



Uhrtürmchen

IM FOKUS

Hightech und Handarbeit

Wie medizinischer Fortschritt, Erfahrung und Präzision die Schilddrüsenchirurgie optimieren

Seite 6

AUS DEN KLINIKEN

Volkskrankheit Reflux

Ein neues Zentrum widmet sich der weit verbreiteten Erkrankung

Seite 19

IM GESPRÄCH

Kranke Kinder haben Vorfahrt

Interview mit Marco Haupt, Leiter der Notfallambulanz am Clementine Kinderhospital

Seite 21

AUS DEN KLINIKEN

Renaissance der Muttermilchbank

Gespendete Frauenmilch: optimale Starthilfe für Frühgeborene

Seite 12

Liebe Leserinnen und Leser,



unsere Klinik für Endokrine Chirurgie hat sich in den letzten 15 Jahren zu einem der bundesweit führenden Zentren für Erkrankungen der Schilddrüse entwickelt.

Das Team um Chefarzt Dr. med. Christian Vorländer behandelt jährlich rund 3.000 Patient:innen, über die Hälfte davon operativ. Grund genug, dem Team der Klinik in der neuen Ausgabe des Uhrtürmchens über die Schulter zu schauen.

Darüber hinaus widmet sich die aktuelle Ausgabe unseres Magazins dem neuen Refluxzentrum am Bürgerhospital. Es bietet Betroffenen alle Behandlungsmöglichkeiten rund um die weit verbreitete Volkskrankheit gebündelt an – von breit gefächerten Diagnoseverfahren über die medikamentöse bis hin zur operativen Therapie.

Am Clementine Kinderhospital konzentriert sich der Blick dieser Ausgabe hingegen auf die Arbeit in der Notfallambulanz von Frankfurts einzigem Kinderkrankenhaus und was sie von einem ärztlichen Bereitschaftsdienst unterscheidet.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre!

Wolfgang Heyl
Geschäftsführer

Marcus Amberger
Geschäftsführer

Vorwort	Seite 2
Wichtiges in Kürze	Seite 3
Im Fokus: Hightech und Handarbeit – Wie medizinischer Fortschritt, Erfahrung und Präzision die Schilddrüsenchirurgie optimieren	Seite 6
Renaissance der Muttermilchbank – Gependete Frauenmilch: optimale Starthilfe für Frühgeborene	Seite 12
Es war ein (Sommer-)Fest!	Seite 16
Volkskrankheit Reflux	Seite 19
Kranke Kinder haben Vorfahrt – Im Gespräch mit Marco Haupt, Leiter der Notfallambulanz am Clementine Kinderhospital	Seite 21
Zurück zur Berufung – Hebammen-Rückkehrprogramm	Seite 24
5 Fragen an eine Jubilarin– Daniela Dock-Rust	Seite 27
Impressum	Seite 27

Um diverse Realität sprachlich abzubilden, greifen wir in unseren Texten auf den Doppelpunkt als gendergerechte Schreibweise zurück. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir punktuell auch weiter das generische Maskulinum.

Bereits zum vierten Mal

Hernienchirurgie erfolgreich rezertifiziert



Die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Bürgerhospitals ist erneut als Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie zertifiziert worden. Die Klinik wurde damit bereits zum vierten Mal in Folge für seine überdurchschnittliche

Behandlungsqualität bei Hernienoperationen ausgezeichnet. Chefarzt Dr. med. Fabian A. Helfritz und sein Team führen jährlich rund 800 Hernienoperationen durch. Damit ist das Zentrum das größte im Rhein-Main-Gebiet und das einzige in Frankfurt.

Unter dem Begriff Hernien werden in der Medizin Leisten-, Nabel-, Narben- und andere Brüche der Bauchwand und des Zwerchfells zusammengefasst. Die Hernienchirurgie ist nicht der einzige Schwerpunkt der Klinik. Die Abteilung ist neben der klassischen Allgemeinchirurgie insbesondere auf die operative Behandlung von gut- und bösartigen Magen- und Darmerkrankungen spezialisiert. Refluxerkrankungen bilden einen weiteren Schwerpunkt der Klinik (siehe Artikel Seite 19). Wann immer möglich und sinnvoll, wenden die Ärzt:innen der Klinik minimal-invasive Operationsverfahren an, um den Genesungsverlauf nach dem Eingriff zu fördern und das Risiko nachträglicher Komplikationen zu verringern. Diese auch als



Minimal-invasive Operationen sind schonend und komplikationsarm.

„Schlüssellochchirurgie“ bekannte Methode ist das übliche Operationsverfahren der Klinik, die auch als zertifiziertes Zentrum für minimal-invasive Chirurgie firmiert.

Das Hernien-Zertifikat wird von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) verliehen. Die Fachgesellschaft zeichnet Kliniken aus, um Patient:innen bei der Wahl eines Krankenhauses Orientierungshilfe zu geben. Nur Kliniken mit besonders niedrigen Komplikationsraten, einer Mindestmenge an Fallzahlen und regelmäßigen Fortbildungen werden zertifiziert. Das Bürgerhospital ist 2013 als erstes Krankenhaus in Hessen als Hernienkompetenzzentrum ausgezeichnet worden und trägt das Siegel seitdem ununterbrochen. Das aktuelle Zertifikat ist bis Ende 2025 gültig.

Podcast

Pflege studieren? Ei horsche ma!



Blerona Tahiri (l.) und Sabrina Sveikovsky berichten von ihrem Studium.

Seit 2021 bietet das Bürgerhospital Frankfurt in Kooperation mit der Frankfurt University of Applied Sciences einen akademisch geprägten Berufseinstieg in die Pflege. Der duale Studiengang Angewandte Pflegewissenschaft ermöglicht mit dem Bachelor of Science und der staatlichen Berufszulassung als Pflegefachmann bzw. Pflegefachfrau einen Doppelabschluss: Absolvent:innen sind gleichermaßen für die Arbeit in der pflegerischen Praxis und für eine wissenschaftliche Laufbahn qualifiziert. Die neueste Folge unseres Podcasts

„Ei horsche ma!“ widmet sich dem Studien- und Praxisalltag zweier Studentinnen. Im Gespräch erzählen sie, warum sie sich ganz bewusst für den Studiengang entschieden haben und wie sie Studienphasen und Praxiseinsätze unter einen Hut bringen.

Die neueste Folge gibt es auf Spotify, auf unserer Webseite und überall dort, wo es Podcasts gibt.





Blick hinter die Kulissen

Rund 2.000 Gäste bei Tag der offenen Tür

Am 17. September hat das Bürgerhospital seine Türen geöffnet. 2.000 Interessierte sind der Einladung gefolgt und haben die Gelegenheit genutzt, um sich über das medizinische Spektrum sowie Ausbildungs- und Jobmöglichkeiten zu informieren. Aber auch die Historie kam nicht zu kurz: So wurde den Besucher:innen unter anderem die Tür zum historischen Administrationszimmer geöffnet, in dem

Vertreter:innen aus Medizin, Pflege und Direktion schon seit dem 18. Jahrhundert die ständige Weiterentwicklung des Bürgerhospitals diskutieren. Außerdem wurde für den Tag das Grab von Johann Christian Senckenberg zugänglich gemacht. Der Stifter des Bürgerhospitals liegt nämlich – eine seltene Ausnahme in Frankfurt – nicht auf einem Friedhof, sondern neben dem Altbau des von ihm gegründeten Krankenhauses begraben.



Angebot in der Kinderkrankenpflege

Den Wiedereinstieg zum Kinderspiel machen



Ende letzten Jahres hat das Bürgerhospital ein Wiedereinstiegsprojekt für Hebammen gestartet (siehe Artikel Seite 24). In Anbetracht des Erfolgs des Rückkehrprojekts haben das Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital das Projekt auf die Kinderkrankenpflege ausgeweitet.

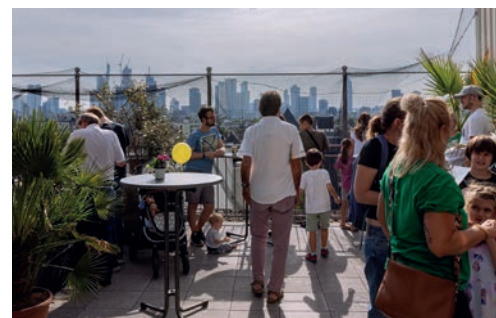
Bundesweit stehen rund 300.000 Pflegekräfte durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung. Das ist das Ergebnis einer von der Arbeitnehmerkammer Bremen letzten Sommer veröffentlichten Studie. „Wie bei den Hebammen auch, haben wir in der Kinderkrankenpflege eigentlich keinen Mangel an qualifizierten Fachkräften, sondern an in ihrem Beruf tätigen Fachkräften“, ordnet Wolfgang Heyl, Geschäftsführer

des Bürgerhospitals und des Clementine Kinderhospitals, die Lage ein. Zu viele hätten dem Beruf aufgrund hoher Arbeitsbelastung, mangelnder Fortbildungsmöglichkeiten und fehlender Wertschätzung durch den Arbeitgeber den Rücken gekehrt. Das Wiedereinstiegsprojekt soll ausgestiegenen Kinderkrankenpfleger:innen, die nach wie vor für ihren Beruf brennen, eine attraktive Rückkehr anbieten.

Kinderkrankenpfleger:innen, die sich für einen Wiedereinstieg in den Beruf interessieren, können am Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital ein dreimonatiges Programm durchlaufen. In dieser Zeit lernen sie in begleiteten Praxistagen Einsatzbereiche der Stiftungskrankenhäuser kennen, insbesondere am Clementine Kinderhospital, Frankfurts einzigem Kinderkrankenhaus. Darüber hinaus gibt es Theorieschulungen zur Auffrischung des Know-hows.

Wie beim vorangegangenen Hebammenprojekt auch, erhalten die Teilnehmer:innen schon während der dreimonatigen Mentoringphase ein reguläres Gehalt nach TVÖD. Zudem kann das Programm auch in Teilzeit absolviert werden. Nach Ablauf der drei Monate wird eine Übernahme angeboten.

Weitere Informationen zum Projekt unter www.wiedereinstieg-kinderspiel.de



Wie medizinischer Fortschritt,
Erfahrung und Präzision die
Schilddrüsenchirurgie optimieren

Hightech und Handarbeit

Ob Morbus Basedow, eine Erkrankung der Nebenschilddrüse oder gar ein Schilddrüsenkarzinom – rund 1.700 Patient:innen schaffen Dr. med. Christian Vorländer und sein Team jedes Jahr ganz wortwörtlich „ein Problem vom Hals“. Als Spezialist:innen für Schilddrüsenoperationen wissen sie genau, in welchen Fällen eine Operation vermeidbar bzw. dringend geboten ist. Deswegen überweisen niedergelassene Ärzt:innen viele ihrer Patient:innen an die Endokrine Chirurgie des Frankfurter Bürgerhospitals, um eine krankhafte Veränderung an der Schilddrüse abklären zu lassen.

Christiane Grundmann

„Etwa 15 Patienten untersuchen wir pro Tag in unserer Indikationssprechstunde, etwa die Hälfte davon schicken wir ohne OP wieder nach Hause. Unsere

Klinik hat in der Region mittlerweile eine Art ‚Letztinstanz-Charakter‘“, erklärt Chefarzt Dr. med. Christian Vorländer den hohen Zulauf.

Doch von vorn: Die Schilddrüse ist eine Hormondrüse, die unterhalb des Kehlkopfs sitzt. Das schmetterlingsförmige Organ reguliert zahlreiche lebenswicht-



tige Stoffwechselprozesse. Sowohl eine Unterfunktion als auch eine Überfunktion bringt vielerlei Beschwerden mit sich. Zudem kann die Schilddrüse Knoten bilden, sich stark vergrößern und einen sogenannten Kropf bilden. Neben Autoimmunerkrankungen ist Jodmangel nach wie vor eine Hauptursache für Schilddrüsenleiden. Blutbild und Ultraschalluntersuchungen kommen bei der Diagnosefindung zum Einsatz. Oft ist eine medikamentöse Behandlung ausreichend, mitunter ist aber auch eine Operation notwendig.

Alles unter einem Dach

Deutschlandweit hat die Zahl der Schilddrüsenoperationen in den vergangenen Jahren um 30 Prozent abgenommen: Waren es bis 2010 etwa 100.000 Operationen jährlich, sind es nun noch rund 70.000. In der Klinik für Endokrine Chirurgie am Bürgerhospital macht sich dies aber nicht bemerkbar. Aus ganz Deutschland reisen Erkrankte mittlerweile an. „Die hohe Spezialisierung unserer Klinik und auch die Tatsache, dass verwandte Fachbereiche im Haus angesiedelt sind, haben dazu geführt, dass

Die hohe Spezialisierung unserer Klinik und auch, dass verwandte Fachbereiche im Haus angesiedelt sind, haben dazu geführt, dass immer mehr Patienten den Weg zu uns finden.“

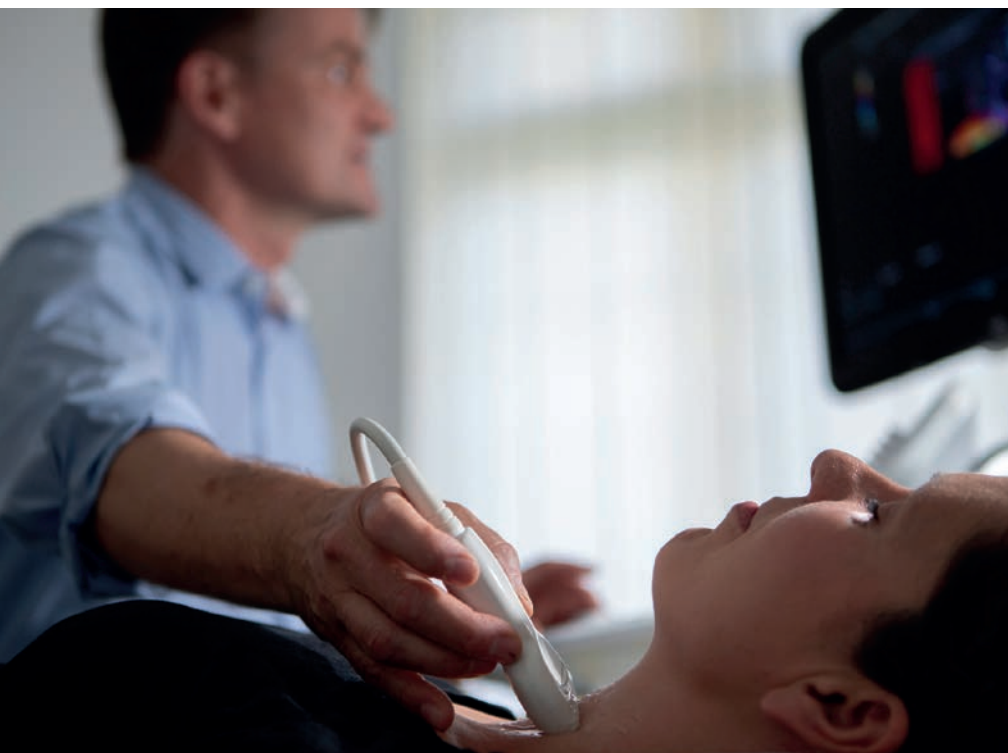
immer mehr Patienten den Weg zu uns finden. Deswegen haben wir auch Erfahrung mit eher seltenen Erkrankungen, wie riesigen Kröpfen oder Kindern mit Karzinomen“, erläutert der gebürtige Frankfurter.

Zu diesen „verwandten Fachbereichen“ zählt zum Beispiel das Orbitazentrum, das spezialisiert ist auf die Behandlung der endokrinen Orbitopathie, einer schmerzhaften Vergrößerung der Augen. Patient:innen mit dieser Erkrankung werden nicht nur augenmedizinisch, sondern im Konsil auch endokrinologisch betreut. Zudem fließen die Behandlungsergebnisse in gemeinsame Studien ein.

Im Fachbereich der Thermoablation werden dagegen Schilddrüsenknoten mit hochfokussiertem Ultraschall oder Radiofrequenzwellen behandelt, womit sich eine Operation mitunter vermeiden lässt. Das chirurgische und thermoablative Behandlungsangebot an einem Haus ermöglicht eine objektivere Beratung. Auch für die Kinderendokrinologie am Clementine Kinderhospital ist das Team rund um Dr. Vorländer ansprechbar: „Es ist zwar sehr selten, aber auch Kinder können schwere oder sogar bösartige Erkrankungen der Schilddrüse haben, und die Frage, ob eine Operation weiterhilft, steht im Raum.“

Sorgfältiges Abwägen notwendig

Bei jedem Fall wird sehr sorgfältig überlegt, ob eine Operation notwendig ist: Wie wichtig ist es, Gewissheit über die Gut- bzw. Bösartigkeit eines Knotens zu haben, auch wenn dies bedeutet, eine entfernte Schilddrüse lebenslang mit Hormonen zu ersetzen? Ist ein Kropf nur ein kosmetisches Problem oder engt er die Luftröhre ein? Lässt sich eine Überfunktion medikamentös beherrschen oder hat sie zu starke Auswirkungen auf den Lebensalltag? Diese und viele andere Fragen werfen Dr. Vorländer und sein Team in die Waagschale, um die Notwendigkeit und die Dringlichkeit einer Schilddrüsenoperation zu beurteilen. „Ganz grundsätzlich sind die drei Hauptkriterien Überfunktion, Größe und Malignität, d. h. Gut- oder Bösartigkeit, ausschlaggebend bei der Entscheidung für oder gegen eine Operation. In einigen Fällen besteht



Moderne Ultraschallgeräte liefern viele Informationen über die Beschaffenheit von Schilddrüsenknoten.



Auch Hightech setzt chirurgisches Können und Erfahrung voraus.

„Sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie gab es in den vergangenen Jahren viele hilfreiche Entwicklungen zugunsten der Patienten.“

sogar unmittelbarer Handlungsbedarf, etwa wenn die Atmung eingeschränkt ist, eine Überfunktion das Herz-Kreislauf-System akut belastet oder wenn ein Knoten sich als Krebs herausstellt. In den meisten Fällen ist eine Operation jedoch weniger eilig und die Patienten wählen einen für sie günstigen Zeitpunkt“, erklärt der Chefarzt die Priorisierung.

Medizinischer Fortschritt verbessert Behandlung

In seiner 28-jährigen Laufbahn als Schilddrüsenchirurg blickt er auf eine positive Entwicklung in der Endokrinen Chirurgie zurück: „Sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie gab es in den vergangenen

Jahren viele hilfreiche Entwicklungen zugunsten der Patienten“, resümiert er. „Moderne Ultraschallgeräte können eine Elastografie durchführen. Das heißt, sie geben nicht nur Auskunft über die Größe und Beschaffenheit eines Schilddrüsenknotens, auch die Durchblutungssituation und die Elastizität lassen sich damit darstellen. Je härter ein Knoten ist, desto verdächtiger ist er. Durch diese präzisen Untersuchungsmöglichkeiten lässt sich heutzutage das Risiko einer OP bzw. einer Nicht-OP besser bewerten.“

Die Patient:innen, die eine Operation benötigen, profitieren auch während des Eingriffs vom technischen Fortschritt.

So gehören Lupenbrille und Stirnlampe mittlerweile zur Grundausstattung der Chirurg:innen – sie ermöglichen kleinere und präzisere Schnitte. Thermische Ultraschallscheren, die Gewebe trennen und verschweißen können, machen die Operationen schneller und blutärmer. Wenn eine Schilddrüse nur zum Teil entfernt wird, kann damit die Oberfläche des verbleibenden Anteils versiegelt werden. Mithilfe des Neuromonitorings wird während der Operation die Funktion des Stimmbandnervs akustisch überprüft, früher war dies nur optisch möglich. Mit einem Gerät, das die Autofluoreszenz von Nebenschilddrüsen nutzt, können diese sichtbar gemacht werden – und dem Patienten erhalten bleiben.

„Bei uns erlernen Nachwuchschirurgen Grundfertigkeiten, die sie für alle anderen Operationsarten einsetzen können: eine gute Feinmotorik, Präzision und Gewissenhaftigkeit.“



Lupenbrille und andere Hightechgeräte gehören heutzutage zur Standardausstattung bei Schilddrüsenoperationen.

Zusammengefasst bedeutet dies: „Früher wurde meist radikaler operiert. Dadurch, dass sich heute die Risiken vorab besser einschätzen lassen, kann oft mehr Schilddrüsengewebe verbleiben, mit dem Patienten gut leben können. Die ganze Schilddrüse entfernen wir nur noch, wenn unbedingt notwendig.“ Und noch einen Unterschied kann Christian Vorländer ausmachen: Durch Vorsorgeuntersuchungen werden Krankheiten zeitiger festgestellt. Die Tumorstadien sind heute geringer als vor 20 Jahren, was ebenfalls einen Teilerhalt der Schilddrüse begünstigt.“

Gute Ausbildung bleibt das A und O

Bei allen technischen Neuerungen bleibt die qualifizierte ärztliche Ausbildung

oberste Pflicht: „Weder ist das Neuromonitoring ein Nervensuchgerät noch ist Autofluoreszenz ein Nebenschilddrüsenfindgerät – es ist nach wie vor wichtig, dass ein Chirurg weiß, was er tut. Man kann einen Nerv nur nachweisen und eine Nebenschilddrüse nur schützen, wenn beide chirurgisch sauber präpariert wurden. Die technologischen Errungenschaften geben dann eine zusätzliche Sicherheit.“

Neben dem handwerklichen Geschick, das die Ärzt:innen, die am OP-Tisch von Christian Vorländer in die Schule gehen, erlernen, bekommen sie auch Freude an der Arbeit und den Anspruch an die Ergebnisqualität vermittelt: „Bei uns erlernen die Nachwuchschirurgen Grundfertigkeiten,

die sie für alle anderen Operationsarten einsetzen können – eine gute Feinmotorik, Präzision und Gewissenhaftigkeit. Wer einen Stimmbandnerv darstellen kann, kann auch einen Gallengang schonen.“

Dieser medizinische Standard zeigt sich auch in der Versorgung nach der Operation: „Das Pflegepersonal auf unserer Station hat ebenfalls einen sehr hohen Anspruch an seine Arbeit, alle sind geschult hinsichtlich möglicher Komplikationen, wie etwa Nachblutungen, und versuchen, den Aufenthalt für die Patienten so angenehm wie möglich zu machen. Unsere Zusammenarbeit ist sehr verlässlich und ich weiß, dass unsere frisch operierten Patienten top betreut sind. Die Rückmeldungen der Patienten bestätigen uns das.“



Mit geschulten Handgriffen tastet Dr. Vorländer die Größe der Schilddrüse.

Qualität und Menschlichkeit

Die hohe Ergebnisqualität zeigt sich auch in den Zertifizierungen durch anerkannte Fachgesellschaften. So ist die Klinik seit 2012 eines der wenigen Referenzzentren für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie in Deutschland. Rund 10.000 Fälle hat sie in den letzten sieben Jahren zum Studienregister der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie (CAEK) beigetragen. Als mehrjähriges Vorstandsmitglied der CAEK wirkte Christian Vorländer an der Erstellung verbindlicher medizinischer Leitlinien mit. Die Einhaltung dieser Standards überwacht er seit Jahren als Auditor, indem er andere Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Versorgungsqualität und Patientensicherheit begutachtet.

Doch nicht nur fachlich soll in der Klinik für Endokrine Chirurgie ein hohes Niveau herrschen, auch menschlich soll es sein: „Ich bin seit 37 Jahren am Bürgerhospital, habe vor dem Medizinstudium bereits meinen Zivildienst hier absolviert. Man kann schon sagen, dass ich eine besondere Verbindung zum Haus habe. Wir haben hier eine gute Mischung aus hochspeziali-

„Wir haben hier eine gute Mischung aus hochspezialisierter Chirurgie und menschlicher Zuwendung.“



Ob Medikation oder Operation – jeder Behandlungsschritt wird sorgfältig abgewogen.

„Jeder Patient hat eine eigene Vorgeschichte und ein anderes Behandlungsziel, jede OP erfordert individuelle Entscheidungen, das macht es jedes Mal spannend.“

sierter Chirurgie und menschlicher Zuwendung. Wirtschaftliche Zwänge sind bei uns hintangestellt. Wir schicken Patienten auch wieder nach Hause, wenn wir denken, dass eine Operation nicht angebracht ist.“

Bei der Frage, wie sich jemand, der in fast drei Jahrzehnten weit über 10.000 Schilddrüsen operiert hat, die Freude an der Arbeit erhält, muss Christian Vorländer nicht

lange überlegen: „Beim Ultraschall entsteht in meinem Kopf ein Bild von dem, was ich im OP zu erwarten habe. Wenn das schwarz-weiße, zweidimensionale Bild mit der dreidimensionalen, farbigen Realität übereinstimmt, dann empfinde ich das als eine große Bestätigung. Wenn wir es dann noch schaffen, schonender zu operieren als angekündigt, dann sind die Dankbarkeit und Zufriedenheit der Patienten noch das i-Tüpfelchen.“

Eine Analogie verdeutlicht die Passion für seinen Beruf treffend: „Für uns im Team ist es bei einer Operation wie bei einem Schachspiel: Die Figuren und die Regeln sind bekannt, dennoch ist jedes Spiel anders. Auch wenn das Handwerk gleich ist – jeder Patient hat eine eigene Vorgeschichte und ein anderes Behandlungsziel, jede OP erfordert individuelle Entscheidungen – das macht es jedes Mal spannend.“



Gespendete Frauenmilch:
optimale Starthilfe für Frühgeborene

Renaissance der Muttermilchbank

Die Geburt eines Frühchens markiert oft den Beginn einer emotionalen Achterbahnfahrt für Eltern und medizinisches Fachpersonal gleichermaßen. Der frühe Start ins Leben erfordert neben dem Kämpfergeist des Frühchens auch fortschrittliche medizinische Versorgung sowie eine besondere Form der Pflege und Nahrungszufuhr. Seit Sommer 2022 kann die Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin des Bürgerhospitals stationär behandelte Frühgeborene mit Spenderinnenmilch versorgen. Möglich macht das die Kooperation mit der Frankfurter Frauenmilchbank.

Meltem Yildiz

Die Geschichte der Muttermilchspende reicht weit in die Vergangenheit zurück. Bereits in alten Kulturen gab es ein Ammenwesen, um Kinder von Frauen mit we-

nig Milch unkompliziert und gesund zu ernähren. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte sich dann in verschiedenen Ländern die Idee von Muttermilchbanken.

Die Muttermilchbanken, wie wir sie heute kennen, entstanden aus der Erkenntnis, dass Frühgeborene, die oft mit niedrigem Geburtsgewicht zur Welt kommen, beson-

„Wissenschaftlich wird immer deutlicher, dass Muttermilch mit Abstand die beste Nahrung ist, auch die von Spenderinnen.“

dere Unterstützung bei der Ernährung benötigen, um ihr Immunsystem zu stärken und sich optimal zu entwickeln. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass Muttermilch eine Vielzahl von Nährstoffen, Antikörpern und Enzymen enthält, die für die gesunde Entwicklung von Frühchen entscheidend sind. In Deutschland gibt es heute knapp 40 Muttermilchbanken, die an Kliniken angeschlossen sind. Alle mit dem Ziel, die Gesundheit und Überlebenschancen von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen zu verbessern. „Wir erleben eine Renaissance von Muttermilchbanken in Deutschland. Wissenschaftlich wird immer deutlicher, dass Muttermilch mit Abstand die beste Nahrung ist, auch die von Spenderinnen“, hält Prof. Steffen Kunzmann, Chefarzt der Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, fest.



Frühchen, die noch nicht selbstständig schlucken, atmen und saugen können, werden vorsichtig über eine Magensonde gefüttert.

Als 2019 die Frankfurter Frauenmilchbank als Kooperationsprojekt zwischen dem DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg – Hessen und der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Frankfurt etabliert wurde, stand für Corina Uhl fest: „Da wollen wir mitmachen!“ Gemeinsam mit Prof. Kunzmann und Thomas Fuchs, Oberarzt der Neonatologie, leitet die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin sowie Stillexpertin die interdisziplinäre Projektgruppe der Frauenmilchbank am Bürgerhospital. Seit einem Jahr kooperiert diese mit der Frankfurter Frauenmilchbank bei der Gewinnung von Muttermilchspenden.

Im Bürgerhospital betreute Frühchen, deren Mütter aus gesundheitlichen oder an-

deren Gründen nicht ausreichend Muttermilch produzieren können, haben jetzt die Möglichkeit, mit Frauenmilch registrierter Spenderinnen ernährt zu werden. „Die Gründe sind unterschiedlich, so kommt die gespendete Frauenmilch auch zum Einsatz, wenn die Mutter beispielsweise einen Kaiserschnitt hatte, auf der Intensivstation liegt, eine schwere Präeklampsie vorliegt oder sie so viele Medikamente zu sich nimmt, dass wir die Milch nicht verwenden können“, erklärt Thomas Fuchs. Ziel sei es, die Versorgung der extrem kleinen Frühgeborenen (unter 28 Schwangerschaftswochen und 1.500 Gramm) mit Spenderinnenmilch über die ersten fünf bis sechs Lebenstage sicherzustellen.

Da sich die Zusammensetzung der Muttermilch je nach Stillzeitpunkt ändert, kommen für die Spenden nur Mütter von Frühgeborenen infrage. Diese Frauen haben in der Regel vor Kurzem entbunden und produzieren bereits ausreichend Muttermilch. „Wenn die eigene Mutter jedoch nur die geringste Menge Milch produziert, hat das Vorrang. Dann wird nur die benötigte Menge pro Tag mit Spenderinnenmilch ergänzt“, fügt Corina Uhl hinzu.

Doch wie gelangt diese „flüssige Medizin“ zu den Kindern? Die Abläufe der Muttermilchbank im Bürgerhospital Frankfurt sind durchdacht und sorgfältig organisiert. Stillende Frauen mit überschüssiger

„Wenn die eigene Mutter jedoch nur die geringste Menge Milch produziert, hat das Vorrang.“

Muttermilch können sich als Spenderinnen registrieren lassen. Jede Spenderin unterzieht sich strengen Gesundheitschecks und Untersuchungen, um die Sicherheit ihrer Milch für die Verwendung zu gewährleisten. „90 Prozent der Frauen sind sofort Feuer und Flamme und würden gern spenden. Dank unserer guten Stillquote können wir derzeit alle kleinen Frühgeborenen innerhalb der ersten 24 Stunden mit Spenderinnenmilch versorgen. Das heißt auch, dass die Mütter direkt im Thema und dankbar sind, wenn sie selbst als Spenderinnen helfen können“, berichtet Corina Uhl.

„Dank unserer guten Stillquote können wir derzeit alle kleinen Frühgeborenen innerhalb der ersten 24 Stunden mit Spenderinnenmilch versorgen.“

Nachdem der Blutspendedienst grünes Licht für die Blutproben der registrierten Mütter gegeben hat, pumpen die ausgewählten Spenderinnen ihre überschüssige Muttermilch in speziell etikettierte Milchfläschchen ab. Um Frische und Nährstoffe zu bewahren, wird die Milch eingefroren und über den hausinternen Fahrer an die Kolleg:innen des Blutspendediensts übergeben. Ein Teil der abgepumpten Frauenmilch wird dort aufgetaut und gemischt (Pooling). Vor der Weiterverarbeitung wird die Milch auf Verunreinigungen und Infektionen getestet. Um schädliche Bakterien abzutöten und die Milch für die empfindlichen Frühchen sicher zu machen, wird die gespendete Muttermilch in Portionen von etwa 50 ml abgefüllt und pasteurisiert. „Sobald die Tests bestätigen, dass alles sicher verwendet werden kann, erhalte ich die Freigabe und kann sie wieder abrufen. Wenn die Milchflaschen wieder bei uns eintreffen, werden sie aufgetaut und in sorgfältig kontrollierten Mengen an die Frühgeborenen gegeben. Vom Abpumpen bis zur Fütterung dürfen nicht mehr als sechs Monate vergehen“, beschreibt Corina Uhl den Ablauf.

Während der Schwangerschaft wird das Kind im Bauch der Mutter auf die Situation vorbereitet, in die es hineingeboren wird. Die Milch der eigenen Mutter vermittelt dem Kind die gleiche Stoffwechsellösung, die es bereits durch die Plazenta erhalten hat. Die Zusammensetzung der Milch ändert sich jedoch im Laufe der Zeit. Nach vier Wochen unter-



Flüssige Medizin: kleine Tropfen, große Hoffnung - Spritzen gefüllt mit kostbarer Spenderinnenmilch.

scheidet sich die Milch einer Mutter, die früh geboren hat, nicht mehr von der Milch einer Mutter, die termingemäß entbunden hat. „Daher ist die Milch in den ersten vier Wochen so wertvoll für die Frühchen“, betont Thomas Fuchs. Gespendete Muttermilch von einer Mutter mit Frühgeburt bietet, nach der Milch der eigenen Mutter, eine maßgeschneiderte Lösung, die speziell auf die Bedürfnisse von Frühchen abgestimmt ist. Sie fördert nicht nur Wachstum und Entwicklung, sondern stärkt auch das Immunsystem. Das ist von entscheidender Bedeutung und erhöht nicht nur die Überlebenschancen, sondern vermeidet auch langfristige Gesundheitsprobleme. Laut Prof. Kunzmann legen wissenschaftliche Daten dar, dass sich durch die eigene Muttermilch oder Spenderinnenmilch das Risiko für die Nekrotisierende Enterokolitis (NEC), eine

„Nach der eigenen Muttermilch ist Spenderinnenmilch für Frühchen eine maßgeschneiderte Lösung für Wachstum, Entwicklung und Stärkung des Immunsystem.“

oft tödlich verlaufende Darmentzündung, deutlich reduzieren könne. „Natürlich ist die Rohmilch der eigenen Mutter das Optimum. Wenn es ein Ranking gäbe, wäre die unverarbeitete Milch der eigenen Mutter an erster Stelle, gefolgt von roher gespendeter Milch, verarbeiteter gespendeter Milch und schließlich Formula-Nahrung“, hebt Thomas Fuchs hervor. Professor Kunzmann betont ebenfalls, „dass wir mit der Pasteurisierung einen hohen Preis für die Sicherheit zahlen. In anderen Ländern wird die Milch nicht pasteurisiert, da

sie so noch wirksamer ist. Allerdings besteht dann auch ein Restrisiko für eine Zytomegalie-Infektion. Hier gehen die Meinungen der Fachleute auseinander. In Europa legen wir mehr Wert auf Sicherheit.“

Nach einem Jahr der Startphase kann das Projektteam am Bürgerhospital stolz behaupten, sein Ziel erreicht zu haben: Alle Frühgeborenen unter 28 Wochen und 1.500 Gramm werden bei Bedarf mit Spenderinnenmilch versorgt. Dank der hohen Stillquote im Bürgerhospital besteht sogar ein Milchüberschuss, der laut Corina Uhl ausreicht, um zwei Kliniken zu versorgen. Dennoch erfordert der gesamte Prozess spezielle Ausrüstung, medizinisches Fachpersonal sowie Forschung und Qualitätskontrolle. „Wie oft in der Medizin zeigt der Fortschritt, dass Muttermilch oder Spenderinnenmilch am besten ist. Alle sind begeistert, aber weder der Staat noch die Krankenkassen möchten die dafür nötigen Kosten tragen“, betont Professor Kunzmann. „Trotz wirtschaftlicher Zwänge, die alle deutschen Krankenhäuser betreffen, ist das ein Leuchtturmprojekt, für das unsere Geschäftsführung die Mittel bereitstellt“, hebt Thomas Fuchs hervor. „Unsere Arbeit wurde von Anfang an mit allem, was wir benötigen, unterstützt. Wir sind dankbar, dass sie an das Projekt und die Vision glaubt. Genauso wie die Mütter mit ihren Frühchen“, schließt Corina Uhl ab.

Die Frankfurter Frauenmilchbank wurde 2019 als Kooperationsprojekt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Frankfurt unter der Leitung von Prof. Dr. Rolf Schlößer, Leiter der Neonatologie, und des DRK-Blutspendedienstes Baden-Württemberg – Hessen unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. h.c. Erhard Seifried, ärztlicher Direktor, sowie von Dr. med. Veronika Brixner, Fachärztin für Transfusionsmedizin des DRK-Blutspendedienstes, etabliert. Sie ist bislang die einzige Einrichtung ihrer Art in Hessen.



Ein starkes Team: Thomas Fuchs, Corina Uhl und Prof. Steffen Kunzmann (v. l. n. r.)



Es war ein (Sommer-)Fest!

Nach Jahren der Pandemie konnten wir endlich wieder einen lauen Sommerabend zusammen verbringen. Rund 700 Kolleg:innen sind im Juli unserer Einladung in die Union Halle gefolgt, um anzustoßen, zu feiern und bis in die Nacht zu tanzen. Schön war's!



Lust mitzufeiern? Auf unserer Karriereseite annersder.com findet sich sicher eine Möglichkeit, um im nächsten Jahr auf die Gästeliste zu kommen!









Neues Zentrum am Bürgerhospital

Volkskrankheit Reflux

Bundesweit leiden rund 20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung unter einem Reflux. Im Volksmund häufig einfach Sodbrennen genannt, liegt ein Reflux vor, wenn Säure aus dem Magen in die Speiseröhre fließt. Das Bürgerhospital bietet in seinem neuen Refluxzentrum Betroffenen jetzt alle Behandlungsmöglichkeiten gebündelt an.

Silvio Wagner

„Obwohl es eine weit verbreitete Erkrankung ist, wissen viele nicht, dass die Ursache eines Refluxes und die Beschwerden sehr unterschiedlich sein können“, erklärt Chefarzt Dr. med. Fabia A. Helfritz. Viele Menschen verbinden das unangenehme Sodbrennen primär mit ihrer Ernährung,

was wiederum zu dem Trugschluss führt, dass diese allein für einen Reflux verantwortlich ist. Aber so einfach ist es nicht. „Refluxerkrankungen können durch Ernährungsgewohnheiten entstehen – aber auch anatomisch bedingt sein. Zudem ist Sodbrennen zwar ein

häufiges und typisches Symptom. Aber auch Schluckbeschwerden, Übelkeit und Halsschmerzen sind nicht selten. In manchen Fällen können zudem Erkrankungen an Kehlkopf und Lunge als Folge eines Refluxes auftreten“, ergänzt Dr. Helfritz.

Vor einer Erörterung der Behandlungsmöglichkeiten legen seine Kolleg:innen im Refluxzentrum deswegen großen Wert auf eine korrekte Diagnose. „In der Regel gehen wir den Beschwerden mithilfe einer Kombination aus Anamnese, körperlicher Untersuchung und verschiedenen diagnostischen Verfahren auf den Grund“, so Oberarzt Ayman Salman. Ob Magenspiegelung, Breischluckuntersuchung oder eine sogenannte Manometrie durch die Nase – das Zentrum bietet alle gängigen Untersuchungsmöglichkeiten im Kontext einer möglichen Refluxerkrankung an. „Die Auswahl der diagnostischen Verfahren ist individuell und hängt von der Anamnese und möglicherweise bereits vorliegenden Befunden ab“, erklärt Salman. Aufbauend auf den Ergebnissen können mit den Patient:innen die besten Behandlungsoptionen und Therapiemöglichkeiten diskutiert werden.

In der Regel genügt bei einer Refluxerkrankung eine medikamentöse Therapie. Zudem kann eine Ernährungsanpassung Symptome lindern. In bestimmten Fällen ist aber auch eine Operation sinnvoll – oder sogar notwendig. Zum Beispiel, wenn der Reflux aus einem Zwerchfellbruch resultiert. Dabei verlagert sich der Magen durch eine Öffnung im Zwerchfell zum Teil in den oberen Brustraum – mit einem Reflux als Folge. „In solchen Fällen helfen Medikamente oder eine Umstellung der Ernährung nicht weiter“, erklärt Dr. Helfritz. Aber auch bei lang anhaltenden Krankheitssymptomen oder zu starken

„Refluxerkrankungen können durch Ernährungsgewohnheiten entstehen – aber auch anatomisch bedingt sein.“



Chefarzt Dr. med. Fabia A. Helfritz erläutert im Patientengespräch unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten bei einer Refluxerkrankung.

Nebenwirkungen bei der Medikamenteneinnahme kann eine Operation die sinnvollere Alternative sein. „Wenn eine OP nötig ist, wenden wir als zertifiziertes minimal-invasives Zentrum grundsätzlich Operationsverfahren an, die unnötige Schmerzen vermeiden und das Risiko von Thrombosen, Kreislauf- und Atembeschwerden nach der OP verringern. Zudem sind wir als Hernienzentrum besonders darauf spezialisiert, Refluxerkrankungen zu therapieren, die aus einem Zwerchfellbruch resultieren“, fasst Dr. Helfritz zusammen.

„Als Hernienzentrum sind wir besonders darauf spezialisiert, Refluxerkrankungen zu therapieren, die aus einem Zwerchfellbruch resultieren.“

**Für Terminvereinbarungen:
Refluxzentrum am Bürgerhospital**

Chefarztsekretariat
Telefon (069) 1500 – 5641
Telefax (069) 1500 – 5642
Montag, Dienstag, Donnerstag
09.00 bis 16.00 Uhr
Mittwoch und Freitag
09.00 bis 13.00 Uhr

Sekretariat
Telefon (069) 1500 – 1585
Telefax (069) 1500 – 1225

Montag bis Freitag
09.00 bis 12.00 Uhr





Kranke Kinder haben Vorfahrt

Wie funktioniert die Notfallambulanz am Clementine Kinderhospital?

Mehr als 13.000 kranke Kinder suchen jedes Jahr die Notfallambulanz des Clementine Kinderhospitals auf. Davon müssen rund 1.900 Kinder stationär aufgenommen werden. Im Interview erklärt Oberarzt Marco Haupt, Leiter der Notfallambulanz, wie die NOA am Clementine Kinderhospital funktioniert, warum es manchmal zu langen Wartezeiten kommt und was Eltern im Krankheitsfall ihres Kindes am besten unternehmen.

Christiane Grundmann

Herr Haupt, wie sieht ein ganz normaler Samstag im Winter aus?

Da sind alle im Team häufig bis an die Belastungsgrenze gefordert. Das Wartezimmer ist voll mit fiebernden Kleinkindern mit Husten, Schnupfen, Ohrenschmerzen. Kinder haben Fieber mit und ohne erkennbare Ursache, Magen-Darm-Erkrankungen, Hautausschläge.

Dazu sehen wir viele besorgte Eltern. Zudem kommen Kinder, die vom kinderärztlichen Notdienst zur stationären Aufnahme eingewiesen oder mit dem Rettungswagen eingeliefert werden.

Was sind übers Jahr die häufigsten Erkrankungen, die Ihnen begegnen?

Definitiv am häufigsten sehen wir Kin-

der mit fieberhaften Infekten, gefolgt von Magen-Darm-Erkrankungen. Kinder mit kleineren Verletzungen wie einer Gehirnerschütterung oder Platzwunden versorgen wir auch. Größere Verletzungen werden dagegen in der Kinderchirurgie am Bürgerhospital behandelt.

Haben Sie den Eindruck, dass sich Eltern bei Bagatellerkrankungen nicht mehr zu helfen wissen?

Ich glaube schon, dass man früher innerhalb der Familie eher Erfahrungen miteinander geteilt hat. Heute sind Eltern mehr auf sich allein gestellt. Nicht nur deswegen halte ich Erste-Hilfe-Kurse für Eltern für eine sehr sinnvolle Sache. Wenn Eltern unsicher sind, was im Krankheitsfall zu tun ist, hilft ein Anruf bei der 116117. Dort können Eltern die Symptome besprechen und erhalten fachkundigen Rat, ob ein Arzt aufgesucht werden sollte, und wenn ja, ob dafür der kinderärztliche Bereitschaftsdienst reicht oder ein Krankenhaus notwendig ist.

Was unterscheidet die Notaufnahme vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst?

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst ist die Anlaufstelle für kranke Erwachsene und nicht pädiatrisch orientiert oder geschult. Besser ist es, die kinderärztlichen Bereitschaftsdienste an der Uni-Klinik Frankfurt,

„Erste-Hilfe-Kurse für Eltern sind eine sehr sinnvolle Sache.“

Gesundheitswesen eine Ergänzung für schwer erkrankte Kinder, die eine dringende ärztliche Behandlung benötigen, die nur im Krankenhaus stattfinden kann.

Für gewöhnlich sind die Wartezeiten beim Bereitschaftsdienst kürzer als in der Notaufnahme eines Krankenhauses.

Warum ist das so?

Beim kinderärztlichen Notdienst werden alle Kinder wie in einer Arztpraxis nach der Reihe ihres Eintreffens untersucht. Wenn ein Kind so schwer erkrankt ist, dass eine Behandlung im Krankenhaus notwendig ist, wird es von dort zu einem Krankenhaus überwiesen.

In einer Notaufnahme werden dagegen alle kranken Kinder triagiert und die schwer erkrankten Patienten zuerst behandelt. Deren Versorgung und stationäre Aufnahme umfasst mehr als eine bloße Untersuchung und nimmt viel Zeit in Anspruch. Diese Fälle verlängern dann die Wartezeit für alle anderen Kinder mit weniger schweren Erkrankungen.

Was bedeutet „triagiert“?

Jedes Kind, das bei uns angemeldet wird, wird von einer speziell weitergebildeten Triage-Pflegekraft angeschaut. Sie bewertet nach dem Manchester-Triage-System, wie dringlich eine Behandlung ist.

Diese Dringlichkeit wird im Anmeldesystem mit einer Farbgebung gekennzeichnet. Eine Einstufung in die Kategorie „Rot“ heißt, es besteht möglicherweise Lebensgefahr und das Kind braucht sofort Hilfe. Abgestuft gibt es dann noch die Kategorien Orange, Gelb, Grün und Blau, die jeweils für eine andere Schwere der Erkrankung stehen.

„Wir sind kein Ersatz für einen niedergelassenen Kinderarzt, sondern eine Ergänzung für schwer erkrankte Kinder, die eine dringende ärztliche Behandlung benötigen, die nur im Krankenhaus stattfinden kann.“

am Sana-Klinikum Offenbach oder am Klinikum Höchst aufzusuchen. Sie sind eine Vertretung der niedergelassenen Kinderärzte. Das heißt, dort sind abends und am Wochenende Kinderärzte im Dienst, die sonst in einer Praxis arbeiten. Sie kümmern sich auch um leichtere Erkrankungen.

In unserer Notfallambulanz dagegen arbeiten Kinderärzte, die beim Krankenhaus angestellt sind. Sie versorgen in erster Linie Kinder, die stationär behandelt werden müssen. Es ist einfach wichtig zu wissen, dass wir kein Ersatz für einen niedergelassenen Kinderarzt sind, sondern in unserem



Fieberhafte Erkrankungen sind nicht nur im Winter der häufigste Vorstellungsgrund.

„Ein Kind mit Atemnot wird eher behandelt als ein Kind, das weniger schwer erkrankt ist.“

Wofür dient diese Einteilung?

Die Triage hilft uns, nach objektiven medizinischen Kriterien eine Behandlungsreihenfolge festzulegen. Das heißt, ein Kind mit Atemnot wird eher behandelt als ein Kind, das weniger schwer erkrankt ist, etwa einen Hautausschlag abklären lassen möchte.

Wie viel Zeit nimmt die Versorgung eines schwer erkrankten Kindes in Anspruch?

Wenn ein Kind lebensbedrohlich erkrankt ist, das heißt Atemnot und Kreislaufprobleme hat, liegt zwischen Eintreffen des Kindes und seiner Verlegung auf die Station etwa eine Stunde. Das kranke Kind muss gründlich untersucht werden, manchmal muss es direkt inhalieren, damit es ihm besser geht. Es wird Blut abgenommen und erste Therapiemaßnahmen werden eingeleitet. Dabei stehen wir in ständigem Austausch mit den Eltern, klären sie über die Behandlung auf und beantworten ihre Fragen.

Erst wenn das Kind stabil genug ist, kann es verlegt werden. Auf der Station muss zuvor ein Bett vorbereitet werden. Mindestens zwei Personen sind während der Aufnahme eines Kindes voll eingebunden. Deswegen erhöht sich leider für alle leichter Erkrankten die Wartezeit mit jedem neu eintreffenden, schwer erkrankten Kind.

Werden Kinder, die mit dem Rettungswagen eingeliefert werden, bevorzugt?

Nicht unbedingt. Auch diese Kinder werden beim Eintreffen triagiert. Es geht bei der Behandlungspriorität immer darum, wie lebensgefährlich oder gesundheitsgefährdend eine Erkrankung ist. Auf welche Art das Kind bei uns eintrifft, ist egal. Aber ehrlicherweise muss man sagen, dass Kinder,

die mit dem Rettungswagen kommen, überwiegend eine ernste Erkrankung haben und deswegen meist priorisiert behandelt werden.

Wie begegnen Sie Eltern, die sich über die langen Wartezeiten ärgern?

Mit Empathie. Die Eltern haben ein krankes Kind, sind besorgt und möchten, dass ihr Kind Hilfe erhält. Nun ist es aber so, dass unsere Triage-Fachkräfte die Situation medizinisch objektiv einschätzen, was dann oft nicht mit dem subjektiven Empfinden der Eltern zusammenpasst. Wenn dies zu Konflikten führt, teilen wir den Eltern mit, dass wir ihr Kind bereits eingeschätzt haben und kein Grund für Beunruhigung besteht. Wir erklären auch, dass die Triage uns hilft, bei einer Vielzahl an kranken Kindern die Notfälle herauszufiltern. Wir wissen, das ist manchmal schwer auszuhalten, aber die Eltern sollen wissen, dass ihrem Kind während der Wartezeit nichts Schlimmes passiert. Sollte sich sein Zustand in der Zwischenzeit verschlechtern, dann sind Mitarbeitende vor Ort, die sie ansprechen können.

Was wünschen Sie sich von Eltern, die eine lange Zeit im Wartezimmer verbringen?

Ich wünsche mir, dass sie auch die anderen Eltern sehen, denen es genauso geht wie ihnen. Und dass sie Verständnis dafür haben, dass wir gerade Kinder behandeln, denen es wesentlich schlechter geht als ihrem eigenen. Ich möchte, dass sie freundlich bleiben und nicht unsere Mitarbeitenden angreifen. Es wird hier niemand bevorzugt, wir haben rein medizinische Auswahlprozesse.

Wann sollten Eltern gar nicht in die Notaufnahme kommen?



Marco Haupt ist Kinderarzt und Kinderpneumologe und ist seit 2005 am Clementine Kinderhospital. Seit Januar 2022 ist er Leiter der Notfallambulanz. An Kindern mag er ihre ehrliche und direkte Art, und er ist immer wieder froh, dass sie ihm das Blutabnehmen und „In-den-Rachen-Schauen“ nicht übelnehmen.

Immer, wenn leichte Erkrankungen schon länger bestehen und nicht akut sind. Ein drei Wochen alter Hautausschlag muss nicht Samstagabend begutachtet werden. Dafür reicht der kinderärztliche Notdienst am Sonntag oder auch der reguläre Kinderarzt am Montag.

Gibt es eine Faustregel, wann Eltern direkt ein Krankenhaus aufsuchen sollten?

Ja, die gibt es: Kinder, die apathisch sind, also nicht mehr richtig reagieren, oder die gar bewusstlos sind, gehören sofort ins Krankenhaus. Auch Krampfanfälle. Zudem jede Form von Atemnot: etwa Kinder mit bläulicher Verfärbung der Haut oder mit einer sehr schnellen Atmung. Eigentlich kann man sagen, dass alle Erkrankungen, für die man einen Rettungswagen benötigt, ein klarer Fall fürs Krankenhaus sind. Ein ohnmächtiges Kind würden Eltern ja nicht mit der U-Bahn zu uns bringen. Wenn man dagegen mit seinem Kind allein, in Ruhe, einen Arzt aufsuchen kann, ist der kinderärztliche Bereitschaftsdienst fast immer die geeignete Anlaufstelle.

Vielen Dank für das Gespräch!



Hebammen kehren in den Kreißsaal zurück Zurück zur Berufung

Bundesweit macht sich der Fachkräftemangel zunehmend bemerkbar. Die Gesundheitsbranche steht schon länger vor dieser Herausforderung. Das Bürgerhospital und das Clementine Kinderhospital schlagen seit diesem Jahr mit Mentoringprojekten innovative Wege bei der Rückgewinnung von Fachkräften ein.

Silvio Wagner

Jede Hebamme in Deutschland hat schon einmal in einem Krankenhaus gearbeitet. Denn hier wird sie als Auszubildende oder Studentin auf ihren Beruf vorbereitet. Aber dauerhaft in der Klinik arbeiten? Das können sich nicht viele Hebammen vorstellen. Auch für Chantal Gertsen Eduardo war früh klar, dass sie nicht dauerhaft im Kreißsaal arbeiten wollte.

Gertsen Eduardo ist Hebamme und hatte sich nach ihrer Ausbildung 2008 noch ganz bewusst für einen Arbeitsplatz in einer großen Geburtsklinik entschieden. „Ich wollte an ein Level-1-Haus, also an eine Klinik der höchsten Versorgungsstufe, wo auch Risikoschwangerschaften betreut werden“, erinnert sie sich. „Denn es war mir wichtig, in der Geburtshilfe auf

alle Eventualitäten vorbereitet zu sein. Und das lernt man nur in einer großen Geburtsklinik.“

Tatsächlich sammelt die gebürtige Rheinländerin in den nächsten Jahren viel Erfahrung in der Geburtshilfe. Sie betreut kranke Gebärende, komplikationsreiche Geburten und Zwillingsschwangerschaften.

„Wie soll man damit umgehen, dass bundesweit immer mehr Hebammen die Geburtshilfe verlassen?“

ten – so, wie sie es sich vom Gang an die Klinik erhofft hatte. Aber sie merkt, dass die Arbeitsumgebung nicht die richtige für sie ist. „Alle Hebammen haben alles gemacht – und von allem zu viel. Es gab keine Struktur, in der wir uns im Kreißaal auf unsere Kernaufgabe hätten konzentrieren können: die Geburtshilfe.“ Sie fragt sich häufig, ob die Klinik ihr die richtige Arbeitsumgebung bietet.

Dass Hebammen nach dem Berufsstart im Krankenhaus ihren ursprünglichen Arbeitsort verlassen, ist schon lange ein Problem im Gesundheitswesen. Es verschärft die Versorgungslage von Schwangeren: Der Deutsche Hebammenverband zählt bundesweit über 100 Kreißsäle, die in den letzten Jahren ganz oder für längere Zeit geschlossen worden sind. Am Nachwuchs liegt es nicht. „Als ich in die Ausbildung bin, gab es 100 Bewerberinnen auf einen Ausbildungsplatz“, erinnert sich Gertsen Eduardo. Und auch heute ist die Anzahl an Berufseinsteigerinnen nicht das Problem, sondern dass sie die Klinik schon nach wenigen Jahren verlassen oder erst gar nicht anfangen, dort regulär zu arbeiten.

Vier Jahre nach ihrem Einstieg verlässt auch sie die Klinik und arbeitet fortan freiberuflich. Sie macht Vorsorge-Hausbesuche bei Schwangeren, betreut Frauen im Wochenbett und betreut auch Geburten in einem Geburtshaus. 2016 wird sie selbst schwanger und gründet eine Familie, die mittlerweile vierköpfig ist.

Wie geht man als große Geburtsklinik damit um, dass bundesweit immer mehr



Als Kreißaal-Rückkehrerin wird Chantal Gertsen Eduardo intensiv vom Hebammen-Team eingearbeitet.

Hebammen die Geburtshilfe verlassen? Im Bürgerhospital beraten sich unter anderem Ulrike Schnitzler und Friederike Kim dazu. Schnitzler ist Leitende Hebamme des hiesigen Kreißsaals, des derzeit größten in Deutschland mit über 4.200 Geburten im Jahr. Kim ist ebenfalls Hebamme, arbeitet im Team von Schnitzler und ist eine Rückkehrerin.

Sie hatte die klinische Geburtshilfe nach der Geburt ihrer Kinder mehrere Jahre an den Nagel gehängt und kennt die Herausforderungen einer Rückkehr in den Kreißaal aus eigener Erfahrung.

Zusammen mit einer Arbeitsgruppe von Hebammen und Vertreterinnen des Deutschen Hebammenverbands entwickelt das Kreißaalteam ein Programm, das Hebammen wie Chantal Gertsen Eduardo von einer Rückkehr in die klinische Hebammentätigkeit überzeugen soll. Dabei werden sie vom Runden Tisch Geburts- und Hebammenhilfe Hessen unterstützt – einer Arbeitsgruppe, die sich regelmäßig zur Versorgungslage von Schwangeren austauscht. Zusätzlich unterstützt das Hessische Sozialministerium das Programm. „Ich war von Anfang an überzeugt, dass so ein Rückkehrprogramm nicht überall

„Das Ergebnis des ersten Durchlaufs hat uns darin bestärkt, das Programm fortzuführen.“

gelingen kann, aber hier am Bürgerhospital schon", erzählt Kim. Sie arbeitet hier seit 2016, kennt das Team und die Strukturen des Hauses. „Wir hatten in den letzten Jahren viel Erfolg darin, Hebammen aus dem Ausland, z. B. Italien, in unseren Kreißaal einzuarbeiten. Und zwar nicht nebenbei, sondern mit dem nötigen Einsatz des Teams und einem langen Atem. Warum es also nicht mit Hebammen probieren, die bereits hier sind, aber den Weg zurück in die Klinik scheuen?“, ergänzt Schnitzler.

Um Hebammen wieder für den Kreißaal zu gewinnen, entwickeln die beiden mit ihren Kolleginnen ein Mentoringprogramm: drei Monate Schulungen und Praxiseinsätze für Rückkehrerinnen, feste Ansprechpartnerinnen und Patinnen aus dem Hebammenteam für die Rückkehrerinnen, klare Strukturen, um sich in der neuen Umgebung zurechtzufinden. Auch die Ärzteschaft und andere geburtshilfliche Bereiche jenseits des Kreißaals, wie die geburtshilflichen Stationen und die Schwangerenambulanz, unterstützen das Programm. Zudem fördert die Geschäftsführung das Projekt aktiv: Teilnehmerinnen am Programm sollen ab dem ersten Tag voll vergütet werden und können in Teilzeit teilnehmen, um familiäre oder freiberufliche Verpflichtungen weiterverfolgen zu können.

„Es braucht ein Team und ein Haus, die so ein Projekt auch mittragen wollen und können.“

Ende 2022 starten die ersten Informationsveranstaltungen, um interessierten Hebammen das Projekt vorzustellen. Das Angebot spricht sich schnell herum, es gibt Anfragen aus anderen Bundesländern, sogar aus Frankreich. Im März starten schließlich die ersten sechs Hebammen im Mentoringprogramm. Drei Monate später beschließen vier von ihnen, wieder dauerhaft in der Geburtshilfe des Bürgerhospitals bleiben zu wollen.

„Das Ergebnis des ersten Durchlaufs hat uns darin bestärkt, das Programm fortzuführen. Zumal unser Angebot auch die beiden übrigen Teilnehmerinnen dazu bewogen hat, in ihren Heimatregionen wieder in die Geburtshilfe zurückzukehren“, erklärt Friederike Kim. Über den

Sommer hinweg läuft die Bewerbungsphase, im September starten erneut sechs Hebammen ihr Rückkehrprojekt. Kommendes Frühjahr folgt die dritte Ausgabe.

Parallel wurde am Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital ein Rückkehrprogramm für Kinderkrankenpflegekräfte entwickelt, um auch ihnen die Rückkehr in den Beruf zu erleichtern. Ulrike Schnitzler ist sich sicher, dass der Erfolg des Projekts Schule machen kann, wenn auch nicht überall: „Egal wie ausgeklügelt das Rückkehrprogramm auf dem Papier ist: Am Ende braucht es ein Team und ein Haus, die so ein Projekt auch mittragen wollen und können.“

Ausweitung des Rückkehrprogramms für Kinderkrankenpflegekräfte am Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital

In Anbetracht des Erfolgs des Rückkehrprojekts bei Hebammen haben das Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital das Mentoringprogramm auf die Kinderkrankenpflege ausgeweitet. Kinderkrankenpflegekräfte, die eine Rückkehr in den Beruf in Erwägung ziehen, lernen in begleiteten Praxistagen die pädiatrischen Bereiche der Stiftungskrankenhäuser kennen. Darüber hinaus gibt es Theorie-schulungen zur Auffrischung des Know-hows. Teilnehmer:innen erhalten schon während der dreimonatigen Mentoringphase ein reguläres Gehalt nach TVÖD. Zudem kann das Programm auch in Teilzeit absolviert werden. Nach Ablauf der drei Monate wird eine Übernahme angeboten.

Weitere Information zum Rückkehrprojekt
der Kinderkrankenpflege unter
www.wiedereinstieg-kinderspiel.de



5 Fragen an unsere Jubilarin!



Daniela
Dock-Rust

1. Sie sind seit 20 Jahren am Bürgerhospital. Warum sind Sie noch hier?

Zum einen hat mich die Ausbildung überzeugt, die war hier einfach mit am besten. Damals hatte ich noch kleine Kinder und da waren die Arbeitsbedingungen einfach ideal. Mit der Zeit fand ich dann auch meine Nische. Zum anderen lerne ich selbst nach 20 Jahren jeden Tag etwas Neues.

2. Was waren in den letzten 20 Jahren die schönsten Erlebnisse?

Neben vielen schönen Momenten mit meinen Kollegen und Kolleginnen erinnere ich mich an einen Patienten, der bei uns mit einer Lungenembolie behandelt wurde. Während es Patienten auf Normalstationen mit Stationsärzten zu tun haben, an die sie sich später erinnern, ist die Situation für alle in der Notaufnahme emotional durchaus geladener. Da ist es für mich schon etwas Besonderes, wenn ein Patient später noch jahrelang, wenn er zu den Nachbehandlungen bei uns im Haus ist, zu mir sagt: „Ich wäre jetzt nicht hier, wenn Sie die Lungenembolie nicht erkannt hätten.“

3. Wer sind Ihre Helden im realen Leben?

Meine Großmutter und ihre Doktormutter waren schon Professorinnen. Als Mitglied des Mentoren- und-Menti-Programms für Frauen in der Medizin, vor allem in der Notfallmedizin, weiß ich, was sich Ärztin-

nen zum Teil heute noch anhören müssen. Die Doktor-mutter muss schon in den 50ern habilitiert gewesen sein. Ihre Leistungen und ihr Durchhaltevermögen in einer Zeit, in der wahrscheinlich alle gegen sie gearbeitet haben, beeindruckten und motivieren mich bis heute noch nachhaltig.

4. Nach Dienstschluss finden wir Sie wo?

Entweder auf der Bühne mit meinem Chor oder den kleinen Ensembles, in denen ich singe, oder lesend zu Hause.

5. Welches Motto trägt Sie durch Ihren Alltag?

Ich bin ein eher sarkastischer Mensch, daher: „Wird schon irgendwie gehen.“

Daniela Dock-Rust startete 2003 als Assistenzärztin im Bürgerhospital, arbeitete als Fachärztin für Innere Medizin und später als Oberärztin auf der Intensivstation. Seit 5 Jahren ist sie ärztliche Leiterin der zentralen Notaufnahme.

Impressum

V. i. S. d. P.: Wolfgang Heyl

Redaktionsleitung: Wolfgang Heyl

Stellv. Redaktionsleitung: Marcus Amberger

Redaktion:

Silvio Wagner

Christiane Grundmann

Meltem Yildiz

Anja Beseler

Redaktion:

Dr. med. Henry Schäfer

Dr. med. Christian Vorländer

Oberin Christine Schwarzbeck

Lektorat: Dr. Bettina Höfling-Semnar

Fotos:

Thomas X. Stoll

Bürgerhospital Frankfurt

Büro Schramm für Gestaltung

Daniel Weitenauer

Quandel Staudt Design

Grafik: Christina Schwinn

Druckerei:

Petermann GZW, Bad Nauheim

Anschrift der Redaktion:

Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH

Nibelungenallee 37-41, 60318 Frankfurt am Main

Bürgerhospital
Frankfurt am Main



Clementine
Kinderhospital

Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität

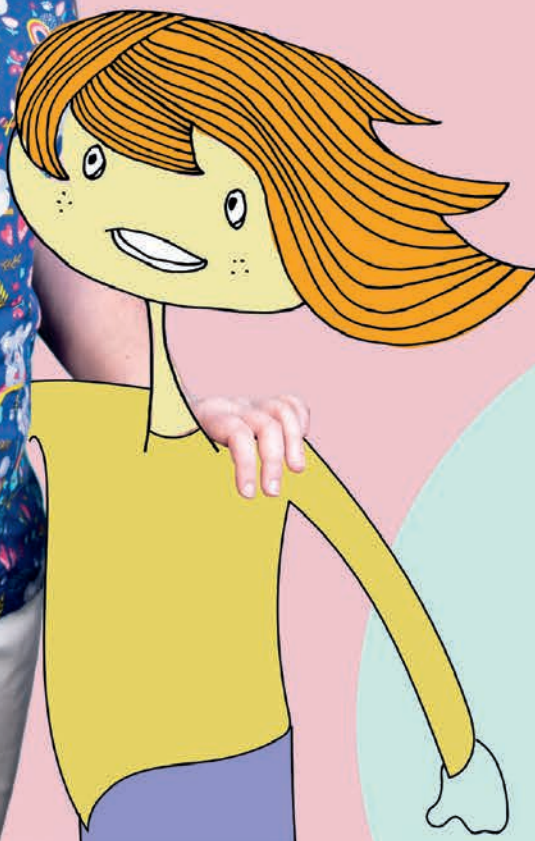


Dein Wiedereinstieg? Ein Kinderspiel!

Werde wieder Kinderkrankenpfleger:in
im Bürgerhospital und Clementine
Kinderhospital

Deine Vorteile

- ✓ Drei Monate Mentoring
- ✓ Theorie- und Praxisschulungen
- ✓ Teilzeitrückkehr
- ✓ Volle Bezahlung ab dem ersten Tag
- ✓ Strukturierte Arbeitsumgebung
- ✓ Engagierte Kolleg:innen



Weitere Informationen



wiedereinstieg-kinderspiel.de