Kindern war weiter die Entlastung von Ärzten und vor allem Kinderkrankenpflegerinnen. Vor allem letztere sind stets den manchmal emotional sehr beanspruchten Eltern neben ihrer verantwortlichen Pflege für das Kind ausgesetzt. Dies ist vor allem belastend in kritischen Krankheitsphasen oder gar beim Sterben eines Frühgeborenen. Hier eine Therapeutin neben sich zu wissen, die es versteht, die emotionalen Spannungen aufzugreifen und zu bearbeiten, ist eine wesentliche Entlastung, die wieder Kraft für die eigentliche Aufgabe freisetzt.

Jedes Kind ist einzigartig

Neben dem Gesichtspunkt der „Eltern-Kind-Einheit“ ist die Betrachtungsweise der Individualität des jeweiligen Kindes und der Familie vorrangig gegenüber Gruppenaussagen zu „typischen Frühgeborenen-Karrieren wie „alle bekommen Bewegungs- und Sehstörungen, alle sind extrem sensibel, alle gedeihen nicht wie normale Kinder oder es wächst sich alles aus, sind alle Spätentwickler“ oder „typischen Frühgeboreneneltern“ wie „sind alle überbehütend, können nicht genug an Therapie bekommen, habe alle das Frühgewordentrauma nicht überstanden.“ Sicher ist es für die Familien und Professionellen hilfreich, ungefähre Entwicklungsprognosen im Sinne eines Korridors der Entwicklung des Kindes zu haben. Wenn dann aber alle Beteiligten einen Tunnelblick entwickeln und alles sogar nur in Richtung eines klar vorgegebenen Pfades interpretieren, besteht extrem große Gefahr, dass positive wie negative Aspekte der kindlichen Entwick-

lung und insbesondere seine Individualität nicht wahrgenommen werden.

Entlassung - und was nun?

Die Entlassung des Kindes von der Station nach Hause wird oft sehr euphorisch erlebt. Jetzt trete endlich die Normalität ein, die Probleme seien beendet. Hier ist es wichtig, die Eltern auf die möglicherweise anfänglich erschwerte Interaktion vorzubereiten, damit sie es als Problem wahrnehmen, damit umgehen können und es nicht als persönliches Versagen als Eltern erleben. Paralleles gilt für die Diskrepanz zwischen Lebensalter und Reifealter bei sehr unreifen Frühgeborenen: dem Unterschied zwischen sozialen Fähigkeiten und Bedürfnissen des Kindes und seinen motorischen Fähigkeiten bzw. seiner neurologischen Entwicklung. Nicht selten werden nur Nahrungs- und überhöhte Vorstellungen von Schlafbedürfnissen vermutet und bedient. Bedürfnisse nach Kommunikation werden oft nicht wahrgenommen, beantwortet. Die Kinder werden dann mit Schlaf- oder Schreistörungen in Praxen vorgestellt und möglicherweise eine medizinische Lawine in Gang gesetzt. Durch eine einfache Intervention und ein aufklärendes Gespräch mit den Eltern, das an die gemeinsamen Erfahrungen und Beziehungen aus der Anfangszeit anknüpft, lassen sich da wichtige positive Weichenstellungen für die kindliche Entwicklung erreichen.

> Dr. Sabine Höck, Kinderärztin, Psychotherapeutin

Häufige Probleme	
Die Bewältigungsmechanismen sind individuell unterschiedlich, nicht immer für jeden nachvollziehbar, die Bezogenheit oder das Betroffensein des Personal dem Kind gegenüber (sich auch fühlen als Anwalt des Kindes) kann es erschweren, bestimmte elterliche Reaktionen nachzuvollziehen und tolerieren zu können, z.B. bei Verleugnung der Bedrohung, bei Kontaktvermeidung zum Kind oder Aggressionen gegenüber dem Team u.ä.m. Auch auf elterlicher Seite finden wir ähnliche Konflikte:	> die Verantwortung für das Wohlergehen des Kindes ist in den Händen von Ärzten, Schwestern, technischen Apparaten (wo bleiben sie mit ihrer Ohnmacht, Hilflosigkeit?) > sie müssen Unbekannten vertrauen > sie sind überlastet durch vielfältige Anforderungen (Krankheitsbilder, ungewohnte Umgangsformen mit Kind, technische Apparate, Reaktionen des Verwandten und Bekanntenkreises) > negative Gefühle/Emotionen müssen sie zurückhalten, da sie meinen sie haben kein Recht dazu oder gegenüber dem Personal geht es nicht, da sie ja dankbar sein sollten oder es Folgen für das Kind haben könnte, wenn sie sich „inadäquat“ verhalten.
> können sie Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, die dem Kind gehört?	
> sie wollen eigentlich für ihr Kind zuständig sein und müssen anderen diese Rolle überlassen, weil die es besser können (wo lassen sie ihre Schuld- und Versagensgefühle?)	



Über 450 Früh- und Risikokinder werden jährlich versorgt.

Von Dr. Matthias Grimberg

Neonatologie – Entwicklungen



In der Neonatologie hat sich seit Ende der 80er-Jahre die Prognose auch für sehr unreife Frühgeborene wesentlich verbessert. Auch sehr kleine Frühgeborene können später eine normale Entwicklung nehmen und ein gesundes Leben führen.

Die neonatologische Intensivstation gehört gemeinsam mit der Frauenklinik zum Perinatalzentrum München III der höchsten Versorgungsstufe. Über die Regelversorgung hinaus können hier jederzeit alle schwereren Erkrankungen von Schwangeren, Früh- und Neugeborenen behandelt werden. Beide Kliniken sind in der Schwangerschafts-, Geburts- und

Neugeborenenzeit diagnostisch, präventiv, therapeutisch und operativ-invasiv ein ausgewiesenes Zentrum für Risikoschwangerschaften.

Der Begriff der Neonatologie leitet sich aus dem Griechischen und Lateinischen ab und bedeutet „Neos-Neu“ und „natales-Geburt“. Neonatologie bezeichnet die aufgrund wissenschaftlich fundierter

Erkenntnisse optimierte Versorgung von Neu- und Frühgeborenen.

Chancen der sehr kleinen Frühgeborenen dramatisch verbessert

Die Versorgung der Neugeborenen hat sich in den letzten Jahren zunehmend günstig auf die Prognose sehr kleiner Frühgeborener ausgewirkt. Durch die we-

sentlich verbesserte pränatale Schwangerschaftsbetreuung, die Vermeidung von Infektionen bei Mutter und Kind, wesentlich modernisierte Beatmungstechniken, die apparative Intensivmedizin, aber auch den wohl dosierten und auf klinische Erfahrung begründeten Verzicht auf invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen hat sich die Prognose auch sehr unreifer Frühgeborener wesentlich verbessert. Durch Entwicklung des Surfactant-Medikamentes Ende der 80er Jahre und durch eine pränatal durchgeführte Lungenreifebehandlung der werdenden Mütter konnte das früher oft letale Atemnotsyndrom behandelt werden.

Die Überlebenschancen sehr kleiner Neu- und Frühgeborener haben sich derart dramatisch verbessert, dass heute auch sehr kleine Frühgeborene später eine normale Entwicklung nehmen und ein gesundes Leben führen können. Auch die Qualitäts-sicherungsmaßnahmen durch die Bayerische Perinatalstudie und die bayerische

Neonatalstudie, an der Harlaching von Anfang an seit über dreißig Jahren an beteiligt war, haben zum Erfolg beigetragen.

2.000 Geburten pro Jahr

Im Klinikum Harlaching werden jährlich circa 2.000 Geburten betreut. Darüber hinaus versorgt die Harlachinger Kinderklinik das Klinikum Neuperlach im Rahmen eines Konsiliardienstes und umliegende Geburtskliniken bei Bedarf. Zusammen gehören zum Einzugsgebiet von Harlaching etwa 3.500 Geburten. Über 450 Patienten werden im Jahr in der Neonatologie behandelt, wovon 40 bis 50 Patienten mit einem Geburtsgewicht < 1.500 Gramm geboren werden.

Vorbildliche Kooperation

Durch die engste und vorbildliche hausinterne Kooperation zwischen der Geburtshilfe und der Neonatologie bietet das Mutter-Kind-Zentrum Süd den werdenden Eltern sowie ihren Kindern eine

umfassende Versorgung rund um die Geburt und begleitet sie auch in kritischen Phasen durch ein geschultes medizinisches sowie psychologisches Team.

Leistungszahlen

- > In München kommen pro Jahr durchschnittlich 17.000 bis 18.000 Neugeborene auf die Welt. 2005 waren es exakt 17.493 Babys (Perinatalstatistik 2005).
- > Davon sind durchschnittlich 8% Frühgeborene < 37. Schwangerschaftswoche und 1% Sehr-Früh-Geborene unter/bis 1.500 Gramm und < 32. Schwangerschaftswoche.
- > Im Jahr 2005 kamen im Städtischen Klinikum München GmbH 3.752 Neugeborene zur Welt, davon im Klinikum Harlaching 1.935 (Perinatalstatistik 2005).
- > 2006 kamen im Klinikum Harlaching 2.028 Kinder auf die Welt, davon 393 Früh- und Risikoneugeborene und 41 Sehr-Früh-Geborene (Neonatalstatistik der BAQ).

Besondere Angebote zur Betreuung von Früh- und Risikokindern

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> > Enge Kooperation mit der Kinderchirurgie des Klinikums Schwabing > Psychotherapeutische Begleitung von Eltern Frühgeborener durch Dr. Sabine Höck (Kinderärztin und Psychotherapeutin) > Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge: Medizinische, entwicklungspsychologisch-pädagogische sowie pflegerische Nachsorge in ihrer Entwicklung gefährdeter Kinder und Frühgeborener sowie chronisch kranker Kinder nach ihrer Entlassung aus der oft langen stationären Behandlung > Frühchengruppe für Mütter > Laktations- und Stillberatung für Mütter Frühgeborener | <ul style="list-style-type: none"> > Frühchengruppe für Mütter > Laktations- und Stillberatung für Mütter Frühgeborener |
|--|---|

> **Prof. Dr. Reinhard Roos, Chefarzt**
Telefon 089 / 62 10 - 27 20

Dr. Matthias Grimberg, Oberarzt, Leitung Neonatologie

Telefon 089 / 62 10 - 27 42

über die Station

Telefon 089 / 62 10 - 27 41

Dr. Armin Gehrmann

Telefon 089 / 62 10 - 27 14

Dr. Wolfgang Brunnhölzl

Telefon 089 / 62 10 - 27 30

Dipl.Päd. U. Köhler-Sarimski

über die Station

Telefon 089 / 62 10 - 27 41

Von Dr. Sabine Höck

Frühgeburt als Trauma?



Beratungsangebote für Familien mit sehr kleinen Frühgeborenen aus dem Blickwinkel kindlicher Aspekte. Warum ist eine begleitende und nachsorgende Psychotherapie erforderlich?

Bei der perinatalen Betreuung von Risikogeburten und -kindern, auch oft extrem unreifen Frühgeborenen, hat sich in den letzten Jahren einiges verändert. In der Geburtsführung, in der intensivmedizinischen Therapie, in der pflegerischen Betreuung und im Zusammenwirken beteiligter Berufsgruppen werden individuelle Probleme und psychosoziale Aspekte der Betroffenen stärker berücksichtigt.

Neues Denken in der Neonatologie

Dies zeigt sich in der veränderten Routine medizinischer Betreuung, im frühen Einbeziehen der Neonatologen bei zu erwartender Frühgeburt, in der persönlicheren Gestaltung der Räume (Kreißsaal, Intensivstation) und in der Förderung der Beziehungsentwicklung von Kind und Mutter/Vater unter erschwerten Bedingungen. Dies erfolgt z.B. durch „Vaterentbindungen“, durch frühere und stärkere Einbeziehung der Eltern in die Betreuung der Neugeborenen, durch offeneren Zugang zu der Station, Unterstützung des Kontaktes zum Kind, im Umgang mit dem Kind und in der gestiegenen Toleranz und dem Verständnis für die Eltern durch das Personal in der Vorstellung,

dass „diese ein Trauma erlitten haben“. Wir sehen ein wesentliches Trauma in der Vorzeitigkeit, d.h. wichtige Entwicklungsprozesse werden frühzeitig unterbrochen: die der Kindwerdung und die der Elternwerdung. Für das Kind bedeutet das einen Abbruch der Entwicklung unter den vorgegebenen Bedingungen: Im „Container“ Mutter fand es bekannte Rhythmen (Herzschlag, Gefäß-, Verdauungsgeräusche), ein vertrautes Medium (Fruchtwasser), ein Angebot modifizierter Reize (gedämpftes Licht und Geräusch, komplexe Mitteilung über den Resonanzkörper „Mutter“). Seine Raumerfahrung, die sich sonst langsam und kontinuierlich verändert (von weit zu eng begrenzt, von groben zu feinen Bewegungen mit zunehmendem Kontakt zum eigenem Körper), wird ebenso abrupt verändert wie das Ansprechen seiner Nahsinne, seine eingespielten Reaktionsweisen im Dialog mit der Mutter (im Tagesrhythmus, Bewegung/Ruhe/ Lageveränderungen). Durch die plötzliche Entbindung werden seine Kompensationskräfte, möglicherweise vorher schon stark beansprucht, oft überschritten. Für das Kind bedeutet dies auch einen ganz anderen psychischen

und körperlichen Bezug zur Mutter. Aufgrund dieser Gefährdung gehen alle beteiligten Professionellen davon aus, den Eltern Verständnis- und Gesprächsangebote zu machen und den Kindern ein hohes Maß an individueller umsorgender Betreuung gewährleisten zu müssen.

Emotional wärmeres Klima, dennoch Konflikte

Dies wird deutlich am emotional spürbar „wärmeren“ Klima auf diesen Stationen. Trotzdem kommt es oft zu Konflikten im Betreuungsteam: Die professionelle Aufmerksamkeit auf der Neugeborenen-Intensivstation muss vorrangig den Kindern, weniger den Eltern gelten. Es ist nicht immer einfach, die richtige Mitte (Balance) zwischen medizinischen Erfordernissen und berechtigten Wünschen der Eltern zu finden, mit einbezogen und mitbestimmen zu können. Bei wechselnden kindlichen Zuständen, bei vielen „bedürftigen Kindern“ ist die zeitliche und emotionale Kapazität der Schwestern und Ärzte manchmal nicht ausreichend, oder es entsteht der Konflikt, wessen Bedürfnisse nun gerade Vorrang haben.



Eine Handvoll
Leben – ein
Frühgeborenes
noch zu schwach
zum Atmen.

Zusätzliches Angebot sinnvoll

Deshalb sind zusätzliche Angebote sinnvoll und es ist notwendig, diese Konflikte und Probleme, die zu ernststen Beziehungsstörungen der Eltern-Kind-Interaktion und dadurch langfristige Gefährdung der kindlichen Entwicklung führen können, durch andere Personen bearbeiten zu lassen. Diese sollten einerseits nicht direkt in die Betreuung des Kindes zeitlich und emotional involviert sein, sollen keine Verantwortung oder Entscheidungen fürs Kind tragen, und andererseits mit den Problemen der Neonatologie bestens vertraut sein. Was ist nun mit begleitender und nachsorgender Psychotherapie gemeint? Beratungsangebote in diesem Zeitraum lassen sich am besten mit dem Begriff des Containments beschreiben.

Der Begriff des Containments meint:

- > etwas loswerden – nicht mehr bei sich haben / für bestimmte Zeit, für immer wie Verantwortung, starke schwer aushaltbare Emotionen
- > etwas aufbewahren – sicher aufgehoben, aber erinnerbar wissen, (Geschichte, Gefühle, pränatales Wunschkind)
- > etwas hineingeben, das sich (ver)ändern soll wie unausgegrenzte, unsortierte, unbewertetes, soziale Form nicht beachtende Gefühle
- > sich aufbewahrt, gehalten, beachtet, angenommen fühlen, einen schützenden, nicht reglementierenden, aber auch nährenden Platz finden,
- > einen Platz haben, an dem etwas ausgehalten wird,

- > sich gestärkt fühlen, in elterlicher Position, im Selbstwert, zum Kind zu den Professionellen hin
- > sich seiner eigenen Containerfunktion gegenüber dem Kind bewusst werden.

Der erste Kontakt

In der Anfangs/Kontaktphase mit den Eltern ist das Kind, das Erleben, Empfinden dazu, die Geschichte bis zur Intensivstation stets der Ausgangspunkt. Diese Kontaktphase erfolgt keinesfalls analysierend aufdeckend oder bearbeitend, sondern emotional aufnehmend, stützend, stärkend in der mütterlichen oder elterlichen Position und unterstützend, vermittelnd in der Beziehung zum Kind und eventuell zum Fachpersonal. Fürs Kind ist das Wichtigste, nach seinen individuellen und

momentanen Befindlichkeiten und Ausdrucksmöglichkeiten zu suchen und die Beziehungsentwicklung von Kind und Eltern zu fördern. Es ist das Angebot als Blitzableiter, der keinen Schaden nimmt, als ein Ruhepunkt bei Unruhe auf der Station oder am Kind, mit zentrierter Aufmerksamkeit auf Mutter und Kind und Anspre-

chen der Bedürfnisse beider gestaltet, als Vermittler/Filter bei Missverständnissen, als Verstärker der mütterlichen/elterlichen Position bei schwierigen Gesprächen mit den Ärzten und in kontinuierlichem, therapeutischen Sinne das Angebot des „Containments“ (s.u.). Kann über die Zeit der stationären Betreuung diese Grunderfah-

rung und Vertrautheit gemeinsam entwickelt werden, kann später das Gespräch über ähnlich schwierige Erfahrungen in der Vergangenheit nach der Entlassung bei neuen Verunsicherungen oder Sorgen möglich werden. Für das betreuende Fachpersonal bedeutet dies vom o.g. Konflikt entlastet zu werden, da jemand für die Eltern da ist, sie auch ihre Sorgen unfiltriert los werden können, und erleben, dass die Mütter/Eltern freie Valenzen für ihr Kind gewinnen. Für alle Beteiligten ist es die Gewissheit, es kümmert sich jemand um „Sorgenkinder“ auch nach der Entlassung.

Eigene Erfahrungen

Seit Oktober 1997 wurde in der Neonatologie/Intensivmedizin ein derartiges zusätzliches Angebot, vorerst 4,5 Stunden in der Woche, durch mich gemacht. Hier soll der Eindruck geschildert werden, wie dieses Angebot angenommen wurde. Bei der Hälfte der Mütter der Früh(st)-geborenen, erfolgte am Anfang ein „Aus-schütten“, ein längeres Gespräch über eigene Ängste, Emotionen, selbst Erlebtes in Schwangerschaft und Geburt, mit vielen spontanen Assoziationen, Abschwelungen, Wünschen, aber auch Auslassungen. Meist wurde dieses Gespräch anfangs in einem Raum außerhalb der Station gesucht, später kindbezogener und auch beim Kind auf Station, was anfänglich eher gemieden wurde. Hier wurde hilfreich und wichtig: die zentrierte Aufmerksamkeit für Kind und Mutter, die Stützung der Beziehungsentwicklung zum Kind durch gemeinsames Beobachten und Austauschen über das Kind, mit durchaus zugelassenen Abschwei-

fungen zu eigener Befindlichkeit, zu Einbeziehung in Gespräche mit Ärzten und Schwestern.

Auch Hausbesuche möglich

Für die andere Hälfte der Frühcheneltern reichte das anfängliche „Loswerden“ und zusätzliche Kurzkontakte i.S. von frei schwebendem Angebot aus, das sie jederzeit wahrnehmen können. Den Eltern half dies um gegebenenfalls ein Anknüpfen zu akzeptieren oder selber vorzunehmen, wenn später in der kindlichen Entwicklung oder in der Beziehung zueinander Probleme auftreten. Ein therapeutischer Kontakt über die stationäre Betreuung des Kindes auf der NIPS hinaus erfolgte bei Unsicherheiten und Unklarheiten über die kindliche Entwicklung, gefundenen Auffälligkeiten (Syndromklassifizierung), Aufnahme auf anderen Stationen der Kinderklinik, kritischen oder bedrohlichen kindlichen Zustand oder dem Tod eines Kindes. Häufig baten die Familien um Hausbesuche, aber auch längere telefonische Gespräche oder Besuche auf der „neuen Station“ und erlebten sie als Unterstützung.

Kraft für eigentliche Aufgabe

In der Mehrzahl der Fälle benötigten die Familien lediglich ein „Nachfragen, wie es ihnen ginge“, um an die Vertrautheit und Sicherheit der gemeinsamen Zeit auf der NIPS anknüpfen zu können. Aber Allen war dafür eine mit mir gemeinsame „emotionale Erinnerung an diese schwere Zeit und das Verständnis für die Aktivierung „älterer Sorgen und Ängste“ wichtig, dessen sie sich anfangs stets neu versicherten. Ein wichtiger Gesichtspunkt

einer psychotherapeutischen Betreuung von Eltern und Kindern war weiter die Entlastung von Ärzten und vor allem Kinderkrankenpflegerinnen. Vor allem letztere sind stets den manchmal emotional sehr beanspruchten Eltern neben ihrer verantwortlichen Pflege für das Kind ausgesetzt. Dies ist vor allem belastend in kritischen Krankheitsphasen oder gar beim Sterben eines Frühgeborenen. Hier eine Therapeutin neben sich zu wissen, die es versteht, die emotionalen Spannungen aufzugreifen und zu bearbeiten, ist eine wesentliche Entlastung, die wieder Kraft für die eigentliche Aufgabe freisetzt.

Jedes Kind ist einzigartig

Neben dem Gesichtspunkt der „Eltern-Kind-Einheit“ ist die Betrachtungsweise der Individualität des jeweiligen Kindes und der Familie vorrangig gegenüber Gruppenaussagen zu „typischen Frühgeborenen-Karrieren wie „alle bekommen Bewegungs- und Sehstörungen, alle sind extrem sensibel, alle gedeihen nicht wie normale Kinder oder es wächst sich alles aus, sind alle Spätentwickler“ oder „typischen Frühgeboreneneltern“ wie „sind alle überbehütend, können nicht genug an Therapie bekommen, habe alle das Frühgewordentrauma nicht überstanden.“ Sicher ist es für die Familien und Professionellen hilfreich, ungefähre Entwicklungsprognosen im Sinne eines Korridors der Entwicklung des Kindes zu haben. Wenn dann aber alle Beteiligten einen Tunnelblick entwickeln und alles sogar nur in Richtung eines klar vorgegebenen Pfades interpretieren, besteht extrem große Gefahr, dass positive wie negative Aspekte der kindlichen Entwick-

lung und insbesondere seine Individualität nicht wahrgenommen werden.

Entlassung - und was nun?

Die Entlassung des Kindes von der Station nach Hause wird oft sehr euphorisch erlebt. Jetzt trete endlich die Normalität ein, die Probleme seien beendet. Hier ist es wichtig, die Eltern auf die möglicherweise anfänglich erschwerte Interaktion vorzubereiten, damit sie es als Problem wahrnehmen, damit umgehen können und es nicht als persönliches Versagen als Eltern erleben. Paralleles gilt für die Diskrepanz zwischen Lebensalter und Reifealter bei sehr unreifen Frühgeborenen: dem Unterschied zwischen sozialen Fähigkeiten und Bedürfnissen des Kindes und seinen motorischen Fähigkeiten bzw. seiner neurologischen Entwicklung. Nicht selten werden nur Nahrungs- und überhöhte Vorstellungen von Schlafbedürfnissen vermutet und bedient. Bedürfnisse nach Kommunikation werden oft nicht wahrgenommen, beantwortet. Die Kinder werden dann mit Schlaf- oder Schreistörungen in Praxen vorgestellt und möglicherweise eine medizinische Lawine in Gang gesetzt. Durch eine einfache Intervention und ein aufklärendes Gespräch mit den Eltern, das an die gemeinsamen Erfahrungen und Beziehungen aus der Anfangszeit anknüpft, lassen sich da wichtige positive Weichenstellungen für die kindliche Entwicklung erreichen.

> Dr. Sabine Höck, Kinderärztin, Psychotherapeutin

Häufige Probleme	
Die Bewältigungsmechanismen sind individuell unterschiedlich, nicht immer für jeden nachvollziehbar, die Bezogenheit oder das Betroffensein des Personal dem Kind gegenüber (sich auch fühlen als Anwalt des Kindes) kann es erschweren, bestimmte elterliche Reaktionen nachzuvollziehen und tolerieren zu können, z.B. bei Verleugnung der Bedrohung, bei Kontaktvermeidung zum Kind oder Aggressionen gegenüber dem Team u.ä.m. Auch auf elterlicher Seite finden wir ähnliche Konflikte:	> die Verantwortung für das Wohlergehen des Kindes ist in den Händen von Ärzten, Schwestern, technischen Apparaten (wo bleiben sie mit ihrer Ohnmacht, Hilflosigkeit?) > sie müssen Unbekannten vertrauen > sie sind überlastet durch vielfältige Anforderungen (Krankheitsbilder, ungewohnte Umgangsformen mit Kind, technische Apparate, Reaktionen des Verwandten und Bekanntenkreises) > negative Gefühle/Emotionen müssen sie zurückhalten, da sie meinen sie haben kein Recht dazu oder gegenüber dem Personal geht es nicht, da sie ja dankbar sein sollten oder es Folgen für das Kind haben könnte, wenn sie sich „inadäquat“ verhalten.
> können sie Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, die dem Kind gehört?	
> sie wollen eigentlich für ihr Kind zuständig sein und müssen anderen diese Rolle überlassen, weil die es besser können (wo lassen sie ihre Schuld- und Versagensgefühle?)	

Von Eva Hesse und Dr. Armin Gehrmann

Modellprojekt Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge



Seit 2003 wurde im Rahmen des Modellprojekts Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge systematisch die strukturierte Betreuung von ehemaligen Früh- und Risikoneugeborenen nach dem stationären Aufenthalt ausgebaut.

Die Neonatologische Intensivstation der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Harlaching bietet speziell für Frühgeborene, Risikokinder, chronisch kranke Kinder und ihre Familien im Rahmen der Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge Begleitung und Unterstützung dieser Kinder und ihrer Familien über die Zeit des sta-

tionären Aufenthaltes hinaus an. Ziel ist es, eine bestmögliche Entwicklung der ehemaligen Früh- und Risikoneugeborenen nach der Entlassung aus der stationären Betreuung zu gewährleisten und die Elternkompetenz nachhaltig zu stärken. „Die Rate langfristiger kognitiver, sprachlicher und sozialer Entwicklungs-

störungen variiert in Abhängigkeit von der Unreife der Babys bei Geburt, dem Auftreten neurologischer Schädigungen und vor allem der Entwicklungsumgebung, in der die Kinder aufwachsen.“ (Sarimski, 2000). Dies zeigen die Bayerische Entwicklungsstudie (Riegel et al, 1995; Wolke und Meyer, 1999) sowie

die Mannheimer Risikokinderstudie. Die Möglichkeiten der Intervention nach der Klinikentlassung von in ihrer Entwicklung gefährdeten Risikokindern durch die Stärkung der elterlichen Kompetenz in der Erkennung und Lösung kindlicher Probleme ist bislang viel zu wenig genutzt worden. Das Modellprojekt Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge zieht die direkte Konsequenz aus den vorliegenden wissenschaftlichen Studienergebnissen zur Entwicklung gefährdeter Kinder. Ziel der strukturierten Nachsorge ist es, die elterliche Kompetenz durch ein schrittweises „Abnabeln“ von der Klinik aufzubauen – so lange, wie es die individuellen Bedürfnisse von Kind und Familie erfordern. Dazu gehört es auch, Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und ggf. Hilfestellungen zu geben, diese schnellstmöglich zu korrigieren.

Hilfe zur Selbsthilfe

Die strukturierte Nachsorge erfolgt im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe so lange, wie es die individuellen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien erfordern. Sie umfasst medizinisch-entwicklungsneurologische, entwicklungspsychologische/-pädagogische und pflegerische Begleitung und Beratung nach der Entlassung aus der stationären Betreuung – je nach individuellem Bedarf der Kinder und ihrer Familien. Die Nachsorge erfolgt kooperativ nach dem Prinzip „So viel wie nötig, so wenig wie möglich in der Klinik“.

Modellprojekt

Die Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge wurde 2003 als Modellprojekt begonnen und wird vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und dem gemeinnützigen Förderverein Harl.e.kin e.V. finanziert. Recht-

licher Träger ist der Harl.e.kin e.V. Seit 01.07.2007 ist die Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge als sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung durch die Spitzenverbände der bayerischen Krankenkassen anerkannt.

Kooperationspartner sind

- > die Neonatologische Intensivstation / Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- > die Medizinische Abteilung der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, Dr. Sabine Höck,
- > der Mobile Dienst der Frühförderstelle III der Lebenshilfe München e.V., Dipl. Päd. Ursula Köhler-Sarimski.

- > **Dr. Armin Gehrmann, Leitung**
Telefon 089 / 62 10 - 27 14
- > **Dr. Mathias Grimberg, K9**
Telefon 089 / 62 10 - 27 41



Strukturierte Nachsorge will Früh- und Risikokindern die beste Entwicklung ermöglichen.

Leistungszahlen 2003 - 2005

im medizinischen Bereich:

> 2003: 179 Vorstellungen bei 111 Familien

> 2004: 207 Vorstellungen bei 146 Familien

im psychosozialen Bereich: 161 Kontakte bei 22 Familien

im pflegerischen Bereich (Start 1.11.2003): 220 Kontakte bei 39 Familien

2005 wurden betreut:

> Im medizinischen Bereich: 220 Vorstellungen bei 131 Familien

> Im psychosozialen Bereich: 156 Kontakte bei 30 Familien

> Im pflegerischen Bereich: 198 Kontakte

Systematischer Auf- und Ausbau

Die Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge wurde im Rahmen des Projektzeitraums 2003-2005 systematisch auf- und ausgebaut. Zu Etappen zählten z.B. die Erweiterung der Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge um zwei weitere Stationen der Kinderklinik mit einer eigenen für die dortige Nachsorge zuständigen Schwester, Erweiterung der Patientengruppe um 2-3-Jährige im Rahmen der Gemeinsamen Sprechstunde, Angebot einer

wöchentlich stattfindenden Frühchen-Gruppe für Mütter durch eine Krankengymnastin mit stationärer und ambulanter Erfahrung.

Perspektiven

Im April 2006 hat die Übertragung des Modellprojekts auf andere Kliniken in Bayern begonnen. In Harlaching ist die Weiterführung und der Ausbau der Nachsorge auf dem erreichten Niveau und die Erweiterung der Patientengruppe um 3-5-Jährige geplant.

Von Prof. Dr. Reinhard Roos

Rotavirusinfektionen, altes Problem – neue Lösungen



Rotaviren führen zu lästigen Durchfallerkrankungen. Fast jedes Kind erkrankt bis zum Ende des 2. Lebensjahres. Viele müssen stationär behandelt werden. Jetzt stehen Impfungen zur Verfügung.

Eine Krankheitsgeschichte: Im Februar wurde der 8 Monate alte Bub Hans Müller (frei erfunden) stationär aufgenommen. Seit circa 1 Tag war er nicht mehr gut „drauf“, verweigerte das Essen und jetzt auch das. Dazu kamen dann Fieber, Erbrechen und häufige wässrige Durchfälle mit heftigen Bauchschmerzen. Die Mutter kam mit dem Wechseln der Windeln kaum noch nach, der Po wurde zunehmend wund. Hans verfiel zusehends, wurde apathisch und reagierte kaum noch. Die Augen lagen tief in der Augenhöhle, Lippen und Zunge waren ganz trocken, der Bauch eingefallen und total faltig. Hans erhielt eine Infusionslösung. Schon ein paar Stunden später ging es ihm wesentlich besser, die Durchfälle und die Bauchschmerzen hielten aber noch zwei Tage an. Erst langsam fing Hans wieder an zu trinken, erhielt eine Spezialmilch. In seinem Stuhl wurden Rotaviren nachgewiesen. Nach drei Tagen war er wieder soweit hergestellt, dass er nach Hause entlassen werden konnte, aber erst nach einer Woche war er wieder der „Alte“. Jetzt aber waren sein Vater und seine

Großmutter auch erkrankt. Die Großmutter, sowieso nicht mehr ganz fit, musste wegen der Gastroenteritis ebenfalls in die Klinik, der Vater hat die Krankheit „stehend“ durchgemacht. So sieht der klassische Verlauf einer Rotavirusinfektion in einer Familie aus.

Die Krankheitslast

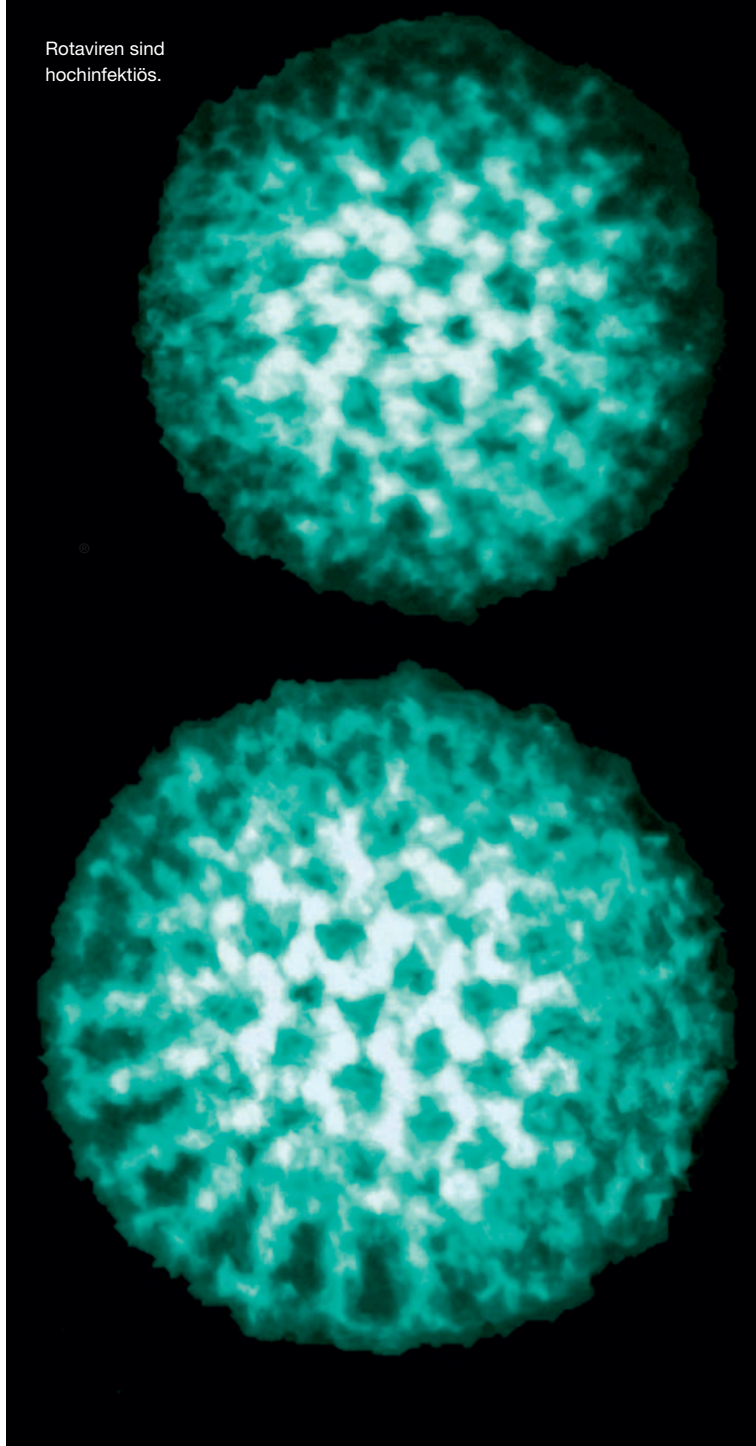
In Harlaching wurden allein im Februar und März 2006 knapp 300 junge Säuglinge und Kleinkinder mit einer Rotavirus-Gastroenteritis behandelt. Zwar konnten alle die Klinik wieder fast gesund verlassen, trotzdem war dies für die betroffenen Kinder und Familien kein erfreuliches Erlebnis. Viel katastrophaler wirken sich Rotaviren in tropischen Ländern mit mangelnder medizinischer Versorgung aus. Sehr viele Kinder versterben dort an Rotavirusinfektionen. Rotaviren verursachen aber nicht nur eine Gastroenteritis sondern auch andere Symptome, wie Infekte der oberen Luftwege, aber auch vereinzelt Fälle von Enzephalopathie, was sich in Krampfanfällen, Apathie, Atemstörungen und sehr selten in bleibenden

neurologischen Schädigungen manifestiert. Rotaviren wurden beim Menschen in Blut, Leber, Niere, Blase, Hodengewebe, nasalen Sekreten als auch im Liquor und Hirngewebe nachgewiesen.

Epidemiologie

Praktisch jedes Kind erkrankt innerhalb der ersten zwei Lebensjahre, meist im Winter, an einer Rotavirus-Infektion. Dies zeigt, dass Rotaviren sehr ansteckend sind. Sie werden über den Stuhl 2 Tage vor der Erkrankung und bis zu 10 Tage nach Krankheitsbeginn in großen Mengen, wohl auch in Atemwegssekreten ausgeschieden. Sie überleben auf Oberflächen (z.B. Spielzeug und Händen) sehr lange und können so leicht übertragen werden. Schon ganz geringe Mengen (geschätzt 1–100 Viren) von Rotaviren können eine Infektion auslösen. Ungefähr 90 % der Kinder können zu Hause versorgt werden. Die richtige Diät ist dabei das Entscheidende. Die Kinder brauchen viel Flüssigkeit – häufig und in kleinen Mengen. Gestillte Kinder sollen weiter gestillt werden, Stillen schützt aber

Rotaviren sind
hochinfektiös.



nicht sicher vor einer Erkrankung. „Flaschenkinder“ sollten Milch bekommen, die unter der Bezeichnung „Durchfalldiät“ erhältlich ist. Etwa jedes zehnte Kind, das an Rotaviren erkrankt ist, muss stationär behandelt werden. In Deutschland werden jährlich mindestens 12.000 (wahrscheinlich bis zu doppelt so viele) Kinder wegen Rotaviren im Krankenhaus behandelt. Leider hinterlassen Rotaviren keine lange Immunität. Bereits nach zwei Jahren kann man wieder erkranken, wie das Beispiel des Vaters und der Großmutter zeigt. Weiter gibt es verschiedene Serotypen (bis zu 12), wovon in Deutschland aber nur 5 relativ häufig sind. Das könnte sich aber in den kommenden Jahren noch ändern.

Neue Entwicklungen

Es gibt einen Ausweg aus dieser misslichen Lage. Ein Impfstoff (Rotarix®) gegen Rotavirusinfektionen ist jetzt verfügbar, die Zulassung eines weiteren Impfstoffes (RotaTeq®) in Deutschland steht kurz bevor. Beide sind weltweit in über 100 Ländern zugelassen, in z.B. Mexiko schon in die Standardimpfprogramme integriert. Beide Impfstoffe sind sehr gut wirksam und verhindern mit ca. 90 %iger Wahrscheinlichkeit schwere Rotavirus-Infektionen, also z.B. eine stationäre Behandlung.

Rotarix® ist ein attenuierter Rotavirus-Impfstoff. Rotarix® wird in nur zwei Dosen im Alter von ca. 2 und 4 Monaten appliziert. Der Impfstoff wurde an > 63.000 Probanden weltweit multizentrisch, doppelt-blind und randomisiert getestet. Der Impfstoff zeigt eine ca. 90%ige Effektivität gegenüber schweren Rotavirusinfekti-

onen und lässt fast immer eine stationäre Betreuung vermeiden. Der Schutz ist besonders gut gegenüber den Serotypen G1, G3, G4 und G9, etwas schwächer gegenüber dem in Europa seltenen Stamm G2. Die Nebenwirkungsrate wie Fieber, Erbrechen und Diarrhoe des Impfstoffes war nicht höher als die des Placebopräparates. Die Rate der Invagination war bei den geimpften Probanden statistisch geringer als bei den Probanden, die Placebo erhielten.

Die gleichzeitige Gabe von sämtlichen derzeit gebräuchlichen Mehrfachimpfstoffen entsprechend den derzeit üblichen Impfempfehlungen z.B. in Europa ist möglich. Rotarix ist durch die EMEA für Europa zugelassen.

Impfstoff RotaTec®

Bei RotaTec® handelt es sich um einen Rotavirus-Impfstamm bovinen Ursprungs. Der Impfstoff erfordert drei Impfdosen, die erste soll im Alter von 6 – 12 Wochen er-

folgen, die zweite und dritte je 4 Wochen später. In großen placebo-kontrollierten doppel-blinden und multizentrischen Studien an über 60.000 Probanden führte die Impfung zu einer Prävention von 98 % von schweren Rotavirus-Infektionen und verhinderte in 96 % Rotavirus-assoziierte Krankenhausbehandlungen.

Nebenwirkung

Der Impfstoff war nicht mit einer erhöhten Rate an Invaginationen verknüpft. Die Nebenwirkungsrate einschließlich Fieber, Erbrechen und Durchfall des Impfstoffes war ebenfalls nicht höher als die des Placebopräparates. RotaTec® ist in den USA zugelassen bzw. steht kurz davor, in Europa durch die ENEA zugelassen zu werden. Die Entwicklung der beiden Impfstoffe war durch ein Problem belastet, das aber gelöst erscheint. Es gab vor ca. 10 Jahren schon einen Impfstoff, der in den USA als Standard-Impfung eingeführt wurde. Kurze Zeit schien es nach der Impfung zu einer Zunahme von sog. Invaginationen zu kommen. Eine Invagination ist eine Einstülpung von Darm in „stromabwärts“ liegende Darmanteile, oft im Dickdarmbereich. Sie tritt besonders häufig im zweiten Lebenshalbjahr auf. Eine Invagination ist äußerst schmerzhaft und kann zur Darmblutung und Absterben von Darmanteilen führen. Glücklicherweise gelingt es in aller Regel, die Einstülpung durch einen Darmeinlauf zu reponieren, eine Operation kann also meist vermieden werden. Trotzdem ist sie eine sehr ernste und sehr gefährliche Erkrankung.

Die scheinbare Häufung von Invaginationen nach Impfungen gegen Rotaviren

führte dazu, dass dieser alte Impfstoff in den USA vom Markt genommen wurde, in Deutschland wurde er nie eingesetzt. Nachuntersuchungen haben Zweifel ergeben, ob die Häufung von Invaginationen nach Impfung tatsächlich statistisch signifikant war, oder ob es sich nicht nur um eine zufällige zeitliche Assoziation gehandelt hat. Die Entwicklung der neuen Impfstoffe gegen Rotaviren war also mit dieser negativen Vorerfahrung belastet. Entsprechend wurde in den ausgedehnten randomisierten und doppelt-blinden Studien besonders darauf geachtet, ob es nach Impfungen zu Invaginationen kommen würde. Ergebnis war, dass dies nicht der Fall war. In einer Studie waren Invaginationen in der geimpften Gruppe sogar seltener als in der Kontrollgruppe. Man kann also nach heutiger Erkenntnis davon ausgehen, dass das Problem der Invaginationen vom Tisch ist.

Frühzeitig geschützt

Der Impfstoff Rotarix® und wahrscheinlich auch RotaTec® sind derzeit nur zur Anwendung in den ersten 6 Lebensmonaten zugelassen, in einem Alter, wo Invaginationen von Haus aus sehr selten sind. Das macht auch Sinn, denn das Risiko der schweren Rotavirus-Infektion beginnt ja im 6. Lebensmonat und dann sollen die Kinder bereits geschützt sein.

Wir stehen kurz davor eine weitere sehr lästige und mit viel Leid verknüpfte Kinderkrankheit beherrschen zu können.

> Prof. Dr. Reinhard Roos, Chefarzt

Telefon 089 / 62 10 – 27 20

e-Mail r.roos@khhm.de



Prof. Dr.
Reinhard
Roos,
Chefarzt

Von Prof. Dr. Reinhard Roos

Pädiatrische Infektiologie



Infektionen treten im Kindesalter sehr häufig auf. Zu den „soft skills“ der Kinderklinik Harlaching gehört eine infektiologische Kompetenz, die sich in zahlreichen Beratungen niedergelassener Kollegen aus dem ganzen Bundesgebiet in nicht alltäglichen infektiologischen Problemen manifestiert.

Infektionen treten im Kindesalter besonders häufig auf. Bei niedergelassenen Kollegen und in Kinderkliniken spielen Infektionskrankheiten auch zahlenmäßig eine absolut dominierende Rolle. Die Kompetenz, Infektionskrankheiten zu behandeln, ist also weit gestreut. Warum soll dann die Infektiologie als Schwerpunkt der Kinderklinik genannt werden? Das ist nicht auf den ersten Blick einleuchtend.

Besonderheit der Infektiologie

Die Infektiologie stellt unter allen klinischen Disziplinen eine Besonderheit dar. Sie „verfügt“ weder über spezielle Prozeduren und nur sehr eingeschränkt über „eigene“ Patienten. Nicht einmal die diagnostische Mikrobiologie ist „ihr“ Feld, diese wird durch die Mikrobiologie vertreten. Die Kardiologen betreiben die Echokardiographie und das EKG, die Gastroenterologen die Endoskopie, die Neurologen das EEG und andere neurophysiologische Untersuchungstechniken, die Onkologen die Chemotherapie und so weiter. Die Neonatologen wiederum versorgen eine ganze Bevölkerungsgruppe, das sind die Neu- und Frühgeborenen. Infektiologien können da höchstens das

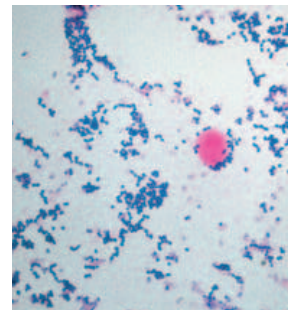
Wissen über die Zusammenhänge zwischen mikrobiologischen Befunden und klinischer Symptomatik und die optimale und kostensparende Diagnostik und Therapie von Infektionskrankheiten für sich reklamieren. Schließlich treten heute Infektionen vor allem bei Patienten auf, die wegen anderer Grundkrankheiten stationär behandelt werden, wie z.B. sehr unreife Frühgeborene, Kinder nach Operationen, bei onkologischen Erkrankungen etc. Die klassischen Infektionskrankheiten sind heute – abgesehen von den Gastroenteritiden und Erkrankungen nach Reisen in vor allem südliche Länder - in der Klinik eher seltener geworden.

Tradition infektiologischer Kompetenz

Entsprechend ist Methode der Infektiologen „einfach“ die Beratung durch Sprache, Telefon oder heute auch per E-Mail. Dies bedeutet aber fundierte Kenntnisse vor allem bei der klinischen Versorgung von Patienten mit Infektionen, aber auch bei der Bewertung mikrobiologischer Befunde zu haben. Ergebnis ist die Mitarbeit bei der Herausgabe des weit verbreiteten Handbuchs der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGPI) und anderer Werke.

In der Kinderklinik Harlaching hat sich bei allen Kollegen eine Tradition infektiologischer Kompetenz entwickelt, die sich in zahlreichen Beratungen niedergelassener Kollegen und Kollegen aus Kliniken aus der ganzen Bundesrepublik in speziellen, nicht alltäglichen infektiologischen Problemen manifestiert. Auch das gehört zu den neudeutsch ausgedrückt „soft-skills“ einer Kinderklinik, die ihre Kompetenz ausmacht.

Liquor
eines Neu-
geborenen
mit Strepto-
kokken B
Meningitis



> Prof. Dr. Reinhard Roos, Chefarzt

Pädiatrische Infektiologie

Telefon 089 / 62 10 – 27 20

e-Mail r.roos@khhm.de

Von Dr. Dorothee Busch und Marko Stein

Kinderkardiologie



Angeborene Herzfehler sind häufig. Herzgeräusche noch viel mehr. Kinderkardiologen gehören ins Team der Kinderklinik.

Kardiologische Untersuchungen sind bei Neugeborenen sehr häufig notwendig, wenn nach der Geburt auffällige Befunde oder Herzgeräusche gefunden werden. Die kinder-kardiologischen Untersuchungen können während eines stationären Aufenthaltes notwendig sein oder im Rahmen unserer kinder-kardiologischen Sprechstunde durchgeführt werden.

Kinderkardiologische Sprechstunde

Bei Vorstellung in der kinder-kardiologischen Sprechstunde erfolgt die Messung der Vitalparameter inklusive Blutdruck. Anschließend wird ein EKG abgeleitet. Nach Auswertung folgt die körperliche Untersuchung sowie die echokardiographische Untersuchung. Zusätzlich zu diesen Routineuntersuchungen können weitere Untersuchungen, wie z.B. ein Langzeit-EKG oder eine Langzeit-Blutdruckmessung durchgeführt werden. Bei speziellen Fragestellungen besteht eine Kooperation mit dem Deutschen Herzzentrum München.

> **Dr. Dorothee Busch, Dr. Adelheid Bürger, Marko Stein**
Telefon 089 / 62 10 - 27 49

Angebote

- > Zeitnahe Erkennung von angeborenen Herzfehlern bei Neugeborenen
- > Untersuchung auf Vorliegen einer Herzerkrankung im Kindes- und Jugendalter
- > Behandlung von Kindern mit Mehrfacherkrankungen und Herzfehlern (Syndrome)
- > Behandlung von entzündlichen Herzerkrankungen
- > Sporttauglichkeitsuntersuchungen
- > Kurz-, Langzeit-, und Belastungs-EKG
- > Kooperation mit dem Deutschen Herzzentrum bei speziellen Fragestellungen



Von Dr. Wolfgang Brunnhölzl

Nephrologie/ Urologie

Hier werden Kinder mit angeborenen Fehlbildungen und anderen Erkrankungen der Nieren und der Harn ableitenden Organe interdisziplinär behandelt: Kinderärzte, Röntgenärzte und Urologen bilden den Rahmen, das Kind und seine Eltern stehen im Mittelpunkt. In den letzten 40 Jahren hat sich dieses Fachgebiet vor allem durch die Verbreitung und die technische Entwicklung des Ultraschalls weiterentwickelt. Früher mussten aufwendige und eingreifende

Untersuchungen durchgeführt werden, die Aussagekraft war eher schwach. Heute kann mit minimiertem Aufwand eine exakte Diagnose gestellt werden. Das ermöglicht dann eine genaue Planung der Therapie. Bei den Untersuchungen werden die kleinen Patienten von den Eltern begleitet. Schmerzen oder Missempfindungen können auch mit Hilfe von bewährten und nebenwirkungsarmen Medikamenten vermieden werden.

Von Dr. Wolfgang Brunnhölzl

Pädiatrische Endokrinologie

In dieser Spezialdisziplin werden Kinder mit Erkrankungen der hormonproduzierenden Organe wie der Schilddrüse oder mit Wachstumsstörungen betreut. Kinder, die zu klein oder zu groß für ihr Alter erachtet werden, können hier gezielt diagnostiziert und behandelt werden. Auffälligkeiten im Ablauf der Pubertät lassen sich in Normvarianten oder Krankheiten einordnen. Oft steht die Beratung der besorgten Eltern und des Patienten im Vordergrund, „weniger Therapie ist oft mehr“. In den letzten 40 Jahren hat das Wissen in diesem Gebiet geradezu explosionsartig zugenommen. Mit dem Verständnis der hormonellen Regelkreise nahm auch die Möglichkeit zu, gezielt einzugreifen, um Kindern mit Hormonstörungen zu helfen.



> **Dr. Wolfgang Brunnhölzl**
Telefon 089 / 62 10 - 27 17
E-Mail: kinder.brunnhoezl@khhm.de

Von Prof. Dr. Dieter Grab

Familienorientierte Geburtshilfe



Besondere Versorgungsschwerpunkte der Frauenklinik sind die familienorientierte Geburtshilfe und die pränatale Diagnostik und Therapie.

Gemeinsam mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und ihrer neonatologischen Intensivstation bildet die Frauenklinik das Mutter-Kind-Zentrum Süd Harlaching und ist darüber hinaus, mit anderen Kliniken, ein Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe. Dies bedeutet, dass die beiden Fachkliniken in der Schwangerschafts-, Geburts- und Neugeborenenzeit präventiv, therapeutisch

und operativ-invasiv ein ausgewiesenes Zentrum für Risikoschwangerschaften sind. Über die Regelversorgung hinaus können hier jederzeit alle schwereren Erkrankungen von Schwangeren, Früh- und Neugeborenen behandelt werden. Chefarzt der Frauenklinik ist Prof. Dr. med. Dieter Grab. Prof. Dr. Grab ist Experte in der pränatalen Diagnostik und Therapie (DEGUM Stufe III).



Experte in der pränatalen Diagnostik und Therapie: Prof. Dr. Dieter Grab

Das Hebammen-Team um Lydia Cedor (ltd. Hebamme, 3.v.l.) begleitet die Mütter bei der Geburt.

zu fördern und zu unterstützen. Gesunde Entwicklung wird dabei ganzheitlich im Sinne einer Integration somatischer und psychischer Aspekte verstanden. Sie wird darüber hinaus als ein von der Schwangerschaft über Geburt und Elternschaft bis ins Jugendalter reichendes, familiäres Kontinuum angesehen. Dieses endet nicht an der Grenze der einzelnen Fachkliniken, sondern stellt an diese im Gegenteil die Anforderung einer möglichst reibungslosen Zusammenarbeit mit den Nachbarkliniken des Mutter-Kind-Zentrums Süd.

Gynäkologische Leistungen

- | | |
|--|--|
| > Sprechstunde für gynäkologische Notfälle | > Spektrum des ambulanten Operierens: Abrasio, (Laser) Konisation, Lasertherapie (Condylome), diagnostische Laparoskopie, LTK, Marsupialisation, prophylaktische Cerclage, totaler Muttermundsverschluss |
| > Mammadiagnostik | |
| > Gesamtes Spektrum der operativen Gynäkologie einschließlich mammachirurgischer, onkochirurgischer Eingriffe und minimalinvasiver Chirurgie | |

Mutter-Kind-Zentrum Süd

Im Rahmen der Um- und Neustrukturierung unseres Gesundheitswesens kommt der Bildung von interdisziplinären Zentren an Krankenhäusern eine wachsende Bedeutung zu. Die Krankenhäuser sehen sich einerseits einem steigenden Kostendruck ausgesetzt, während sie andererseits einem erheblich gestiegenen Anspruch der Patienten nach einer umfassenden, ganzheitlichen Versorgung gerecht werden wollen. Patienten, die sich heutzutage in eine Klinik in Behandlung begeben, wünschen sich ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen am Kran-

kenbett, ohne allzu viele Wechsel der sie Behandelnden.

Kompetenz durch Nutzung von Synergien

Interdisziplinäre Zentren aus räumlich nah beieinander oder im Idealfall sogar integrierten Abteilungen haben den Vorteil, einen solchen abgestimmten diagnostischen wie therapeutischen Prozess wesentlich zu erleichtern. Im Klinikum Harlaching bestehen durch die jahrelang gewachsenen Kompetenzen in der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Kinderklinik und dem Schwerpunkt Kinder- und Ju-

gendlichenpsychosomatik ausgezeichnete Voraussetzungen für das Interdisziplinäre Mutter-Kind-Zentrum Süd. Synergien können hier in der engen Zusammenarbeit aller Beteiligten zum Wohle der Patienten ideal genutzt werden.

Integrative Versorgung

Der Grundansatz des Harlacher Mutter-Kind-Zentrums Süd ist dabei entwicklungsorientiert. Das zentrale Ziel ist es, durch eine integrierte diagnostische wie therapeutische Versorgung der Patienten eine gesunde Entwicklung in Schwangerschaft, Elternzeit, Kindheit und Jugend

Überregionales Referenzzentrum für pränatale Diagnostik und Therapie

An der Frauenklinik besteht ein überregionales Referenzzentrum für pränatale Diagnostik und Therapie (DEGUM Stufe III). Eltern, die ein Kind mit intrauterin festgestellten Erkrankungen, schweren Entwicklungsstörungen oder Fehlbildungen erwarten, werden interdisziplinär von einem Team aus Geburtshelfern, Kinderärzten, Kinderkardiologen, Kinderchirurgen und Psychologen betreut. In vielen Fällen kann bereits im Mutterleib mit einer Therapie (Bluttransfusionen, Gabe



Bei der Arbeit:
das Chirurgenteam
in Harlaching

von Medikamenten in den Kreislauf der Ungeborenen, Lasertherapie) begonnen werden.

Leistungsangebote im Rahmen der pränatalen Diagnostik und Therapie:

- > NT-Messung, fetales Organscreening, Dopplersonographie
 - > Amniocentesen, Chorionzottenbiopsien, Cordocentesen, intrauterine Transfusionen, intrauterine Lasereingriffe
 - > Spezialdiagnostik wie Fruchtwasserpunktion, Dopplerultraschall, 3-D-Ultraschall, fetale Herzdiagnostik
- Eine sanfte, sichere, familienorientierte Geburtshilfe ohne unnötige Technik ist

uns besonders wichtig. Den Gebärenden stehen sämtliche Verfahren der Schmerztherapie, sämtliche biophysikalischen Überwachungsmöglichkeiten und sämtliche operativen Entbindungsverfahren zur Verfügung – sie werden aber nur eingesetzt, wenn sie gewünscht oder gebraucht werden. Vorgehalten werden sämtliche Verfahren zur Überwachung und Entbindung von Risikoschwangeren (KCTG, zentrale CTG-Überwachung, fetale Pulsoxymetrie), äußere Wendungen, vaginale Beckenendlagegeburten. Früh- und Mangelgeburten, Mehrlingsschwangerschaften und Schwangere mit schwerwiegenden

fetalen und maternalen Erkrankungen können interdisziplinär betreut werden.

Geburtshilfliche Leistungsangebote

- > Schwangerenberatung, Anmeldung zur Geburt, Geburtsvorbereitungskurse
- > Infoabende für werdende Mütter und Väter mit Vortrag, Fragestunde und mit Besichtigung der Entbindungsräume
- > Schwangerenschwimmen

> Prof. Dr. Dieter Grab, Chefarzt
Telefon 089 / 62 10 - 25 01

E-mail d.grab @khhm.de

Von Prof. Dr. Dieter Grab

Laserzentrum

> Im Laserzentrum können intrauterine Lasereingriffe beim Zwillingstransfusionssyndrom durchgeführt werden. Auch bei Verdacht auf andere Fehlbildungen und schwere intrauterine Erkrankungen steht die Frauenklinik als Level-3-Referenzzentrum (DEGUM Stufe III) zur Verfügung.

Bei eineiigen Zwillingen kommt es manchmal zur Verschmelzung der Plazenta bzw. zu kräftigen Blutgefäßverbindungen zwischen den Plazenten der beiden Zwillinge. Dies kann durchaus problematisch sein, da es zum Blutfluss von einem Zwilling zum anderen kommen kann. Folge ist, dass der eine Zwilling zu viel Blut „abbekommt“, der andere zu wenig. Für den einen Zwilling bedeutet dies eine Überlastung des Kreislaufs mit Herzinsuffizienz, Ödemen und viel zu viel Fruchtwasser, der andere Zwilling wird schlechter versorgt und kann sich nicht entwickeln. Für beide Zwillinge ist dies eine sehr problematische Situation, die sehr häufig zum Absterben eines oder beider Zwillinge intrauterin führen kann. Durch Lasern können die großen Gefäße zwischen den Plazenten der beiden Zwillinge unterbunden werden. Folge ist, dass sich beide Zwillinge normal entwickeln können.

Lasern in Harlaching

Das Therapieverfahren der intrauterinen Lasereingriffe beim Zwillingstransfusionssyndrom steht in Deutschland in größerem Umfang bisher nur in wenigen Zentren zur

Verfügung. In der Frauenklinik des Klinikums Harlaching wird dieser Eingriff mit einem modernen Laser durchgeführt.

Eingespieltes Team

Natürlich geht dieser Eingriff mit dem Risiko von vorzeitigen Wehen und vorzeitiger Entbindung einher. In diesem Fall steht dann die Neonatologie der Kinderklinik

mit einem eingespielten Team zur Versorgung der Frühgeborenen bereit. Allen zuweisenden Kollegen steht die Frauenklinik des Klinikums Harlaching als Level-3-Referenzzentrum (DEGUM Stufe III) zur Verfügung, wenn der Verdacht auf ein Zwillingstransfusionssyndrom, andere Fehlbildungen oder schwere intrauterine Erkrankungen besteht.

Kooperationen für eine integrierte Versorgung

Interne Kooperationen

- > Gynäkologisch-Pädiatrische Kooperation
- > Kooperation mit der neonatologischen Intensivstation
- > Psychosomatische Betreuung in der Schwangerschaft

Externe Kooperationen

- > Praxis Dr. Ovens-Raeder (Humangenetik)

> Kinderchirurgie und Neurochirurgie des Klinikums Schwabing

> Klinikum Großhadern

> Deutsches Herzzentrum

> Gemeinschaftspraxis Dr. Ehmann, Priv. Doz. Dr. Schelling und Dr. Schmeiter (Schwerpunktpraxis pränatale Diagnostik)

Von Dr. Nikolaus von Hofacker

Wenn Kindern die Seele weh tut



Die Eröffnung der kinderpsychosomatischen Tagesklinik für Sechs- bis Zwölfjährige am 11.7. 2007 im Klinikum Harlaching findet ein breites Echo.

Im Dezember 2006 wurde die Behandlungseinheit Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters um eine psychosomatische Tagesklinik für Kinder von 6 bis 12 Jahren erweitert. Mit dieser Erweiterung soll nun eine Lücke im Bereich der Versorgung psychisch-psychosomatisch erkrankter Kinder am Städtischen Klinikum München GmbH geschlossen werden. Die StKM reagiert damit auf die Entwicklung der letzten Jahre, wonach inzwischen jedes 5. Kind unter behandlungsbedürftigen psychischen oder psychosomatischen Problemen leidet. Die Städtische Klinikum München GmbH trägt so den akuten gesellschaftlichen Entwicklungen im Sinne eines modernen ganzheitlichen Krankheitsverständnisses Rechnung.

Hilfe für seelisch kranke Kinder im Akutklinikum

„Die Einrichtung, bei der Sechs- bis Zwölfjährige ganztags medizinisch und psychologisch betreut werden und abends wieder nach Hause dürfen, ist als integratives Angebot bislang einzigartig in einem Münchner Akutklinikum“, betont Dr. von Hofacker nicht ohne Stolz. Denn gerade

die enge Vernetzung von somatischen und psychotherapeutischen Angeboten ist für den Therapieerfolg der jungen Patienten entscheidend.

Störungsbilder

Behandelt werden psychische und psychosomatische Probleme im Kindesalter wie z. B. chronische Schmerzen, bei denen seelische Ursachen eine Rolle spielen (chronische Kopf- und Bauchschmerzen u.a.), Schulverweigerung, kindliche Ängste, Depressionen, emotionale und soziale Probleme, chronische Erkrankungen wie z.B. Diabetes mit begleitenden psychischen Problemen sowie Hyperkinetische Störungen (ADHS, ADS).

Integratives psychotherapeutisches Konzept

Das Behandlungskonzept verbindet unterschiedliche Therapieansätze im Rahmen eines integrativen psychotherapeutischen Konzeptes einzeln und in der Gruppe. Ein breit gefächertes therapeutisches Angebot soll den Kindern helfen, u.a. ihre Fähigkeiten und Gefühle besser wahrzunehmen und ihr Selbst-

bewusstsein zu stärken. Ein Team aus einer Ärztin, Therapeuten, Sozialpädagogen und Pflegekräften betreut insgesamt 8 Mädchen und Jungen in Einzel- und Gruppenstunden. Zum Konzept gehören Musik- und Bewegungstherapie ebenso wie z.B. Training sozialer Kompetenzen. „In Rollenspielen lernen die Kinder zum Beispiel, wie sie Kontakt knüpfen können, aber auch sich abzugrenzen und ihre persönlichen Bedürfnisse wahrzunehmen und durchzusetzen.“

Eltern und Familien werden intensiv in die Behandlung mit einbezogen. Dies beginnt mit dem morgendlichen Bringen bis zum Abholen am Nachmittag – wichtige Kontaktpunkte, um zu sehen, wie der Wechsel zwischen Familie und Klinik funktioniert. Außerdem gehören Familiensitzungen mit Eltern und Geschwistern sowie eine Eltern-Gruppe, in der sich Mütter und Väter austauschen können, zum Leistungsangebot. In besonders schweren Fällen, wenn auch ein Elternteil psychisch krank ist, gibt es sogar die Möglichkeit, Kind und Familie parallel in der erwachsenenpsychosomatischen und der kinderpsychosomatischen Tagesklinik zu behandeln.

Einbindung in die klinikinterne Schule für Kranke

Einen hohen Stellenwert haben die pädagogische Begleitung der Kinder im Alltag und ihre schulische Einbindung. So erhalten die Kinder im Rahmen der klinikinternen Staatlichen Schule für Kranke jeden Tag mehrere Stunden Schulunterricht. Darüber hinaus kommen je nach Störungsbild psychoedukative Schulungen von Kind und Eltern (Asthmaschulung,



Gemeinsam erfolgreich für die neue Tagesklinik: Klinikdirektorin Gabriele Schmidt-Maaß und der lfd. Oberarzt Dr. Nikolaus von Hofacker

Diabetesschulung etc.) zum Einsatz. Medizinisch-medikamentöse Therapien werden in das Konzept integriert.

Anmeldung und ambulantcs Vorgespräch

Eine Anmeldung für eine tagesklinische Behandlung erfolgt über das Sekretariat der Kinderpsychosomatik. Einer tagesklinischen Aufnahme geht zunächst ein ambulantcs Vorgespräch mit dem Kind und seinen Eltern voraus, in dem die Indikation und Motivation zu einer tagesklinischen Behandlung geklärt und gegebenenfalls alternative Behandlungsmöglichkeiten erörtert werden.

Weiterbehandlung

Entscheidend für den langfristigen Erfolg ist außerdem die nachstationäre am-

bulante Betreuung. Die tagesklinische Behandlung ist deshalb eng mit der Arbeit von niedergelassenen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinderärzten vernetzt. Häufig wird eine ambulante Therapie einer tagesklinischen Aufnahme vorausgehen und/oder dieser folgen. Die Organisation dieser ambulanten Weiterversorgung wird nach Möglichkeit in der Tagesklinik in die Wege geleitet. „Wir verstehen uns als Baustein in einem langfristigen Therapiekonzept.“ Ein wichtiger Baustein zurück ins Leben.

> Dr. Nikolaus v. Hofacker
Telefon 089 / 62 10 - 33 39
Fax 089 / 62 10 - 31 76
E-Mail: kinder.psychosomatik@khhm.de

Von Dr. Petra Sobanski

Keine Angst vor den „Psychos“!



Der kinderpsychosomatische Konsildienst im Zentrum für Mutter, Kind und Familie.

Im medizinischen Wörterbuch findet man unter „Konsiliarius“ die Erklärung, dass es sich dabei um einen „beratenden Arzt“ handelt, der im „Konsilium“ - im Rahmen der Besprechung mehrerer Ärzte - zur Klärung eines Krankheitsfalles beiträgt. Eigentlich habe ich mich sehr gefreut, als ich diese Erklärung las, denn sie beschreibt den Idealfall und damit auch mein Ideal eines Konsildienstes, im Rahmen dessen wir als Gesandte der Kinderpsychosomatik auf Anfrage jede Woche zahlreiche Konsilien in der Kinderklinik und der Geburtshilfe durchführen. So werden wir bei stationären, manchmal auch ambulanten Patienten von den Kinder- oder Frauenärzten hinzugezogen, weil es nicht nur um ein rein körperliches Problem geht, sondern sich die Frage stellt, ob dieses auch durch eine seelische „Verstimmung“ mitbedingt sein könnte. In einem solchen Fall nehmen wir uns in einem ausführlichen Gespräch Zeit, die großen oder kleinen Patienten und ihre Familienangehörigen anzuhören und gemeinsam nach einer Lösung zu suchen.

Kinderpsychosomatischer Konsildienst in der Kinderklinik

Es gibt viele verschiedene Diagnosen, die sehr belastend für unsere kleinen Patienten sind, wie etwa die Feststellung einer Neurodermitis, eines Diabetes oder einer Anfallserkrankung. Sie sind der Grund für eine häufig weitreichende Lebensveränderung im Alltag, aber auch für wiederholte stationäre Aufnahmen in der Kinderklinik zur weiteren Diagnostik oder Veränderung der Therapie und dies, obwohl das Leben eines Kindes doch so spannend sein kann und es dafür eigentlich keine Zeit haben möchte. Dies auszuhalten ist für alle Familienmitglieder schwierig, manchmal wagt man es auch gar nicht auszusprechen, wie sehr es den Einzelnen stört oder gar wütend macht, oder man fühlt sich schuldig und die Stimmung zu Hause wird angespannt - und die Erkrankung wird durch diese seelische Belastung sogar noch schlimmer. Da ist es manchmal gut, wenn ein Dritter gemeinsam mit dem kranken Kind und seinen Angehörigen nach der Ursache für den Rückfall oder die Verschlechterung

der Krankheit forscht, Probleme anspricht, die sich sonst vielleicht keiner auszusprechen wagt und dafür sorgt, dass jeder das Recht hat, in dieser Diskussion zu Wort zu kommen.

Ein weiterer Grund für ein Konsil könnte sein, dass die Kinderärzte auf der Suche nach dem Auslöser für zum Beispiel chronische Kopf- oder Bauchschmerzen keine körperliche Ursache finden, aber in den Gesprächen mit den Patienten oder ihren Eltern hören, dass etwa die Familie sehr belastet ist, weil gerade der Lieblingsopa gestorben ist, oder alle wegen eines Arbeitsplatzwechsels des Vaters in eine andere Stadt ziehen mussten, wobei die Tochter damit all ihre Freunde verloren hat, oder auch weil der Sohn traurig ist, dass sich die Eltern dauernd streiten und er Angst hat, dass sie sich trennen könnten. Diese Belastungen können „richtige“ körperliche Symptome auslösen, ohne dass man sich dessen im ersten Moment bewusst ist (und vielleicht auch gar nicht sein will). Dann ist es unsere Aufgabe, mit den Patienten darüber zu sprechen, um zu sehen, ob diese eine Verbindung zwischen den körperlichen Problemen und den inneren Nöten erkennen können und ob es etwa Möglichkeiten gibt, etwas zu verändern oder die Situation besser aushaltbar werden zu lassen. Manchmal reicht es aus, die Dinge beim Namen zu nennen, oft hilft es noch mehr, zu Hause jemand zu finden, der daran weiterarbeitet, also einen ambulanten Therapeuten für die kleinen Patienten, manchmal auch für die ganze Familie.

Weitere Gründe für ein kinderpsychosomatisches Konsil können sein:

Patienten, die einen schweren Unfall hatten und auf der Intensivstation liegen müssen; Jugendliche mit Essstörungen, etwa Mager-

oder Fresssucht, die es zu Hause nicht mehr allein mit ihren Eltern schaffen und immer weiter Gewicht abnehmen, bis es für ihren Körper zu gefährlich wird und der ambulante Arzt sie zur weiteren Betreuung in die Klinik einweist. So gibt es also viele Kinder, bei welchen deutlich wird, dass es nicht nur um eine körperliche Erkrankung geht, es vielmehr therapeutische Hilfe braucht, um herauszufinden, was die seelischen Hintergründe solcher psychosomatischen Symptome sein können.

Regelmäßig werden wir auch hinzugezogen, wenn auf der Säuglingsstation Kinder mit Fütter-, Gedeih- oder Schreistörungen liegen, bei welchen der medizinische Teil der Untersuchungen abgeschlossen ist und es um die Suche nach psychotherapeutische Maßnahmen geht, die sich in diesem Fall an die Eltern und ihren täglichen Umgang sowie ihre Beziehung mit dem Baby richten, oder auch um ambulante Hilfen für zu Hause. Viele der angesprochenen Probleme lösen die Kinderärzte zunächst allein. Gerade aber wenn es Zeit benötigt, um „zwischen den

Zeilen zu hören“, oder wenn es um spezielle therapeutische Maßnahmen oder Hilfen geht, werden wir im Rahmen des kinderspsychosomatischen Konsildienstes hinzugezogen.

Konsildienst in der Geburtshilfe

In der Geburtshilfe ist es ganz ähnlich, hier teilen wir uns die Aufgaben aber mit einer erwachsenenpsychosomatischen Kollegin (Dr. Huck). Auch hier geht es darum, sich Zeit für die Patientin zu nehmen, denn es geht immer wieder um Themen, die die Mütter tief in ihrem Innersten berühren, oder über die sie nur schwer sprechen können. Gemeinsam versuchen wir etwa herauszufinden, warum frühzeitig Wehen aufgetreten sein könnten, was die Mutter vielleicht in letzter Zeit innerlich aufgeregt oder belastet hat, oder auch wie es ihr jetzt gelingen kann, trotz der tage- oder wochenlangen strengen Bettruhe nicht zu verzweifeln. Außerdem überlegen wir, welche Hilfen es zum Beispiel für die anderen Kinder zu Hause geben könnte, während ihre Mutter in der Klinik liegen muss, oder wer ihr

nach der Entlassung bei der Versorgung des Neugeborenen helfen könnte, wenn z.B. die Großeltern zu weit weg wohnen. Oft suchen auch die Väter das Gespräch, um allein oder gemeinsam mit ihrer Partnerin therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Manchmal sind es auch ganz schwierige Themen, wenn es etwa um den Tod eines Kindes in der Schwangerschaft oder nach Geburt geht, oder wenn in der Schwangerenvorsorge eine körperliche oder auch drohende geistige Behinderung des Kindes festgestellt wurde. Häufig melden sich auch Eltern wieder, die Probleme in einer vorausgegangenen Schwangerschaft hatten und sich über das Angebot zu weiteren therapeutischen Gesprächen freuen.

Helfen, den Weg alleine zu gehen

In unserer Konsilarbeit, die wir eng mit den somatischen Kollegen abstimmen, geht es also um das Angebot zu psychotherapeutischen Gesprächen oder um die Suche nach psychosozialen Maßnahmen zur Hilfe nach Entlassung. Häufig fühlen wir uns dabei wie Gärtner, die gemeinsam mit den Patienten ganz behutsam Zentimeter für Zentimeter der Erde um den Lebensbaum freilegen, um die Ursache für sein schiefes Wachstum oder für einzelne gelbe Blätter zu finden. Die Zusammenarbeit ist aber von der Bereitschaft der Patienten abhängig, sich zu öffnen oder sich zumindest gemeinsam mit dem Therapeuten auf den Weg zu machen. Wir sind nur Berater, Begleiter, die es manchmal leichter haben, weil sie neu dazukommen, aber den Weg gehen kann jeder nur allein.



Um „zwischen den Zeilen hören“ und bei speziellen therapeutischen Maßnahmen wird häufig der kinderpsychosomatische Konsildienst hinzugezogen.

Von Eva Hesse

Der HARL.E.KIN e. V.



ist ein gemeinnütziger Verein zur Förderung der Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Klinikum Harlaching. Schirmherr der Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge ist der Münchner Oberbürgermeister Christian Ude.

Der Harl.e.kin e.V. wurde 1996 von Mitgliedern der Kinderklinik Harlaching gegründet und verfolgt ausschließlich gemeinnützige Zwecke. Seine Gemeinnützigkeit ist vom Finanzamt für Körperschaften anerkannt. Zielsetzung des Vereins ist es, eine ganzheitliche Betreuung von entwicklungsgefährdeten Kindern, vom Frühchen bis zum Jugendlichen, zu ermöglichen, die über die rein medizinische Versorgung deutlich hinausgeht. Finanzmittel des Krankenhausträgers stehen für

ein solches Vorhaben nur begrenzt zur Verfügung, da diese in Zeiten knapper öffentlicher Kassen nur für das medizinisch absolut Notwendige Verwendung finden. So sind wir für die Finanzierung der Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge auf die Hilfe Dritter angewiesen.

Das Modellprojekt Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge

- > Betreuung schwer kranker und in ihrer Entwicklung gefährdeter Kinder über den Zeitpunkt der stationären Behandlung hinaus im Rahmen der Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge
- > psychosoziale Unterstützung von Eltern chronisch kranker und frühgeborener Kinder während der Zeit der stationären Pflege, am Übergang von der stationären zur häuslichen Versorgung sowie in besonderen Krisensituationen
- > Frühchengruppe für Mütter
- > Musiktherapie für Frühgeborene
- > In Einzelfällen Übernahme von Behandlungskosten, die nicht durch eine Versicherung abgedeckt sind.

Darüber hinaus bemühen wir uns, unseren kleinen Patienten das Leben im

Ansprechpartner bei Harl.e.kin

- > Dr. Armin Gehrman, 1. Vorsitzender
- > Prof. Dr. Reinhard Roos, 2. Vorsitzender
- > Eva Hesse, Information/Veranstaltungen, Koordination
- > Dipl.-Kfm. Klaus-Otto Schäfer, Beirat, familyOffice@aol.com
- > Dr. Andrea Kraus, Schatzmeisterin
- > Tanja Papousek, Schriftführerin
- > Dr. Birgitt Kreuz, Beirat
- > Dr. Petra Sobanski, Beirat
- > Helga Heindel, Beirat
- > sowie jede Mitarbeiterin/jeder Mitarbeiter der Kinderklinik



Eva Hesse,
Koordination
und
Information



Ein Lächeln ins Gesicht der Kinder zaubern – das ist immer und bei langen Klinikaufenthalten ganz besonders wichtig.

Krankenhaus bei manchmal monatelangen Krankenhausaufenthalten mit zahlreichen „Kleinigkeiten“ wie z. B. Spiel- und Bastelmaterial, Tragetüchern für unruhige Säuglinge, einem Kinderwagen für Spaziergänge im Krankenhausgarten, Kassettenrecordern, Mobilis, kindgerechten Nachtbeleuchtungen u.ä.m. angenehmer zu machen.

Unterstützung

- Sie können uns unterstützen durch
- > Einzelspenden,
 - > eine Fördermitgliedschaft und/oder
 - > Sponsoring eines unserer Benefizpro-

jekte. In den vergangenen 2 Jahren haben wir den Kid's kinoday mit dem ehemaligen Daviscupspieler Bernd Karbacher (Karbacher&friends), die Vernissage „Design follows emotion“ mit Maritha Wagner zur Eröffnung der Tageskliniken und „Bleichschaden“ im Prinzregententheater präsentieren können. Ähnliche Benefizveranstaltungen, Konzerte oder Dichterlesungen planen wir in jährlichem Turnus. Hierzu geht allen Förderern rechtzeitig eine Einladung zu. Über unsere Aktivitäten informieren wir durch jährliche Rundbriefe, die an alle Spender, Fördermitglieder und Sponsoren versandt werden. Bei Interes-

se an weiteren Informationen über laufende und anstehende Projekte informieren wir Sie gerne auch im persönlichen Gespräch. Rufen Sie uns an!

> **Harl.e.kin e.V.**
c/o Klinik für Kinder- und Jugend-
medizin, Klinikum Harlaching
Sanatoriumsplatz 2
81545 München
Telefon 089 / 62 10 – 27 20
Fax 089 / 62 10 – 29 29
E-Mail info@harlekin-verein.de
Internet www.harlekin-verein.de



Von Linda Sundmaker und Eva Hesse

Satz + Sieg für junges Leben



Er war seines kleinen Jubiläums mehr als würdig – der Pro/Am Tennis Charity Cup 2005 der Brüder Bernd und Michael Karbacher hat wieder einmal alle begeistert.

Auch im fünften Jahr seiner Austragung hatte das Benefizturnier zugunsten neu-geborenen Lebens viele ehemalige Welt-ranglistenspieler anlocken können, die die Amateure in den zwölf Sponsorenteams die Luft auf Weltklasseniveau schnuppern ließen. Karsten Braasch war wieder da- bei, ebenso Marc-Kevin Gollner, Hans-Jörg Schwaier, Christian Vinck, Oliver Gross, Andrea Glass, Patrick Baur, Tho- mas Nydal und Lars Kosloswski. Hochsommerliche Temperaturen und erstklassige Bedingungen auf der An- lage des MTTC Iphitos e.V. sorgten für einen reibungslosen Ablauf des Turniers, das bei allen Beteiligten von sportlicher Fairness, Spaß und guter Laune geprägt war. Schirmherrin und Förderer war auch 2005 die Stadtsparkasse München. Der Erlös aus dem Tennisbenefizturnier ging an den Förderverein Harl.e.kin e.V. und kommt der Nachsorge Früh- und Risiko- neugeborener und deren Eltern zugute.



Wie wichtig diese Investition ist, wurden allen Teilnehmern des Charity-Turniers auf eindrucksvolle Weise bei der Abendveran- staltung im Casino der Stadtsparkasse in der Filmdokumentation „Vorsicht: Leben!“ von Peter Lohner (Produzent von „Denn die Sterne leuchten nur am Tag“ mit Ve-

ronica Ferres) und Dieter Görke über die neonatologische Intensivstation und die Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge gezeigt. Die Dokumentation „Vorsicht: Leben!“ kann über den Harl.e.kin e.V. angefragt werden (e.hesse@harlekin-verein.de) www.harlekin-verein.de

Babolat

Die Bank unserer Stadt | **Stadtsparkasse München**



Laufen für die gute Sache

Die Kleinen des Grünwalder Kindergartens „Marienkäfer“ hatten ihre Beine unter den Arm genommen, um im Charity-Familien- lauf für die Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge an der Kinderklinik Harlaching zu laufen. Viele Kinder unterschiedlicher Altersgrup- pen waren an den Start gekommen, zum Familienlauf meldeten sich 42 Familien. Dank Startgebühr und Spenden einiger Grünwalder Geschäfte kamen insgesamt 1.500 Euro zusammen. Der Bürgermeister von Grünwald, Jan Neusiedl, Bettina Väth als Leiterin des Kindergartens und Chris- tine Bittner als Mitglied des Elternbeirats konnten dem Chefarzt der Klinik für Kin- der- und Jugendmedizin, Prof. Dr. Rein- hard Roos, und Eva Hesse vom Harl.e.kin e.V. stolz einen Scheck überreichen. Wir bedanken uns herzlich bei den „Mari- enkäfer“-Kindern und den Organisatoren für den schönen Benefizlauf!



Von Eva Hesse

Bayern-Fans aufgepasst!

Im Auktionsportal des FC Bayern veran- staltete der Rekordmeister in den ver- gangenen Monaten eine Charity-Auktion zugunsten des gemeinnützigen Förder- vereins Harl.e.kin e.V. und seinem Modell- projekt Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge. Bei der Auktion wurden drei einzigartige FC Bayern-Bilder versteigert, die bis vor kurzem noch im Presserondell des FC Bayern hingen. Der Erlös fließt zu 100

Prozent an den Harl.e.kin e.V., dessen Ziel es ist, im Rahmen seiner strukturier- ten Nachsorge eine ganzheitliche Betreu- ung von entwicklungsgefährdeten Kindern, vom Frühchen bis zum Jugendlichen, zu ermöglichen, die über die rein medi- zinische Versorgung hinausgeht. Schirm- herr der Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge ist seit 24. Dezember 2004 der Münchner Oberbürgermeister Christian Ude.



Wir bedanken uns herzlich bei

- > Stadtparkasse München
- > Kindergarten Marienkäfer, Grünwald
- > Sternstunden des BR
- > Rotary Club München-Mitte
- > SZ-Adventskalender / Gute Werke
- > Sparda-Bank München
- > Polo Moden Ralph-Lauren, Maximiliansstr. 23
- > Schülerchor Eurokid's der Europäischen Schule
- > Franz-Beckenbauer-Stiftung e.V.
- > Firma Schlichting
- > Deutsche Post AG, Niederlassung München
- > BMW AG, Niederlassung München
- > Egidius Braun Stiftung e.V. des DFB
- > RTL 2 Fernsehen
- > Landesbausparkasse LBS, München
- > Bayerische Landesbank, München
- > Bulgari, München
- > Juwelier Hilscher, Schwabing
- > Dinghartinger Apfelstrudel
- > Trachtenverein d'Teufelsgräber, Otterfing
- > Firma Hipp
- > Firma Nestlé
- > Firma Milupa
- > Firma Sky Tec
- > Triumph-Adler-Stiftung e.V.
- > Büschl Unternehmensgruppe
- > Firma Babolat
- > Käfer-Isoliertechnik
- > Rondell-Apotheke
- > Lions Club „Heinrich der Löwe“
- > Eska Reifendienste GmbH & Co.KG
- > Atoss Software GmbH
- > Firma Hentzen GmbH
- > Firma Kärcher GmbH&Co.
- > Firma Analog Devices
- > Firma Disetronic Medical Systems
- > Europahilfe für Kinder e.V.

Auch bei den vielen Einzelspendern mit ihren kleineren und größeren Beiträgen, die hier nicht genannt werden wollen bzw. können, bedanken wir uns sehr. Vergelt's Gott!

Besonderes Dankeschön

Besonders danken möchten wir Frau Dr. Sabine Höck, die durch ihren unermüdlichen Einsatz den Aufbau der strukturierten Nachsorge in der Kinderklinik Harlaching unterstützt hat. Außerdem Herrn Dipl.Kfm. Klaus-Otto Schäfer (Geschäftsführender Gesellschaft der Family Office GmbH, Waldstr. 7, 82041 Deisenhofen) für seine wertvollen Ratschläge und Tipps im Rahmen seiner Tätigkeit als Beirat.

