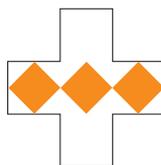
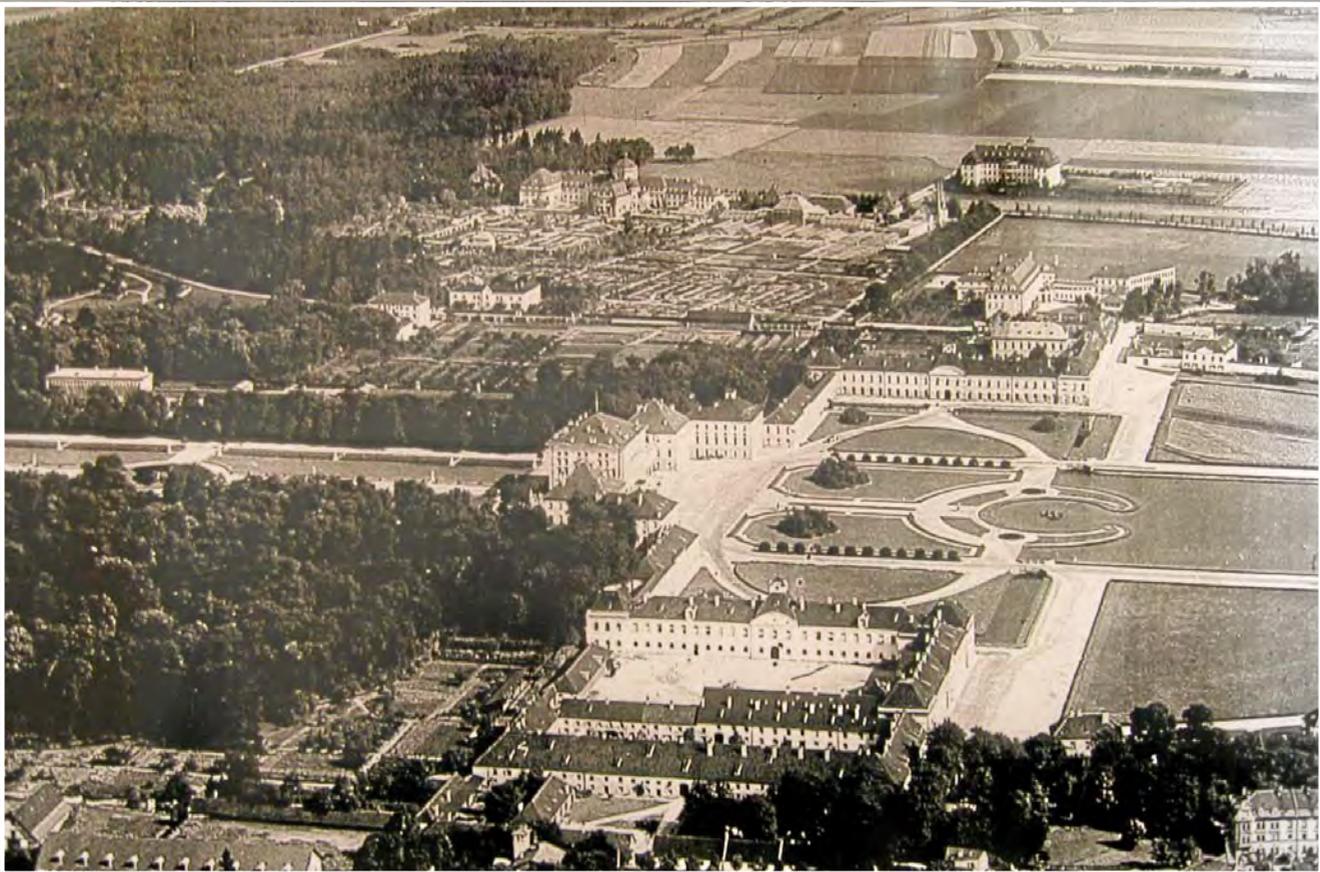


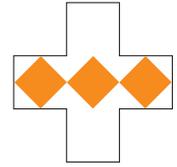
1912–2012

*100 Jahre*



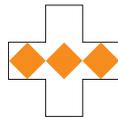
**KLINIKUM DRITTER ORDEN**  
**MÜNCHEN-NYMPHENBURG**  
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS







# 100 Jahre



**KLINIKUM DRITTER ORDEN**  
**MÜNCHEN-NYMPHENBURG**  
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS

Von Krankenfürsorge und  
Schwesternschule  
zum modernen  
Hochleistungs Krankenhaus

herausgegeben von  
Wolfgang Locher, Tanja Braß  
und Peter Weidinger

## 2. Umschlagseite:

Historisches Luftbild der Krankenanstalt des Dritten Ordens in München-Nymphenburg (rechter Bildhintergrund) mit der Schlossanlage Nymphenburg im vorderen Bildraum und darüber dem am 3. November 1912 eröffneten Botanischen Garten.

## 3. Umschlagseite:

Gesamtanlage des Klinikums Dritter Orden im Jubiläumsjahr 2012, Luftaufnahme Oktober 2011.

## Bildnachweis

Soweit nicht anders vermerkt, stammen alle historischen Aufnahmen aus dem Bildarchiv des Klinikums Dritter Orden.

Das Klinikum der Gegenwart wurde fotografiert von G. Arand, München.

Die Luftbildaufnahmen wurden seit 1984 vom Luftbild-Verlag Bertram München erstellt.

Alle übrigen Aufnahmen stammen aus dem Fotoarchiv der Schwesternschaft des Dritten Ordens.

© 2012 Klinikum Dritter Orden, München

Gestaltung und Projektkoordination:

W. Zuckschwerdt Verlag München

Druck: Bavaria Druck GmbH München

# Inhaltsverzeichnis

- 5 Vorwort der Herausgeber
- 7 Geleitwort von Generaloberin Sr. Seidl und Geschäftsführerin Sr. Irmgard Stallhofer:  
Franziskanischer Geist und zeitgemäßes Krankenhaus
- 10 Geleitwort von Peter Weidinger, Ärztlicher Direktor: Schwesternschaft des Dritten  
Ordens und Ärzte des Klinikums – eine gelungene Symbiose
- 13 Grußwort von Sr. Elfriede Retzer: Das Jubiläum aus dem Blickwinkel der  
Schwesternschule (Berufsfachschule für Krankenpflege) Dritter Orden
  
- 17 **Im Zeitraffer**  
Das Wachstum der Klinik in Bildern von gestern bis heute
  
- 27 **Historischer Rückblick**
- 28 100 Jahre Klinikum Dritter Orden in München – von Krankenfürsorge und  
Schwesternschule zum menschlichen Hochleistungs Krankenhaus
  
- 65 **Bildimpressionen – Die Klinik gestern**
  
- 81 **Bildimpressionen – Die Klinik heute**
  
- 99 **Die Klinik heute – Leistungsspektrum**
- 100 Vom chirurgischen Fachkrankenhaus zum Schwerpunkt-klinikum
- 104 Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie
- 108 Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

- 111 Klinik für Gelenkersatz, orthopädische Chirurgie, Unfall- und Wiederherstellungs-  
chirurgie
- 115 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- 118 Medizinische Kliniken
- 119 Klinik für Innere Medizin I – Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie,  
Hämatologie und Internistische Onkologie
- 122 Klinik für Innere Medizin II – Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie,  
Internistische Intensivmedizin
- 126 Kindermedizin im Klinikum Dritter Orden – Historischer Rückblick
- 128 Klinik für Kinderchirurgie
- 130 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- 134 Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin Nymphenburg
- 138 Belegärztliche Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen
- 139 Weitere Belegärzte
- 140 Ärztliche Kooperationspartner des Klinikums
- 142 Krankenpflege am Klinikum Dritter Orden – Ein Blick auf Geschichte und Gegenwart
- 145 Verwaltungsdienst
- 151 Verwaltungsgeschichte im Gespräch – ein Interview mit Sr. Irmenhilde Winkler
- 155 **Anhang**
- 156 Verzeichnisse

## Vorwort der Herausgeber

Seit 100 Jahren bietet das heutige Klinikum Dritter Orden den von Krankheit geplagten Menschen einen Ort der Behandlung und des Trostes. Das einhundertjährige Jubiläum hat der Träger des Klinikums, die Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens, als einen guten Anlass für eine Festschrift angesehen, und die Herausgeber dieser Schrift bedanken sich für das in sie gesetzte Vertrauen. Anderen die Geschichte der eigenen und dazu noch einer identitätsstiftenden Institution zu überlassen, ist keine Kleinigkeit.

Das Buch beinhaltet zum einen naturgemäß den Blick in den historischen Rückspiegel. Im bildlichen Zeitraffer entsteht die Krankenanstalt in ihrer baulichen Erweiterung. Es folgen erzählte Stationen der Klinikgeschichte und eine historische Bildergalerie beschließt diesen Teil. Der Blick richtet sich aber auch auf die Gegenwart. Bildimpressionen stellen das Klinikum heute vor. Und eingeleitet von einem kurzen Vorspann des Ärztlichen Direktors präsentieren die Leiter der jeweiligen Kliniken und Abteilungen in der Folge das Leistungsspektrum des Krankenhauses. Aufstellungen und tabellarische Übersichten verstehen sich als Dienst am interessierten Leser.

In all dem spiegelt sich der Werdegang einer mit ungebrochenem Elan vorangetriebenen sozialen Einrichtung, in der stets Pflege, Ärzteschaft und Verwaltung in Partnerschaft verbunden waren und sind. In der Geschichte einer solchen Institution spiegelt sich aber auch der Wandel der modernen Medizin und schließlich hat sich auch das Umfeld des Wirkens zwischen damals und heute fundamental verändert. Ein utopischer Denker von 1912 hätte sich wohl kaum eine Zeit vorstellen können, in der vieles nur noch einen Klick entfernt ist.

Die Herausgeber danken allen, die am Entstehen dieser Festschrift direkt und indirekt mitgewirkt haben. Insbesondere jedoch denen, die uns mit historischem Bildmaterial versorgt haben und uns alte Geschichten erzählen konnten. Gerhard Arand hat die Klinik heute fotografiert. Seine Bilder werden in 100 Jahren wichtige Bilddokumente sein.

Die Herausgeber wünschen dem Klinikum Dritter Orden, dass es aus der Geschichte Kraft schöpft und dass das gute Zusammenspiel zwischen christlicher Fürsorge und moderner Heilwissenschaft auch im neuen Jahrhundert des Geburtstagskindes so eindrücklich gelingt.

München im Januar 2012



# Franziskanischer Geist und zeitgemäßes Krankenhaus

Geleitwort von Generaloberin Sr. Elisabeth Seidl und Geschäftsführerin Sr. Irmgard Stallhofer

Das Klinikum Dritter Orden, das am 1. Februar 1912 als „Krankenanstalt des Dritten Ordens in München-Nymphenburg“ mit 100 chirurgischen Betten feierlich in Betrieb genommen wurde, ist ein stolzes Beispiel für die gestalterische Kraft der christlichen Nächstenliebe.

## Unterwegs zu den Kranken

In der für große Bevölkerungskreise sozial entbehrensreichen Zeit Anfang des 20. Jahrhunderts hatten sich im Jahr 1902 einige Frauen in der Münchner Pfarrei St. Anton unter der Leitung des Kapuzinerpaters Petrus Eder zu einer zunächst losen Verbindung von Pflegerinnen zusammengeschlossen, um in christlicher Nächstenliebe den armen und kranken Menschen in und um München beizustehen. Daraus entstand eine Gemeinschaft von Frauen, die sich dem inzwischen gegründeten Verein „Krankenfürsorge des Dritten Ordens“ zur Erfüllung seiner karitativ-gemeinnützigen Aufgaben im franziskanischen Geist zur Verfügung stellten. Sie taten dies mit großem Gottvertrauen, mit viel Idealismus und in einer äußerst bescheidenen persönlichen Lebensführung.

Gemäß ihrem Motto „unterwegs zu den Kranken“ legten sie ihren Schwerpunkt zunächst auf die ambulante Krankenpflege und besuchten die notleidenden Men-



Generaloberin Sr. Elisabeth Seidl (rechts) und Geschäftsführerin Sr. Irmgard Stallhofer

schen in ihren Wohnungen, betreuten Obdachlose oder versorgten oft wochenlang den Haushalt in den Familien, wenn die Mutter erkrankt war. Die Gemeinschaft dieser sozial hochmotivierten Schwestern wuchs rasch und verteilte sich bald auf viele verschiedene Einsatzorte über ganz Bayern. Die Mitgliederzahl erreichte im Jahr 1958 mit 850 Schwestern ihren Höchststand, heute sind es noch 137 Schwestern.

## Ein Krankenhaus als Pflegeschule

Rasch war klar, dass menschliches Mitleid und christlicher Wille allein für das mühsame Arbeitsprogramm nicht ausreichten. Eine gediegene Krankenpflegeausbildung war für eine angemessene Versorgung der Kranken unerlässlich. Konfrontiert mit dem Mangel an geeigneten Ausbildungsplätzen ergriffen die von tapferem Pioniergeist und Engagement beseelten Schwestern schließlich selbst die Initiative. Angeführt vom Kapuzinerpater Petrus Canisius König fanden sie tatkräftige Unterstützung beim Arzt Professor Dr. Carl Schindler und anderen einflussreichen und spendenfreudigen Gönnern und nutzten die sich bietende Gelegenheit, auf freiem Gelände in Nymphenburg ein eigenes Krankenhaus mit dazugehöriger Pflegeschule zu errichten. Mit unermüdlichem Einsatz, Weitsicht und Kompetenz gingen die Schwestern ans Werk und konnten bereits im Februar 1912 die ersten Patienten aufnehmen.

## 100 Jahre Bauen

Nach und nach wuchs das Krankenhaus und zur anfänglichen Chirurgie kamen weitere Fachdisziplinen dazu. Die „Krankenanstalt des Dritten Ordens“ erfreute sich eines so regen Zuspruchs, dass in den folgenden Jahrzehnten immer mehr Erweiterungsbauten nötig wurden.

Pfleglicher Umgang mit der alten Bausubstanz und die Errichtung neuer Baukörper wurden so zum Modernisierungsprogramm. Auch in den zurückliegenden dreißig Jahren, ab den 1980er Jahren bis zur Inbetriebnahme unserer Kinderklinik im Jahr 2002 und bis zur Gegenwart, wurde das gesamte Klinikum in wesentlichen Teilen saniert, um- oder neu gebaut.

Derzeit wird die Kinderklinik bereits wieder erweitert, und in naher Zukunft ist erneut ein großes Bauprojekt geplant, das vor allem eine Strukturverbesserung des gesamten Funktionstraktes in der Erwachsenenklinik (u. a. OP-Kapazitäten, Intermediate-Care-Räume) bringen wird.

Im Bauprogramm war aber stets auch Platz für unsere Schwestern im Alter. Auch unser Schwesternaltenheim wurde angrenzend an das Krankenhausgelände neu bzw. umgebaut und beherbergt unsere betagten Mitschwestern, die nach wie vor die Entwicklungen unseres Hauses und damit ihres gemeinsamen Lebenswerkes mit wachem Interesse begleiten.

## Zuversicht

Der mit einem 100-jährigen Geburtstag verbundene Blick zurück in die Vergangenheit vermittelt einem nicht nur Dankbarkeit, sondern gibt uns Schwestern auch Zuversicht für das Kommende. Die Geschichte unseres Hauses überdauerte zwei schreckensvolle Weltkriege, große politische Veränderungen, mit denen einschneidende gesellschaftliche Umwälzungen einhergingen, sowie unzählige Gesetzesvorschriften für den Krankenhausesektor, die immer wieder im Alltag umgesetzt und mit den Gegebenheiten in Einklang gebracht werden mussten. Alle diese Hürden wurden gemeistert. Nach 100 Jahren sind wir heute ein modernes Münchner Klinikum, das sich nach wie vor allen Herausforderungen der Zeit stellt. Das Leistungsspektrum unseres Hauses hat mittlerweile eine Bandbreite erreicht, an die wir früher nicht gedacht hätten.

## **Fortschrittliche Medizintechnik und menschliche Zuwendung**

Hohe Fachkompetenz, leistungsstarke Medizintechnik und eine komfortable Ausstattung der Räumlichkeiten prägen das Leistungsangebot im Klinikum Dritter Orden. Entscheidend für eine möglichst optimale Patientenversorgung ist nicht zuletzt ein angenehmes Arbeitsklima und eine gute Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer – ob das ein möglichst reibungsloses Miteinander der jeweiligen Bereiche im Haus ist oder die aufeinander abgestimmte, gute Zusammenarbeit mit unseren zahlreichen externen Partnern. Mit großer Freude sehen wir, wie die hohe Qualität der Arbeit unserer Mitarbeiter in allen Abteilungen des Hauses durch immer mehr Zertifikate von Fachgesellschaften, vor allem aber durch die stetig steigende Zahl unserer Patienten gewürdigt wird.

Heute – wie vor 100 Jahren – legen wir aber auch großen Wert darauf, den Patienten nicht nur eine leistungsstarke Medizin anzubieten, sondern auch die menschliche Zuwendung zu geben, der wir uns aufgrund der franziskanischen Gesinnung unserer Schwesternschaft nach wie vor verpflichtet fühlen. In unserer hochtechnisierten und schnelllebigen Zeit muss es uns ein Herzensanliegen bleiben, die kranken Menschen nicht nur mit ihren körperlichen, sondern auch mit ihren seelischen Bedürfnissen wahrzunehmen und sie im Geist christlicher Nächstenliebe in unserem Haus zu betreuen. All das fließt ein in den hohen Qualitätsanspruch, den wir an uns stellen und den wir auch in unserem Leitbild zum Ausdruck bringen.

Wie bereits in den Gründerjahren hat dabei die seelsorgerliche Begleitung sowohl für unsere Patienten als auch für die Mitarbeiter heute noch einen besonderen Stellenwert. Wir bemühen uns, unsere gottvertrauende Spiritualität und unsere christliche Werteorientierung im Klinikalltag weiterhin spürbar werden zu lassen. Diesem Auftrag besonders verpflichtet sehen sich vor allem die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter unserer Abteilung Seelsorge, die in einem ökumenischen Team zusammenarbeiten. Sie leisten auf der Basis eines reflektierten Konzeptes einen unverzichtbaren Dienst in den Bereichen Patienten- und Angehörigenbetreuung, Kinder- und Elternbetreuung, sie sind Ansprechpartner für Mitarbeiter, geben Unterricht in den Pflegeschulen und übernehmen die Gestaltung von Gottesdiensten.

## **Danke**

Wir danken allen Drittordensschwestern, allen Mitarbeitern, Freunden und Wohltätern, die im Laufe der vergangenen 100 Jahre in unserem Haus mit ihrem persönlichen Einsatz, mit Können, Wertschätzung und liebevoller Zuwendung unzähligen kranken Menschen geholfen haben und dem Klinikum ein humanes Gesicht gaben. Wie in den vergangenen Jahrzehnten werden wir gute Traditionen bewahren und offen sein für die Zeichen und Herausforderungen der gegenwärtigen und zukünftigen Zeit.

Möge Gott der Herr auch weiterhin die Arbeit in unserem Klinikum mit seinem Schutz und Segen begleiten!

# Schwesternschaft des Dritten Ordens und Ärzte des Klinikums – eine gelungene Symbiose

Geleitwort von Peter Weidinger, Ärztlicher Direktor

„Sei hierhin jenes versetzt, dieses vielleicht dorthin:  
Im Ganzen ist alles beständig  
Unter dem selbigen Bild – so glaub' ich –  
beharrt auf die Dauer nichts auf der Welt“.

*Ovid Metamorphosen*  
Fünfzehntes Buch, 257–260

Beständigkeit und Erneuerung - zwei scheinbar gegensätzliche Begriffe – haben sich in den zurückliegenden 100 Jahren als Erfolgsgaranten des Klinikums Dritter Orden erwiesen: Vom Deutschen Kaiserreich 1912 spannt sich der Bogen über zwei verheerende Weltkriege, bittere Jahre des Nationalsozialismus und die hoffnungsvolle Wirtschaftswunderzeit bis zur Globalisierung der Weltwirtschaft mit ihren kaum abschätzbaren Folgen. Der auf Nächstenliebe gegründete franziskanische Geist der Schwestern des Dritten Ordens und das Bestreben der an ihrer Klinik arbeitenden Ärzte, die atemberaubenden Entwicklungen der Medizin zeitnah umzusetzen, sind eine wunderbare Symbiose eingegangen. So ist die 100-jährige Geschichte des Klinikums Dritter Orden auch die Geschichte der Beständigkeit des Vertrauens der Schwestern in die Ärzteschaft: Nie wurde die Notwendigkeit des ärztlichen Mitspracherechts an diesem Haus in Frage gestellt, stets hatte der ärztliche Sachverstand das nötige Ge-

wicht bei den Entscheidungen über Gegenwart und Zukunft der Klinik. Die Türe der Klinikleiter – früher der Präses aus den Reihen der Kapuziner, später der Generaloberin und heute der Geschäftsführerin – stand und steht jederzeit offen für den Ärztlichen Direktor. Nur fünf Amtsinhaber in 100 Jahren sprechen für ein Höchstmaß an Kontinuität und Nachhaltigkeit. Die Führungsgremien und Führungsstile haben sich mit der Zeit geändert, die Ziele sind gleich geblieben: Kompetente Fürsorge und medizinische Hilfe für Kranke und Gestaltung der Klinik nach christlichen Wertvorstellungen.

## Innovationsbereitschaft

Die Entwicklung von der ursprünglichen chirurgischen Fachklinik zum Schwerpunktkrankenhaus mit einem umfangreichen Angebot diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten war und ist geprägt von einem hohen Maß an ärztlicher Neugier und organisatorischer Aufgeschlossenheit der Einrichtung. Beispielhaft für diesen gemeinsamen Pioniergeist von verantwortlichen Ärzten und fördernder Klinikleitung seien erwähnt die eingehende Beschäftigung mit der Schilddrüsenchirurgie seit der Gründung des Hauses, wegweisende Erkenntnisse in der Allergologie, die frühe Einrichtung einer thoraxchirurgischen Station in den

1930er Jahren, die Einführung der Intubationsnarkose für abdominelle Operationen 1951, der Einstieg in die gastroenterologische Endoskopie Anfang der 1970er Jahre, das frühzeitige Aufgreifen minimalinvasiver Operationsmethoden Ende der 1980er Jahre, die 1994 erfolgte Einrichtung eines sogenannten Herzkatheterlabors, die Schaffung eines Mutter-Kind-Zentrums unter einem Dach mit optimalen Voraussetzungen zur chirurgischen Korrektur angeborener Fehlbildungen im Jahre 2002 und schließlich auch im Herbst 2011 die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft zum ersten onkologischen Zentrum Münchens.

### Vernetzung für eine umfassende Patientenbetreuung

Diese Neuerungen waren bis in die 1980er Jahre aus eigener Kraft zu realisieren. Durch die zunehmende Komplexität diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und die damit untrennbar verbundene Spezialisierung wurden im letzten Vierteljahrhundert vielfältige sektorenübergreifende Kooperationen erforderlich. Diese gehen über das bewährte und heute noch in Teilbereichen unverzichtbare belegärztliche System hinaus. Die Erbringung hochspezialisierter Eingriffe im Katheterlabor der Klinik durch die Kardiologen von zwei kooperierenden Praxen und die anschließende stationäre Versorgung dieser Patienten durch die nicht invasiv tätigen Kardiologen des Klinikums führen seit 1994 zu optimalen Ergebnissen. Diese erstmalig in Bayern durchgeführte Aufgabenteilung hat das heute von der Gesundheitspolitik favorisierte Modell der integrierten Versorgung um Jahre vorweggenommen. Das kombinierte Versorgungsmuster wurde inzwischen erfolgreich auf weitere Bereiche (Pränatalmedizin, Strahlentherapie und Onkologie) übertragen.



Das Direktorium (v. l. n. r.): Prof. Dr. Stephan Kellnar (stellvertretender Ärztlicher Direktor), Sr. Irmgard Stallhofer (Geschäftsführerin), Markus Morell (Verwaltungsdirektor), Veronika Fleischmann (Pflegedirektorin), Dr. Peter Weidinger (Ärztlicher Direktor), Anja Schulze (stellvertretende Pflegedirektorin)

Gemeinsame Projekte wurden auch mit einer Reihe von Münchner Kliniken in unterschiedlicher Trägerschaft entwickelt. Hierzu gehört die Gründung des Radiologiezentrums Nymphenburg, einer gemeinsamen Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin mit den Kliniken Neuwittelsbach, Maria Theresia und Dritter Orden, im Jahr 2006. Seit der Ernennung zum akademischen Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München im Jahr 1979 wurden eine ganze Reihe von Chefärzten und Oberärzten aus dieser traditionsreichen akademischen Einrichtung an das Klinikum Dritter Orden berufen. Auch zum Klinikum rechts der Isar, zum Deutschen Herzzentrum der Technischen Universität München und zu den städtischen Kliniken bestehen enge Kontakte. Durch diese vielfältige fachliche Vernetzung ist eine anspruchsvolle Patientenversorgung möglich, zu der auch stets eine vom christlichen Geist des Hauses inspirierte palliativmedizinische Betreuung und eine würdige Sterbebegleitung gehörten.

## Verantwortung für regionale Versorgung

Die Bedeutung der von der Schwesternschaft des Dritten Ordens 1996 übernommenen Kinderklinik an der Lachnerstraße für die Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung in München wird durch die derzeit stattfindende Aufstockung des erst 2002 gebauten Hauses unterstrichen. Mit der Errichtung des sogenannten Atemreiches auf dem Klinikgelände wurde 2006 das einzige bayerische Zentrum zur Betreuung langzeitbeatmeter Kinder geschaffen, die bisher jahrelang auf Intensivstationen behandelt werden mussten.

## Solide Wirtschaftsführung

Eine ebenso solide wie auch flexible Wirtschaftsführung ist die ökonomische Basis der erfolgreichen 100-jährigen Klinikgeschichte. Hierzu gehört beispielsweise, dass die einzelnen Abteilungen kein festgeschriebenes Budget haben, sondern über einen Finanzrahmen verfügen. Dies erleichtert einvernehmliche Entscheidungen der Chefärzte erheblich und ist die Basis für die Umsetzung der Forderung: „Einer trage des Anderen Last“. Dazu gehört aber auch, dass die in den letzten Jahren durch kontinuierliche Fallzahlsteigerungen erzielten Überschüsse konsequent in die weitere Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung investiert wurden. So wurden beispielsweise die Ärzte durch die Einstellung von Dokumentationsassistentinnen und Stationssekretärinnen von der in der jüngsten Vergangenheit arg zunehmenden Verwaltungsarbeit entlastet. Der Umgang mit den Kostenträgern – auch dies sei an dieser Stelle nicht unerwähnt – ist seit Jahrzehnten geprägt von gegenseitigem Respekt und Vertrauen.

## Das Klinikum als „Gesamtkunstwerk“

Viele halfen in den zurückliegenden 100 Jahren mit und tun dies in der Gegenwart, erfolgreich Krankengeschichte zu gestalten. Die Identifikation der Schwesternschaft mit dem Klinikum wurde durch die Berufung von Schwester Irmgard zur Geschäftsführerin im Jahr 2001 nachhaltig bestätigt und erneuert. Die Arbeit der Direktoriumsmitglieder ist geprägt vom Ziel der bestmöglichen Patientenversorgung und frei von Profilierungssucht und Bereichsdenken. Weitere Erfolgsgaranten sind kurze Entscheidungswege, die langjährige Zugehörigkeit zum Leitungsgremium und eine damit verbundene, heute fast unzeitgemäße Konstanz in der Führungsebene. Die für das Wohl der Patienten entscheidende und auch direkt spürbare Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften ist geprägt von Gemeinsamkeit und gegenseitiger Wertschätzung. Allen Mitarbeitern des Hauses ist das Gesamtkunstwerk „Klinikum“ ein Anliegen. Regelmäßige Klinikfeste und Betriebsausflüge vermitteln einen Eindruck von diesem Gemeinschaftsgefühl.

Der franziskanische Geist der Schwesternschaft hat das Haus 100 Jahre erfolgreich geführt. Zum Jubiläum hat sich die Klinik den von Klaus Backmund geschaffenen Brunnen mit der Vogelpredigt des heiligen Franziskus vor das Eingangsportal gestellt. Damit startet sie voll Zuversicht in das zweite Jahrhundert ihres Bestehens.

# Das Jubiläum aus dem Blickwinkel der Schwesternschule (Berufsfachschule für Krankenpflege) Dritter Orden

Grußwort von Sr. Elfriede Retzer, Gesamtschulleiterin

Zusammen mit dem Klinikum Dritter Orden feiert auch die mit dem Geburtstagskind aufs engste verknüpfte Berufsfachschule für Krankenpflege das 100-jährige Gründungsjubiläum. Bei einer derart festlichen Wegmarke schauen wir naturgemäß und in erster Linie auf drei Zeitfenster: Auf die Vergangenheit, auf die Gegenwart und aber auch in die Zukunft. Diese drei Perspektiven vereinen sich in einem solch gedenkswerten Jahr.

## Vergangenheit – Wie ist es gekommen?

Als sich 1902 in München die ersten Schwestern unter dem Dach des franziskanischen Dritten Ordens zur Krankenpflege formierten, wurde bald der Ruf nach einer qualifizierten Ausbildung laut. Dies betraf vor allem die praktische Einübung in die Tätigkeit. Das intensive Praktizieren in der Pflege war ebenso wichtig wie der abendlich stattfindende Unterricht über das „Verhalten am Krankenbett“, die Einrichtung einer Pflegerinnen-Bibliothek und die theoretisch-praktischen Krankenpflegekurse. Allerdings war die Bereitschaft in den Münchner Krankenhäusern wenig ausgeprägt, die sogenannten „Terziarinnen“, die sich für eine organisierte ambulante Armen- und Krankenhilfe einsetzten, am Krankenbett zu unterrichten. Um die Fortentwicklung des schönen ambulanten Pflegeprojektes nicht zu ge-

fährden, nahm die ambitionierte Idee Gestalt an, für die praktische Ausbildung ein vereinseigenes kleines Krankenhaus zu errichten. Ohne die Notwendigkeit der Errichtung einer pflegerischen Lehranstalt wäre die Errichtung eines Krankenhauses wohl nicht ins Auge gefasst worden.

Was so vor 100 Jahren klein begonnen hatte, ist heute eine anerkannte Ausbildungsstätte für Pflegeberufe. Die Errichtung eines Krankenhauses zur Ausbildung von Pflegerinnen erwies sich als zukunftsorientierte Entscheidung.

Rasch stellte die Pflegeschule ihre Berechtigung unter Beweis und erstarkte im Verlauf immer mehr. Die Zahl der Ausbildungsplätze wurde erhöht, weitere Schulzweige kamen hinzu, wie eine Berufsfachschule für Krankenpflegehilfe und die Berufsfachschule für Kinderkrankenpflege. Um Synergieeffekte zu nutzen, schloss sich 2004 die benachbarte Berufsfachschule des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder an. Im Laufe der Zeit entwickelte sich die mit dem Klinikum Dritter Orden verbundene Berufsfachschule zu einer



Sr. Elfriede Retzer

namhaften Ausbildungseinrichtung in der Stadt München. Zum aktuellen Zeitpunkt kann die Schule 220 Ausbildungsplätze anbieten. Seit zwei Jahren ist die akademische Erstausbildung im Studiengang „Pflege Dual“ in Kooperation mit der katholischen Stiftungsfachhochschule München an unserer Berufsfachschule etabliert.

## Gegenwart – Was ist geblieben?

Was ist aus den Anfängen geblieben – was hat sich verändert? Verändert haben sich vor allem die gesetzlichen Rahmenbedingungen, das technische Umfeld der pflegerischen Tätigkeit, und auch die ökonomischen Zwänge haben vor der Schule nicht Halt gemacht.

Geblieben ist jedoch der mit der Krankenpflege als Handlungswissen verbundene Grundgedanke, den der französische Philosoph André Comte-Sponville (geb. 1952) einmal so umschrieben hat:

„Es handelt sich um ein Wissen, das keine Wissenschaft verfügbar macht, kein Beweis belegt, kein Laboratorium testet oder attestiert, kein Diplom bescheinigt. Es geht hier nämlich nicht um Theorie, ... nicht um Wissenschaft, sondern um Leben.“

Dieses Wissen um die Besonderheit der Pflegearbeit hat das Handeln der Lehrkräfte und Verantwortlichen in der Ausbildung unseres Pflegenachwuchses seit den Anfängen bis zum heutigen Tag geleitet. Bildung ist stets mehr als eine Frage des Verstandes oder des Wissens – es meint auch Herzensbildung des Menschen oder vielleicht anders formuliert Persönlichkeitsentwicklung im Hinblick auf menschliche Qualitäten: Einfühlungsvermögen entwickeln, sich selbst gut zu

kennen, andere zu respektieren und zur Empathie fähig zu sein, ohne handlungsunfähig zu werden.

Das Fundament der Ausbildung in unserem Haus ist geprägt vom Geist des christlichen Menschenbildes und getragen von der christlichen Wertetradition: Wertschätzung, Achtsamkeit und Respekt spiegeln die Grundhaltung wider. Partnerschaftlicher Umgang und innige Fürsorge sind die Grundlagen für gegenseitiges Vertrauen. Pflegerische Kompetenz umfasst nicht nur Fachwissen und praktisches Können, sondern verbindet sich insbesondere auch mit einem beruflichen Ethos. Immer war und ist es auch Ziel, den Auszubildenden ethische Werte mit auf den Weg zu geben. Die Ausbildung an der Berufsfachschule für Krankenpflege stand von Anfang an unter dieser Leitidee – in unserer dem Hedonismus zuneigenden und auch stark säkularisierten Gesellschaft kein leichtes Unterfangen. Bewusste Begleitung der Auszubildenden in einer liebevoll-konsequenten Weise soll die Entwicklung der genannten Arbeits- und Bildungskompetenzen unterstützen.

## Zukunft – Wohin führt uns der Weg?

Was die Zukunft bringt, können wir meist nur erahnen. Sicher scheint, dass der Bedarf an pflegerischer Kompetenz mehr wird. So fordert der demographische Wandel zunehmend eine qualitätsgesicherte, palliative Betreuung von hochbetagten und mehrfachkranken Menschen. Diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden, ist z. B. ein Ziel unseres neuen Studiengangs „Pflege Dual“. In Kooperation mit der katholischen Stiftungsfachhochschule München durchlaufen erstmals seit dem Wintersemester 2009/2010 Auszubildende unserer Berufsfachschule für Krankenpflege im Rahmen ihrer Ausbildung zugleich ein Studium der Pflege.

Das sogenannte duale Studium verknüpft ein akademisches Studium mit der beruflichen Ausbildung in der Krankenpflege und führt in neun Semestern einerseits zu einem akademischen Abschluss (Bachelor of Science) und andererseits zum beruflichen Abschluss als staatlich examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger. Durch die enge Verzahnung von wissenschaftlicher, praktisch-theoretischer und praktischer Ausbildung an unterschiedlichen Lernorten sollen akademische Pflegepraktikerinnen und -praktiker für eine Pflegeexpertise mit gerontologischem Schwerpunkt qualifiziert werden. Wesentlich ist uns dabei ein wissenschaftlich fundiertes und ethisch reflektiertes Arbeiten – der alte Gründergedanke in moderner Adaptation.

Darüber hinaus werden uns die Überlegungen zur Zusammenführung von Krankenpflege-, Kinderkrankenpflege- und Altenpflegeausbildung in den nächsten Jahren vor neue Herausforderungen stellen. Für diese vielfältige Qualifizierung von Pflegekräften benötigen wir auch in Zukunft engagierte Lehrkräfte sowie motivierte Lernende und Studierende, die die pflegerischen Herausforderungen annehmen und bewältigen können.

## Dank an viele

Zahlreiche Frauen und Männer haben sich in den zurückliegenden 100 Jahren um die Berufsfachschule verdient gemacht. Für die großartige Aufbauarbeit in der Ausbildung der Pflegekräfte gebührt ihnen hohe Anerkennung und wir denken an sie bei diesem Jubiläum besonders. Großer Dank gebührt allen, die in der Verantwortung gestanden haben und stehen, vor allem auch den Lehrkräften, die die Wege der Veränderung in der Krankenpflegeschool mit Loyalität und persönlichem Einsatz mitgegangen sind und die Entscheidungen umgesetzt und mitgetragen haben.

Wie vor 100 Jahren ist auch heute und in der Zukunft eine solide Ausbildung unabdingbare Voraussetzung, um kranke und hilfsbedürftige Menschen pflegerisch umfassend und kompetent versorgen zu können. Wir als Träger der Pflegeberufsfachschule Dritter Orden werden den beschrittenen Weg gemeinsam weitergehen, mit Gottes Hilfe, innovativ und mit dem Wissen, dass es nicht nur um Theorie und Wissenschaft geht, sondern um viel, viel mehr.



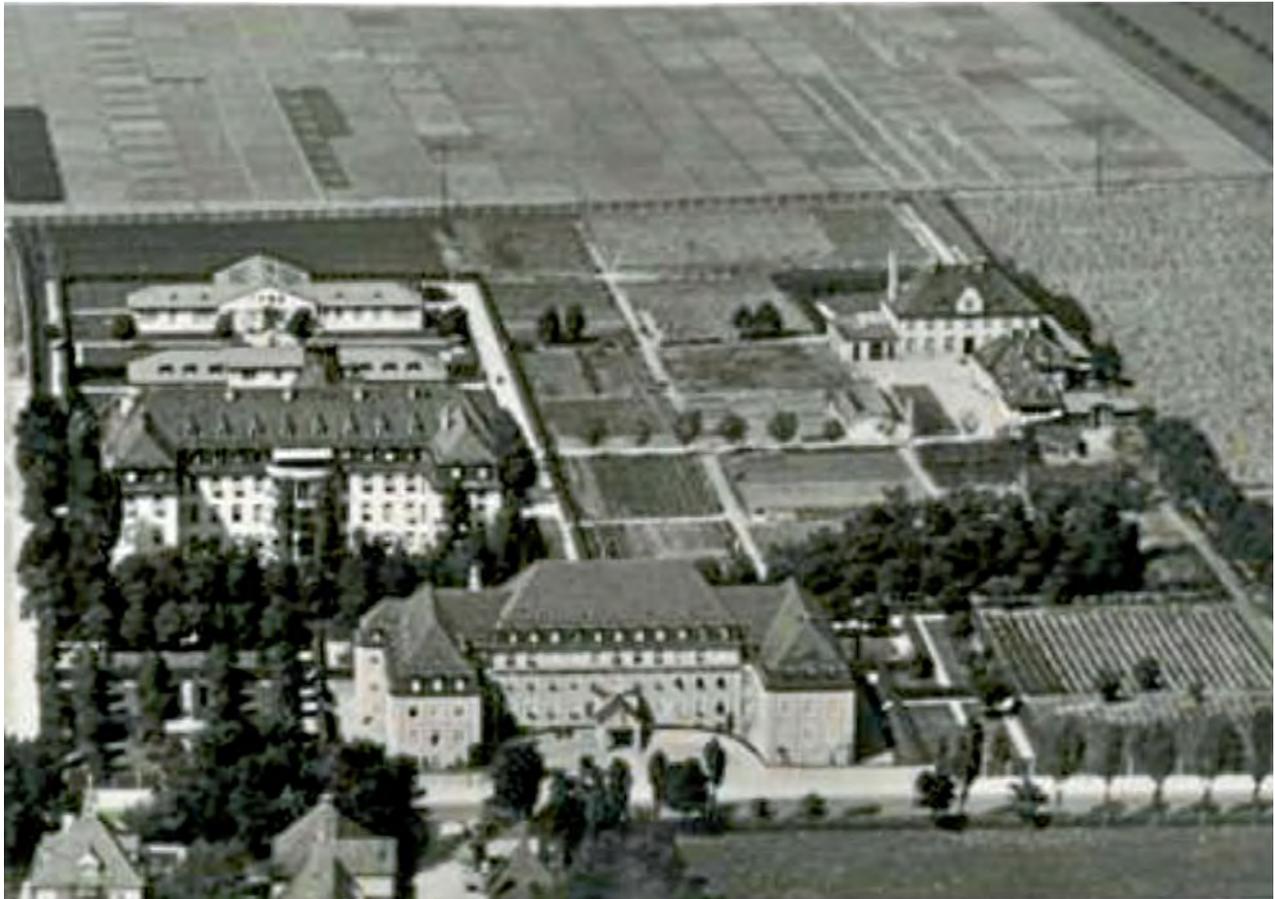


# *Im Zeitraffer*

Das Wachstum der Klinik  
in Bildern  
von gestern bis heute



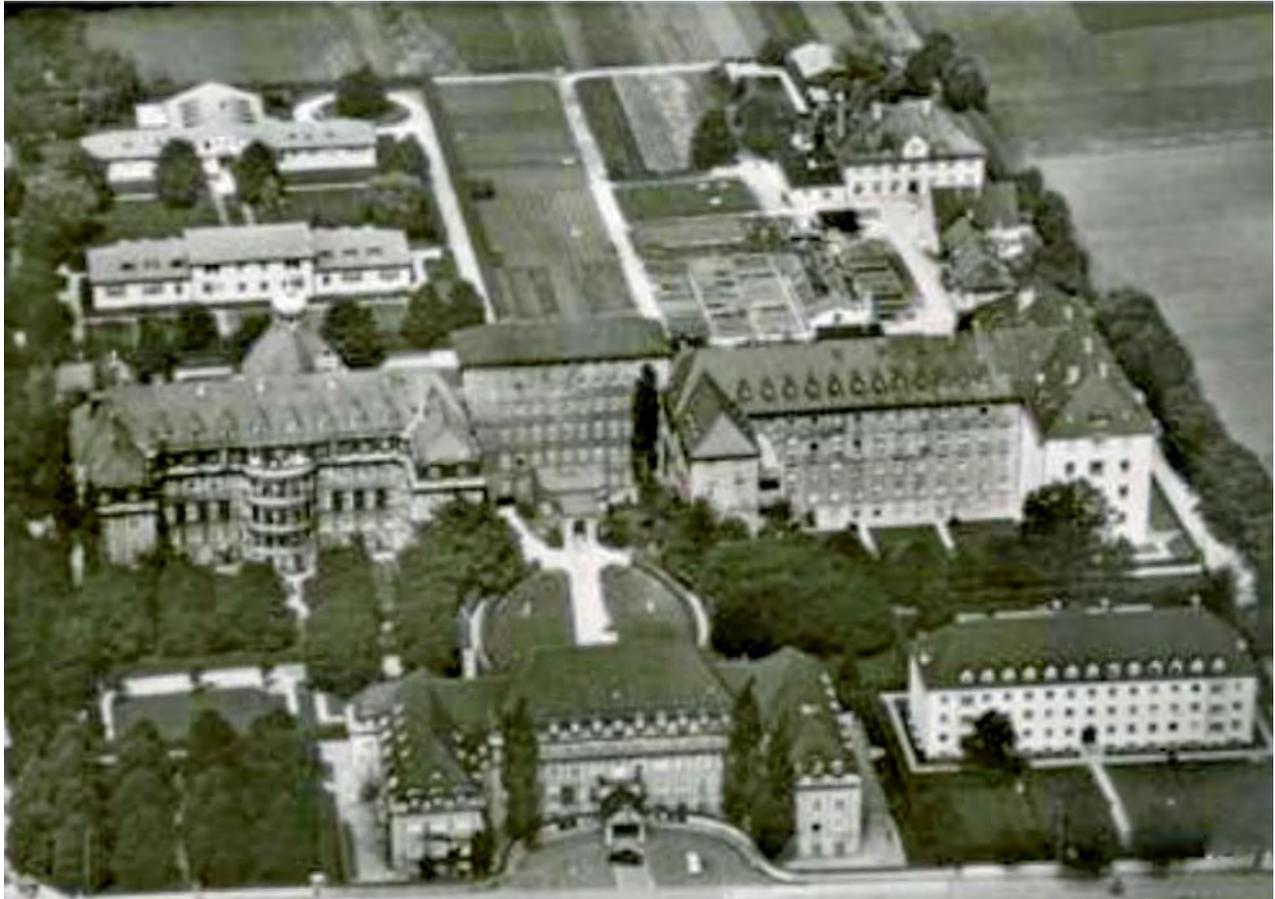
**1912** Südwestansicht. Das am 1. Februar 1912 von der Krankenfürsorge des Dritten Ordens als chirurgische Fachklinik mit 100 Betten eröffnete Krankenhaus. Die Straße vor dem Gebäude entspricht der heutigen Franz-Schrank-Straße. An dieser 1914 nach dem bekannten Naturforscher Franz von Paula Schrank (1747–1835) benannten Straße lag auch ursprünglich der Eingang in das Krankenhaus. Das in dem 1899 nach München eingemeindeten Nymphenburg und am Rande der Stadt gelegene Bauwerk wurde nach den ärztlichen Vorgaben von Dr. Carl Schindler (1875–1952) und nach den Plänen von Franz Rank (1870–1949) im Architekturstil eines hier doch eher zurückhaltend ausgeführten Historismus errichtet, dessen Formenapparat jedoch in den Proportionen und Ordnungen des Bauwerks oder auch in der durch die mehrgeschossige offene Veranda hervorgehobenen Mittelachse gut erkennbar ist. In Dachform und Innengestaltung sind aber auch Anklänge an den Jugendstil erkennbar. Mit dem Mansarddach, dessen unterer Teil steiler ist als der obere, ließ sich der Dachraum leichter und besser nutzen.



**1932** Südansicht mit dem 1917 in der Nordostecke des Krankenhausgeländes erstellten Wirtschaftsgebäude und dem 1927 an der Menzinger Straße errichteten Franziskushaus im vorderen Bildraum. Das nach dem Hl. Franziskus benannte Haus nahm in seinen vier Nutzungsgeschossen die Ambulanz auf und führte Verwaltung, Pflegeschule und Schwesternzimmer unter einem Dach zusammen. Stilistisch orientierte sich der mit seinen 18 Fensterachsen beeindruckende Neubau in Grundform, Ordnung und der hohen Dachlandschaft am ersten Krankenhausbau. Im nordwestlichen Teil des Areals hinter dem Bau von 1912 die beiden Gartenhäuser (Pavillons), die 1932 von den Abteilungen für Innere Medizin und Geburtshilfe bezogen wurden. Auf den Freiflächen wurde Landwirtschaft betrieben, um in der Versorgung autark zu sein. Das Krankenhaus verfügte mittlerweile über 260 Betten.



**1938** Südwestansicht. Am unteren linken Bildrand ist die Kreuzung Franz-Schrank-/Menzinger Straße zu erkennen. Im Zentrum des Bildes liegt der 1937 als dritter großer Baukörper errichtete Mittel- und Langbau, mit dem die Bettenzahl markant erhöht wurde. Der sogenannte Langbau antwortet mit seinem L-förmigen Grundriss zwar auf die Bauform des ersten Baues von 1912, ist jedoch in seiner Gestaltung sehr viel nüchterner. Der den alten linken und den neuen rechten Baukörper verbindende ausdrucksstarke und wie ein breiter Turm wirkende Mittelbau erinnert in Form und zeittypischem Stil an das im frühen Kirchenbau anzutreffende und den Westabschluss von Kirchenräumen bildende sogenannte Westwerk. Zwischen dem Franziskushaus im Vordergrund und den als stattlicher Gebäudezug nun ins Auge fallenden eigentlichen Klinikgebäuden liegen die der Rekonvaleszenz dienenden Patientengärten, im Hintergrund wieder die landwirtschaftlich genutzten Flächen und das Wirtschaftsgebäude.



**1957** Südansicht. Im vorderen Bildraum, östlich vom Franziskushaus, das 1952 gebaute Altenheim St. Joseph für die mittlerweile im Ruhestand befindlichen Schwestern. Unmittelbar nördlich davon wurde 1957 an den Erweiterungsbau von 1937 der „Ostflügel“ angefügt. Dadurch wurde unter anderem eine zeitgemäße Unterbringung der Patienten ermöglicht: Krankensäle mit 15 Betten wurden verkleinert und die Patienten aus dem internistisch belegten Pavillon I (zweites Haus von links oben) kamen in das Haupthaus. Architektonisch wurde mit diesem den klinischen Gebäudezug nach Osten abschließenden Flügel die frühere Baumaßnahme von 1937 gleichsam symmetrisch abgeschlossen: Die beiden jeweils dreiflügeligen Anlagen von 1912 und 1937/1957 wurden durch den sogenannten Mittelbau verbunden. Das Hauptgebäude trägt noch den Tarnanstrich zum Schutz vor Fliegerangriffen im 2. Weltkrieg.



**1984** Südansicht. Vorne links, Ecke Menzinger/Franz-Schrank-Straße, der 1964 erstellte Anbau an das Franziskushaus mit Zimmern für Sprechstunde und Schwesternschule. Der den Rauch hoch über den Dächern auslassende freistehende Schornstein wurde 1966 mit einer zentralen Heizungsanlage errichtet. Gleichzeitig wurde das unmittelbar dahinterliegende Haus Elisabeth (1966) mit Schwimmbad (Wohnhaus für die im Krankenhaus tätigen Drittordensschwwestern) gebaut. 1971 Fertigstellung des neuen Wirtschaftsgebäudes (Faltdach). 1974 im Nordosten des Geländes Errichtung eines Neubaus für das Altenheim St. Joseph mit der sechseckigen Kapelle und einem Garten für die ihren Lebensabend verbringenden Drittordensschwwestern. Direkt dahinter der Parkplatz mit Tiefgarage für die Mitarbeiter. An der Nordwestecke, hinter den Pavillons, das 1983 als Wohnhaus für weltliche Mitarbeiter des Krankenhauses errichtete Haus Klara. Schon 1974 wurde für diesen ständig steigenden Personenkreis das 1952 gebaute Schwesternaltenheim St. Josef (vorne ganz rechts) als Wohnhaus umgebaut.



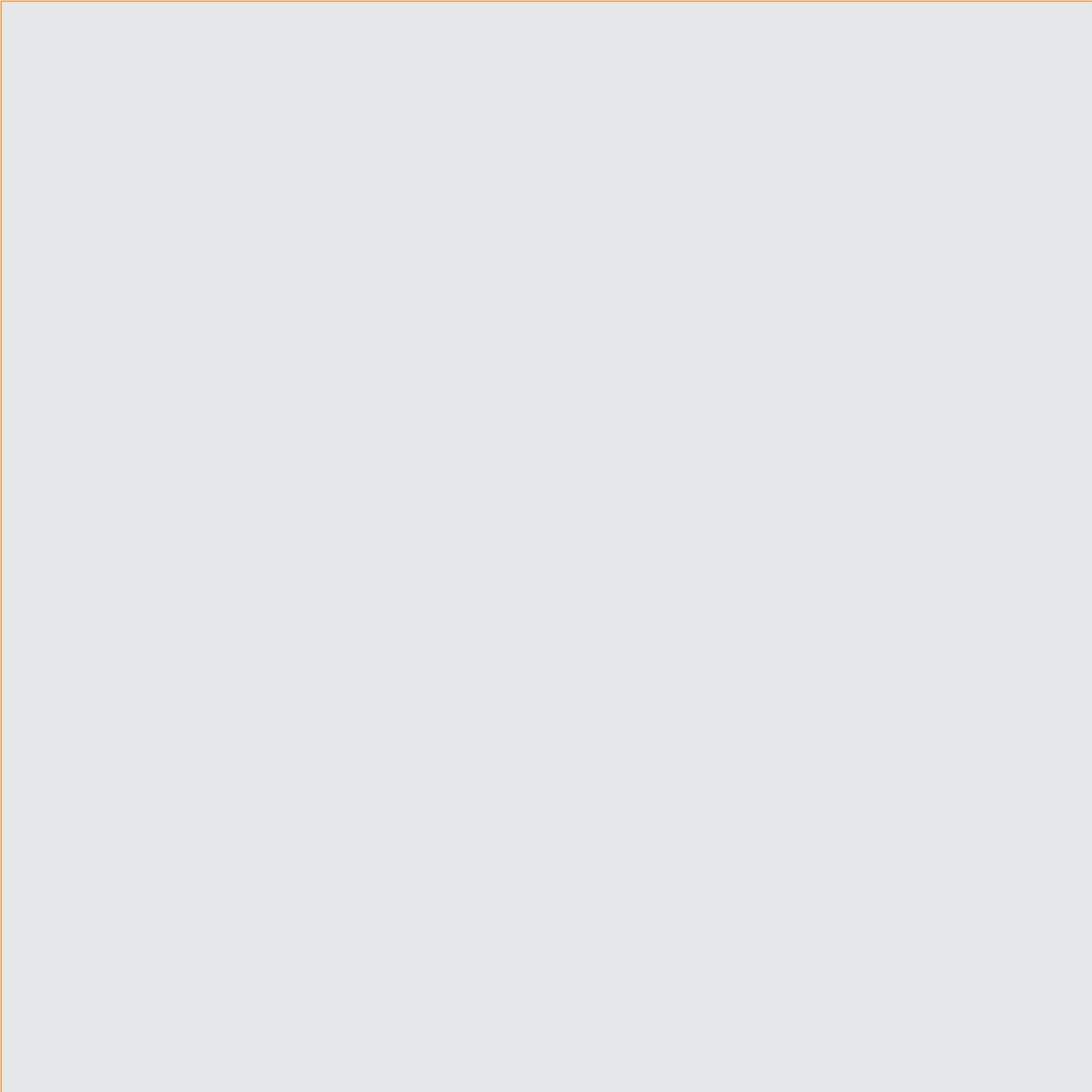
**1988** Südostansicht. Das Bild zeigt die in Gang befindliche und in drei Bauabschnitten (BA I bis III) von 1985 bis 1997 ablaufende Generalsanierung des Krankenhauses. Angrenzend an den 1957 errichteten Ostflügel des Langbaus und an das dahinter liegende quadratische Wirtschaftsgebäude entsteht ein in der Anlage U-förmiger Neubau, in dem vier Operationssäle, Intensivstation und Notaufnahme zusammengeführt wurden, und auch neue Räumlichkeiten für Radiologie und Nuklearmedizin, Physikalische Therapie, Sterilisation und Warenlager bereitgestellt wurden (BA I 1988). Für diese sehr funktionalistisch gehaltene Erweiterung des Krankenhauskomplexes nach Osten hin hatte man vorausschauend bereits 1961 das diesbezügliche Nachbargrundstück aus dem Besitz der Englischen Fräulein erworben.



**2002** Südostansicht. Dem 1988 bezogenen Gebäude des BA I wurden mittlerweile folgende Trakte angefügt: Im Osten vier Häuser mit insgesamt 288 Betten und im Süden ein Gebäude mit dem neuen Haupteingang, neuen Räumen für die Verwaltung und die Sprechstunden und der Kirche St. Franziskus, davor ein großes Parkdeck (BA II, 1992). Die Gebäudeteile von 1937 (Langbau) und 1957 (Ostflügel) werden entkernt und dem Standard der 1988 und 1992 errichteten Neubauten angeglichen (144 Betten, Endoskopie, Funktionsdiagnostik, Labor, Apotheke, BA III, 1997). Abriss des 1937 errichteten an das Gründungshaus anschließenden Mittelgebäudes, „Glasröhre“ als Verbindungsgang (1998). Umbau des unter Denkmalschutz stehenden Gründungshauses für die Schwesternschule und das Generalat der Drittordensschwwestern (1998). Bau eines fünften Operationssaales im Norden mit direktem Anschluss an die 1988 errichteten OP-Säle (1998). Errichtung der Klinik für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe mit dem Grundriss eines Windrades auf dem Gelände der Pavillions (2002).



**2011** Südwestansicht. Umbau und Sanierung des Wohnheimes St. Elisabeth für Drittordensschwwestern (2006). 2007 Bau des Diagnose- und Therapiezentrum mit Strahlentherapie, Pathologie, mehreren Praxen für niedergelassene Kollegen und unterirdischer, krankentrittängiger Anbindung ans Klinikum in der Südwestecke des Geländes anstelle des hier 1964 errichteten Gebäudes. Erweiterung des 1992 errichteten Bettenhauses im Nordosten des Geländes (44 Betten, vier Dialyseplätze, 2009). Kinderkrippe mit 36 Plätzen im Erdgeschoss des Personalwohnheims an der Menzingerstraße 46 neben dem Franziskushaus (2010). Betreuungseinheit für langzeitbeatmete Kinder („Atemreich“) im Erdgeschoss des Hauses Klara im Nordwesten des Klinikgeländes in unmittelbarer Nähe der Kinderklinik (2010). Umbau und Erweiterung des Altenheimes St. Josef zu einem Haus für pflegebedürftige Schwestern des Dritten Ordens (Fertigstellung 2012). Aufstockung der Kinderklinik am Südostflügel (Erweiterung der Geburtshilfe, Schaffung zusätzlicher Mutter-Kind-Zimmer, Fertigstellung Anfang 2013).





# *Historischer Rückblick*

# 100 Jahre Klinikum Dritter Orden in München – von Krankenfürsorge und Schwesternschule zum menschlichen Hochleistungs Krankenhaus

von Wolfgang Locher und Tanja Braß

Das Klinikum Dritter Orden feiert sein 100-jähriges Bestehen. Seit 100 Jahren finden in der Krankenanstalt des Dritten Ordens hilfsbedürftige leidende Menschen ärztlichen Rat, pflegerische Zuwendung und menschliche Solidarität. Das vor 100 Jahren in München-Nymphenburg geschaffene Domizil für Kranke hat über diesen Zeitraum hinweg einerseits seine Kontinuität bewahrt und andererseits eine hohe Wandlungsfähigkeit bewiesen und so Tradition und Fortschritt, Geschichte und Erfolg vereint.

Von den bescheidenen Anfängen vor 100 Jahren hat sich das Klinikum des Dritten Ordens zu einer Institution mit Gütesiegel entwickelt, die Humanität in moderner Weise ganz konkret werden lässt. Das Klinikum Dritter Orden ist heute ein unverzichtbarer Teil der medizinischen Infrastruktur von München. Seit 100 Jahren kümmern sich an diesem Ort Menschen um die leidende Seite der Welt. Für einen solch humanitären Kraftakt von ambulanter Krankenpflege und einer damit verbundenen Pflegeschule zu einem Hochleistungs Krankenhaus mit „hörendem Herz“ braucht es einen langen Atem und sehr viel Kraft.

Wie bei vielen Dingen, beginnt die Geschichte auch hier bereits vor ihrem Anfang und reicht bis um die 19. Jahrhundertwende zurück.

## Wie alles begann – Vorgeschichte und Anstoß

München erlebte damals einen beachtlichen Aufschwung als Industrie- und Wirtschaftsstandort. Die Stadt zählte um 1900 eine halbe Million Einwohner und hatte ihre Bevölkerungszahl seit 1850 verdreifacht. Engpässe in der Gesundheitsversorgung zeichneten sich ab. Auf dem stationären Sektor reagierte die Stadt München 1908 beispielsweise mit dem Neubau des Schwabinger Krankenhauses, das den beiden damals von der Kommune betriebenen Krankenhäusern links und rechts der Isar zur Seite gestellt wurde und den Norden der Stadt versorgen sollte. Das Pflegemanagement und die Ökonomie an diesen Häusern wusste man in den Händen der Barmherzigen Schwestern des Hl. Vinzenz von Paul gut aufgehoben. Der in den 1830er Jahren aus Frankreich nach München importierte katholische Orden spielte mittlerweile auf dem Spital- und Pflegesektor in ganz Bayern die Hauptrolle.

Neben dem stationären Versorgungssektor hatte sich in München auch bereits eine ambulante Krankenpflege herausgebildet. Auch hier vertraute man vor allem auf die Menschen, die nicht blind für das krankheitsbedingte Leid ihrer Mitmenschen waren. Eine ganze Reihe von auf einer religiös-sittlichen Lebensform basierenden Organisationen bedienten um 1900 die Nachfrage

auf diesem Feld und hatten im Stadtgebiet „Stationen für ambulante Krankenpflege“ eingerichtet. Die Armen Franziskanerinnen aus Mollersdorf betrieben insgesamt sechs solcher Stationen, die bereits genannten Barmherzigen Schwestern des Hl. Vinzenz von Paul hatten drei derartige Einrichtungen in den Pfarreien St. Peter, St. Ludwig und St. Bonifaz. Die Niederbronner Schwestern des göttlichen Erlösers waren an neun verschiedenen Standorten in München präsent. Die 1836 als protestantischer Jungfrauenorden ins Leben gerufenen Diakonissen erblickten in der Krankenpflege ebenfalls eine lohnende Aufgabe und wirkten von ihrer Anstalt in der Arcisstraße aus und mit einer Filiale in der Preysingstraße. Und am Glockenbach betrieb auch der evangelisch-methodistische Martha-Maria-Verein für allgemeine Krankenpflege eine Station. Des Weiteren gab es noch die Krankenpflegerinnen mit israelitischem Religionsbekenntnis. Und schließlich bot in München auch noch die säkulare Kopie christlicher Krankenpflegeorden, der auf die 1870er Jahre zurückgehende Bayerische Frauenverein vom Roten Kreuz, eine ambulante Krankenpflege an. Außer diesen genannten Schwestern begegnen uns in München 1901 zusätzlich bereits über 40 Männer und Frauen, die die soziale Arbeit verberuflicht hatten und entweder im allgemeinen oder im süddeutschen Krankenpfleger- oder Krankenpflegerinnenverein organisiert waren.

Damit sind auf diesem Feld alle damals relevanten Gruppierungen genannt: Die katholischen Klosterorden und deren protestantisches Gegenstück, israelitische Schwestern, der zwar weltliche, jedoch mit einer an den christlichen Orden ausgerichteten Struktur versehene Frauenverein vom Roten Kreuz und schließlich die schon ganz auf Erwerb angelegte freiberufliche Krankenpflege. Trotz dieser differenzierten Infrastruktur gab es immer noch erhebliche pflegerische Defizite.

Das ambulante Pflegeangebot war angesichts der hohen Nachfrage viel zu gering. Arme Familien konnten sich die freiberuflichen Dienste nicht leisten. Und die an das klösterliche Leben gebundenen Schwestern vermochten manche Aufgaben wie die nicht selten neben der Krankenbetreuung erforderliche Hauswirtschaft nicht erfüllen. In diese Lücke stieß von katholischer Seite eine Gruppe, die sich zwar schon lange unter einer Ordensregel zusammenfand, dabei jedoch weiter in ihrem bisherigen weltlichen Umfeld und nicht monastisch leben wollte: Die sogenannten Terziaren.

### **Neue Sozialpartner in der ambulanten Pflege**

Die Terziaren bildeten unter dem Dach des auf den Heiligen Franziskus zurückgehenden Dritten Ordens eine weltliche Gemeinschaft von Menschen, die sich zwar unter der franziskanischen Ordensregel zusammenfand, aber kein Klostergelübde ablegte. Terziaren waren zu diesem Zeitpunkt in Bayern keine Randgruppe. 1900 zählte diese weltliche Gemeinschaft 94 042 Mitglieder, die auf 245 Drittordensgemeinden verteilt waren. Eine von diesen über 90 000 Terziaren war Luise Fogt (1846–1921), und sie gehörte zu denen, die die Gebrechen der Menschen sahen und an diesem Leid nicht vorbeigehen wollten.

Vorgearbeitet auf dem Feld der häuslichen Pflege hatte Pfarrer Matthias Kinn (1847–1918), der im Rahmen der katholischen Caritas auf dem Arenberg bei Köln vierwöchige Kurse für Landpflegerinnen eingerichtet hatte und damit gleichsam die sogenannte Landkrankenpflege ins Leben gerufen hatte. Diesen Ansatz wollte Fogt nun auch in das städtische Umfeld tragen. Da sich der 1899 in München gegründete Caritasverband,

in dem es eine Sektion für die Förderung der weltlichen Landkrankenpflege durch sogenannte Caritas-Besucherinnen gab, für diesen Plan jedoch nicht erwärmen konnte, nahm Fogt 1900 Kontakt zu Pater Petrus Eder (1856–1947) auf, dem Direktor des Dritten Ordens im Kloster St. Anton in München.

Der anfänglich ebenfalls eher skeptisch eingestellte und rechtliche Bedenken geltend machende Eder ließ sich schließlich für die gute Sache gewinnen und wurde nun zur treibenden Kraft. Im Oktober 1901 richtete er eine freiwillige Krankenhilfe des Dritten Ordens ein. Diesen sogenannten Krankenbesuchsdienst führte Eder zunächst mithilfe von einigen weltlichen Krankenpflegerinnen durch, die sich bei ihm gemeldet hatten. Jedoch dachte man schon jetzt daran, Terziarinnen speziell für einen solchen Dienst auszubilden. Mithilfe von Antonie Freiin von Strauß (gest. 1907) wurde in der Landwehrstraße 1 im 2. Stock für den jungen Krankenbesuchsdienst ein erstes Leitungsbüro eingerichtet, das die Krankenhilfe des Dritten Ordens organisierte.

Ab Oktober 1901 verwies ein Schild an der Haustüre der zur Baronin Strauß gehörenden Wohnung auf die „Krankenhilfe des Dritten Ordens“. Weitere Pflegerinnen meldeten sich und ihre Zahl wuchs stetig an.

Auf diesen Anfang folgte schon bald die erste Phase der Strukturierung und aus der „Krankenhilfe des Dritten Ordens“ (1901) wurde auf dem Boden der bisher geschaffenen Infrastruktur und mit päpstlicher Rückendeckung 1902 die „Organisierte Armen- und Krankenfürsorge des Dritten Ordens bei St. Anton in München“. Diese setzte sich zusammen einerseits aus den eigentlichen Krankenpflegerinnen und andererseits aus einem weiteren Personenkreis, der die Kranken lediglich besuchte. Und schließlich gehörten noch die sogenannten Almosengeber dazu, die sich jedoch selbst nicht aktiv betätigten. Vier Jahre nach dieser vollen Integration unter die Drittordensregel erfolgte 1906 die Umwandlung in einen eingetragenen Verein, um den Fortbestand der Sache zu sichern. Denn allzu vieles hing an der Person Eders, der mit seiner Verweltli-

## Die Generaloberinnen von 1910 bis heute



Sr. Paula Friedl,  
1912 bis 1914



Sr. Gabriele Elisabeth  
Gräfin von Tattenbach,  
1914 bis 1945



Sr. Caritas Egger,  
1945 bis 1951



Sr. Firmina Zirkel,  
1951 bis 1957

chung der ambulanten Armen- und Krankenpflege innerkirchlich nicht überall auf Zustimmung stieß und von seinen Kritikern bisweilen in die Nähe der Freimaurer gerückt wurde. Bei einer nicht auszuschließenden Versetzung des Paters galt es, eine mögliche Auflösung der Krankenhilfe zu verhindern. Und tatsächlich wurde der Gründer der Krankenfürsorge des Dritten Ordens 1908 auch versetzt. Allerdings verfolgte Eders Nachfolger, Pater Canisius König (1870–1952), die Pläne seines Vorgängers zielstrebig weiter.

### Kritik noch vor dem Start

Grundsätzlich wandelte sich zu diesem Zeitpunkt die Pflgetätigkeit von einem im 19. Jahrhundert zunächst noch weitgehend von einer christlich-konfessionell bestimmten Tätigkeit immer mehr zu einer auch weltlich ausgeübten Krankenpflege, die letztlich aus dem Liebesdienst am Nächsten einen privaten Beruf machte, der dem Broterwerb diene. Agnes Karll (1868–1927)

und der von ihr 1903 gegründete Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe beispielsweise stehen für diese Entwicklung. Das Vorgehen von Luise Fogt und Pater Eder modifizierte gleichsam diesen gesellschaftlichen Trend und schuf in der Folge mit den Terziarinnen auch auf dem Feld der Pflege eine Brücke zwischen der Ordenswelt und dem säkularen Umfeld. Die von Eder angeworbenen Pflegerinnen und Terziarinnen wohnten entweder bei sich zu Hause oder in Wohngemeinschaften und bestritten ihren Lebensunterhalt aus der Pflegearbeit. Im Grunde war hier für den Pflegesektor ein neues Berufsbild geschaffen worden, das das alte Leitbild der christlichen Krankenpflege mit der modernen gesellschaftlichen Entwicklung verband.

Die in München und großen Teilen Bayerns die Krankenpflege dominierenden Barmherzigen Schwestern begegneten der neuen Organisationsvariante allerdings skeptisch. Sie wollten Krankenpflege vor allem als klösterliche Aufgabe angesehen wissen und witterten in dem von den Terziaren vorangetriebenen Werk



Sr. Serena Wolferseder,  
1957 bis 1964



Sr. Augustine Graßl,  
1964 bis 1980



Sr. Volkmara Schötz,  
1980 bis 1991



Sr. Hubertine Holzmayr,  
1991 bis 2002



Sr. Elisabeth Seidl,  
seit 2002

eine unliebsame Konkurrenz der monastischen Gemeinschaft. Doch genügten die klösterlichen Gemeinschaften allein wohl nicht, um die Not auf diesem sozialen Feld zu lindern. Von Anfang an Support hingegen kam vom Bayerischen Königshaus, vertreten durch die sozial engagierte Prinzessin Ludwig Ferdinand von Bayern, Maria de la Paz (1862–1946), Infantin von Spanien und Tochter der spanischen Königin Isabella II. Maria de la Paz war die Gattin von Prinz Ludwig Ferdinand von Bayern (1859–1949), der selbst Arzt war.

### Frühe Form der Krankenpflegeausbildung

Krankenwartung und das richtige Verhalten am Krankenbett aber mussten auch gelernt werden. Intuition und guter Wille allein genügten nicht. Die ersten Terziarinnen, die sich für den Krankenbesuchsdienst interessierten, mussten noch die vierwöchigen von der Caritas angebotenen Kurse für die Landkrankenpflegerinnen besuchen. Doch schon bald entstanden eigene Ausbildungskurse, für die man den praktischen Arzt und späteren Sanitätsrat Dr. Josef Heigl (1859–1937) und die Rotkreuzschwester Klara Schanderl (geb. 1853) gewinnen konnte. Der erste Kurs umfasste bereits 70 Personen. Unterrichtsgrundlage bildete das 1902 erschienene Taschenbuch der Krankenpflege aus der Feder des Münchner Privatdozenten und Chirurgen Julius Fessler (1862–1937). Dieses wurde für seinen leicht verständlichen Schreibstil und auch für die Vielfalt der abgehandelten Themen gelobt. Julius Fessler war damals niedergelassener Chirurg in München und operierte seine Patienten im neuen Rotkreuzkrankenhaus an der Nymphenburger Straße. In dem praxisnah geschriebenen Taschenbuch fasste Fessler seine Erfahrungen in der Krankenpflege zusammen, die er als Assistenzarzt am Städtischen Krankenhaus



Krankenanstalt des Bayerischen Frauenvereins vom Roten Kreuz in der Nymphenburgerstraße 163. Postkarte um 1900. Modell für die Krankenfürsorge des Dritten Ordens.

links der Isar, durch seine operative Tätigkeit am Rotkreuzkrankenhaus, aber auch als Kriegschirurg in den Lazaretten zu Konstantinopel 1897 und während des Burenkrieges in Südafrika gesammelt hatte. Hinzu kam seine Stellung als leitender Arzt für den Unterricht bei der Sanitätskolonne in München, einer Art früher Rettungsdienst.

Detailliert listete Fessler in seinem Buch die Pflichten des Pflegepersonals auf, sowohl gegenüber den Kranken als auch im Umgang mit den Ärzten. Aufbau des Körpers und die Funktionen der Organe werden ebenso geschildert wie die optimale Beschaffenheit eines Krankenzimmers oder des Krankenbettes. Die jungen Pflegerinnen lernten darin aber auch, ein geschultes Auge auf den kranken Menschen zu werfen, und natürlich auch die Pflegearbeit in allen Ausprägungen einschließlich der Versorgung von Wöchnerinnen. Da das Büchlein nicht nur für das Krankenhauspersonal geschrieben war, sondern auch für die häusliche Pflege, war es für die in der ambulanten Pflege eingesetzten Schwestern das perfekte Unterrichtswerk. Auf der Basis dieses Lehrbuches erhielten die Schwestern

einen etwa vierwöchigen theoretischen Unterricht. An verschiedenen Krankenanstalten, darunter seit 1904 auch am Georgi-Ritterspital in München-Nymphenburg, durften die Schwestern ein wenig praktizieren.

Diese eher minimale Vorbereitung auf die anforderungsreiche ambulante Pflegearbeit konnte jedoch nicht genügen, und so kam um 1906 der Gedanke auf, für die Pflegeausbildung der Schwestern möglicherweise ein eigenes Krankenhaus im Münchner Arbeiterviertel Giesing oder auch anderswo einzurichten. Als Vorbild diente hier zweifellos die Pflege- und Heilanstalt des Bayerischen Frauenvereins vom Roten Kreuz. Dieser Verein hatte zur Ausübung der Krankenpflege, aber insbesondere auch zur Ausbildung seiner Schwestern 1874 in München ein Haus gekauft und schließlich 1892 eine Anstalt in der Nymphenburger Straße eröffnet, das heutige Rotkreuzkrankenhaus. Auch hier verband sich Schwesternausbildung mit einer Krankenpflege in der Anstalt, in der Stadt und auch auf äußeren Stationen. Im Kreise der Krankenfürsorge des Dritten Ordens bekamen die realen Pläne zum Bau einer eigenen Krankenanstalt mit der Versetzung Eders 1908 jedoch zunächst einen Dämpfer.

### Infrastruktur und juristische Identifikation

Gleichwohl träumten die Schwestern aber auch weiterhin von Wachstum und möglicherweise sogar von einem eigenen Krankenhaus. Auch organisatorisch machte sich die Krankenfürsorge des Dritten Ordens für den wichtigen Schritt fit. Bereits 1906 hatte die „Organisierte Krankenfürsorge des Dritten Ordens“ durch die Eintragung ins Vereinsregister des zuständigen Amtsgerichtes in München ihre Rechtsfähigkeit erlangt. Als eingetragener Verein war man zu einer ju-

ristischen Person geworden. 1908 wurden Name und Status in die „Organisierte weltliche Krankenfürsorge des Dritten Ordens in Bayern e.V.“ weiterentwickelt und schließlich – als die beiden Attribute „organisiert“ und „weltlich“ für nicht mehr nötig erachtet wurden – 1912 noch einmal in „Krankenfürsorge des Dritten Ordens in Bayern e.V.“ umgewandelt. Laut Satzung war der Verein untrennbar mit dem Dritten Orden und vor allem der Drittordensgemeinde von St. Anton in München verbunden. Deren Direktor war jeweils auch zugleich Vorstand des Vereins, der grundsätzlich durch einen Vereinsausschuss geleitet wurde. Diesem Ausschuss gehörten neben dem Vorstand und weiteren Mitgliedern in der Folge auch die Generaloberin und, um die Interessen des Krankenhauses zu wahren, später auch die Oberin und die Leiterin der Schwesternschule an. Ebenfalls war der ärztliche Leiter der Krankenanstalt Mitglied des Gremiums. Die in der Krankenpflege tätigen Schwestern selbst waren nicht Mitglieder des Vereins, sondern bildeten lediglich das Organ, durch das der Verein seine karitative Tätigkeit entfaltete. Der Verein war der Träger des ganzen mit der Krankenpflege verbundenen gemeinnützigen Werkes und auch des Vereinsvermögens. Mit Blick auf das zu erbauende Krankenhaus hatte man nämlich bereits seit 1906 einen Baufond aufgehäuft.

Grundsätzlich hat die Rechtsform eines Krankenhausträgers eine Bedeutung sowohl für die Außenwirkung eines Krankenhauses, also für dessen Teilnahme am Rechtsverkehr, als auch für die Festlegung der internen Organisationsstruktur. Bei letzterer geht es beispielsweise darum, die Interessen der in einem Verein organisierten Rechtssubjekte zu wahren. Unter den zur Verfügung stehenden Rechtsformen wählten die damaligen Impulsgeber den beim Amtsgericht eingetragenen Verein. Bei einem solchen handelt es sich

um einen auf Dauer angelegten Zusammenschluss von Personen zur Verwirklichung eines gemeinsamen Zweckes mit Körperschaftlicher Verfassung. Diese äußert sich in einem Gesellschaftsnamen, in der Vertretung durch einen Vorstand und durch die Unabhängigkeit vom Wechsel der Mitglieder. Letzteres war ja gerade der ausschlaggebende Gesichtspunkt für Pater Eder gewesen, das Fortbestehen der von ihm mit geschaffenen Pflegeorganisation von seiner eigenen Person unabhängig zu machen. Die Rechtsform des eingetragenen Vereins war für den Betrieb eines Krankenhauses durch eine karitative Organisation oder eine Religionsgemeinschaft ideal. Denn der mit einem Krankenhaus unweigerlich verbundene wirtschaftliche Geschäftsbetrieb schadete dem Verein in einem solchen Falle nicht, da im Grunde weltanschauliche oder gemeinnützige Zwecke verfolgt wurden und damit die ideelle Zielsetzung des Vereins überwog (vgl. zu diesen rechtlichen Aspekten Knorr/Wernick 1991, S. 13 u. 24–26). Diese Rechtsform bewährte sich denn auch für die folgenden Jahrzehnte bis 1978.

Doch nicht nur in ihren pflegerischen und juristischen Ansprüchen, sondern auch als geistliche Gemeinschaft entwickelte sich die Schwesternschaft in diesen Jahren weiter. Um den inneren und äußeren Zusammenhalt zu fördern und auch um für Schwestern in kranken und in alten Tagen vorzusorgen, wurde 1910 in der Maistraße ein Haus erworben und ein Schwesternheim eingerichtet. Ein eigenes Haus erleichterte auch die Einführung in das religiöse Schwesternleben. Das Haus in der Maistraße beherbergte in der Folge viele Jahrzehnte auch das Generalat der Schwestern, das erst 1966 nach Nymphenburg umzog. Nachdem sich also zunächst die christliche Nächstenliebe selbst ein Heim gebaut hatte, ging sie nun daran, auch ein Haus für kranke Menschen zu errichten.

## Das Krankenhausprojekt

Den richtigen Partner für ihr ambitioniertes Vorhaben fanden die Schwestern in dem Chirurgen Carl Schindler (1875–1952), zu dem sich über die Pflegekurse am Georgi-Ritterspital bereits ein enger Kontakt entwickelt hatte. Carl Schindler war an der dem Königlich-Bayerischen Hausritterorden vom heiligen Georg gehörenden Spitaleinrichtung mittlerweile Chefarzt geworden. Er hatte 1905 seine Stelle an der Chirurgischen Poliklinik der Universität München aufgegeben und an dem 1874 in Betrieb genommenen Georgi-Ritterspital zunächst eine neue chirurgische Abteilung aufgebaut. Ausgestattet mit Führungsqualitäten, hatte er 1907 dann auch die Leitung der gesamten Einrichtung übernommen. Als moderner Vertreter der operativen Medizin und Spezialarzt für Chirurgie und orthopädische Chirurgie hatte Schindler rasch für einen guten Ruf des Georgi-Ritterspitals gesorgt. Schindler zeigte auch großes Interesse an der Pflegeausbildung und hatte an dem von ihm medizinisch aufgerüsteten Krankenhaus schon 1906 die praktische Ausbildung für die Schwestern der Krankenfürsorge des Dritten Ordens auf drei Monate verlängert und den Schwestern so zu einer intensiveren praktischen Ausbildung verholfen. Wenn wir Schindlers eigenen Aussagen Glauben schenken dürfen, ließ er sich von den tüchtigen und klugen Schwestern beeindrucken und so reizte es ihn, „einer solchen werdenden Schwesternschaft auf die Beine zu helfen“. Wie Schindler ebenfalls vermerkte, „nicht immer zur reinen Freude der Barmherzigen Schwestern“, die im Georgi-Ritterspital die Krankenpflege besorgten.

Ab 1909 musste Schindler sich beruflich neu ausrichten und verband schließlich seine eigene Lebensplanung mit dem zukünftigen Weg der Krankenfürsorge vom Dritten Orden. Zu diesem Zeitpunkt wurde näm-



Das 1874 eröffnete Georgi-Ritterspital an der Stelle des heutigen Botanischen Gartens (Bildkartei Archiv Klinikum Dritter Orden).

lich erkennbar, dass das von Schindler geleitete Georgi-Ritterspital dem Projekt eines neuen Botanischen Gartens in Nymphenburg weichen musste und daher die Schließung des Hauses bevorstand. Da der bisherige Spitalträger zudem nicht über die erforderlichen Mittel für einen Neubau verfügte, drohte in dem 1899 mit München vereinigten Nymphenburg eine Lücke in der flächendeckenden stationären Versorgung. Ermutert von Etlichen, die die Randlage als Krankenhausstandort erhalten wollten, schlüpfte Schindler selbst in die Rolle eines Investors und sorgte für die nötigen Finanzmittel. Auch Geheimrat Albert Bäuml (1855–1929) von der Nymphenburger Porzellanmanufaktur bot sich an, Schindler bei der Finanzierung eines Neubaus zu unterstützen. Die mit Schindler in Dankbarkeit verbundene und ebenfalls an der Existenz eines Krankenhauses in unmittelbarer Nachbarschaft interessierte Generaloberin der Englischen Fräulein trat zu einem vernünftigen Preis ein für den Krankenhausbau geeignetes Areal von etwa vier Tagwerk in Nymphenburg ab.

Dass Schindler im übrigen sein neues Krankenhaus nicht mit den Barmherzigen Schwestern baute, haben ihm diese „sehr verübelt“. Heute hat sich die Rivalität zwischen den Barmherzigen und den Drittordenschwestern längst beruhigt. Am Klinikum Dritter Orden wird das gute Mineralwasser der im Besitz der Barmherzigen Schwestern befindlichen Adelholzener Quelle getrunken und unter dem ökonomischen Druck der Gegenwart wird bei kapitalintensiven Investitionen eng mit den Münchner Krankenhäusern der Barmherzigen Schwestern, den Klinken Maria Theresia und Neuwitelsbach, kooperiert.

Wie Schindler selbst betonte, reizte ihn jedoch gerade die Idee einer „systematischen Schwesternausbildung“, die es in Schindlers Augen zu optimieren galt. Daher reichte er den von ihm favorisierten jungen Schwestern nicht nur als Krankenhausfachmann die Hand, sondern griff dem Verein beim Aufbau eines neuen Krankenhauses auch mit einer erheblichen Summe unter die Arme. Die zu diesem Zeitpunkt noch geringen Finanzmittel der Krankenfürsorge vom Dritten Orden hätten für den Neubau keineswegs ausgereicht. Dabei setzte sich Schindler von Anfang an dafür ein, dass die Krankenfürsorge vom Dritten Orden als Spital- und Besitzträger auftreten solle.

### Die Krankenanstalt des Dritten Ordens in München-Nymphenburg

Planung und Entwurf des neuen Hauses legten Schindler und der Schwesternverein in die Hände des Architekten Franz Rank (1870–1949), der die zeitgerechten Vorgaben von Medizin, Hygiene und Technik einerseits und christlicher Nächstenliebe andererseits in eine passende Architektur umsetzte. Als sogenannten Gegenar-



Projektbild für die Krankenanstalt des Dritten Ordens in München-Nymphenburg. Das Postkartenbild dürfte dem ersten Entwurf von Architekt Franz Rank entsprechen. Mit der von 1911 datierenden Postkarte warb die „Organisierte Krankenfürsorge des III. Ordens“ für das Projekt und bat „herzlich“ um „Bausteine und Zuwendungen“. Weiter heißt es auf der Rückseite der Karte: „Das Unternehmen ist sehr zeitgemäß und ein wahres Bedürfnis!“

chitekt fungierte Hans Steiner, den der Krankenfürsorgeverein von Umbauten in der Maistraße kannte und der dem Bauherrn nun als Bauleiter zur Seite stand. Franz Rank, ein Schüler des berühmten Architekten Friedrich von Thiersch (1852–1921), entwarf in München damals gerade den sogenannten Lindwurmhof als Büro- und Geschäftshaus. Zeitgleich baute er die Pfarrkirche in Lindenberg im Allgäu und später das Passionspiel-Theater in Oberammergau sowie den Neubau des Bühnentraktes für das Festspielhaus in Bayreuth. Mit seinen Brüdern Ludwig und Josef Rank (1868–1956) betrieb Franz Rank zudem eine auf den Vater zurückgehende Baufirma im Münchner Stadtteil Schwabing.

Als ärztlicher Ideengeber fungierte der Chirurg Carl Schindler. Welch intensiven medizinischen und architektonischen Ideenaustausch Rank und Schindler

führten, belegt die Tatsache, dass beide im Juni 1910 gemeinsam ins Rheinland fuhren, um dort die neuesten Krankenhausbauten zu studieren. Auf der Basis von Schindlers Wünschen präsentierte Rank im Oktober 1910 eine erste Planskizze für ein Krankenhaus mit etwa 100 Betten, die – wie Schindler schreibt – „im Großen und Ganzen dann auch durchgeführt wurde.“ Ein auffallendes Gebäude in einem Umfeld, wo sich die Stadt noch sehr bescheiden gab. Die Lage auf dem freien Areal gegenüber dem neuen Botanischen Garten war sicher ideal. Der Glaube an die sogenannte Luftinfektion und der daraus resultierende Wunsch nach einer perfekten Lüftungshygiene bestimmte zu jener Zeit alle Dispositionen im Krankenhausbau.

In der Stilrichtung folgte Rank der späthistoristischen Architektur und bezog wohl auch Jugendstilelemente mit ein. Auch wenn Rank hier nicht mehr einen opulenten Historismus wählte, vernachlässigte er nicht Schönheit in Form und Detail, wie die perfekt proportionierte Komposition zeigt. Der zur Chaussee nach Menzing hingeeordnete und damit am Sonnenlicht ausgerichtete 53 Meter lange Baukörper mit seinem hohen Mansarddach war durch zwei Seitenflügel flankiert und in der Mitte durch eine halbkreisförmige, dreigeschossige und von Pilastern gerahmte Veranda belebt. Die noch heute gut erkennbaren großen Fensterfronten ließen viel Licht in die Räume, und in den Grundrissen von Souterrain und den einschließlich Mansardetage vier Nutzgeschossen spiegelt sich ein den Krankenhausbedürfnissen entsprechendes Raumprogramm wider. Nach Norden hin adaptierte Rank das im Jugendstil dekorierte Elisabethenkirchlein und im Erdgeschoss darunter die Kochküche mit ihren Nebenräumen. Ein kleines Meisterstück inmitten eines gärtnerisch geformten Ensembles. Am 1. Februar 1912 wurde die „Krankenanstalt des Dritten Ordens in München-Nymphen-

burg“ mit 100 chirurgischen Betten feierlich in Betrieb genommen. Das Protektorat über das Krankenhaus hatte Prinzessin Maria de la Paz übernommen. Seit der Grundsteinlegung am 24. Juni 1911, der neben der Prinzessin auch deren Ehemann Prinz Ludwig Ferdinand, Pilar Prinzessin von Bayern und der Erzbischof von München und Freising beiwohnten, war nur etwas mehr als ein halbes Jahr vergangen. Eine bauliche und logistische Leistung der Sonderklasse!

Nicht nur mit einem modernen Röntgenzimmer zeigte man sich auf der Höhe der Medizintechnik, sondern mit dem zur Optimierung der Lichtverhältnisse ins Dachgeschoss eingebauten und sehr geräumigen aseptischen Operationssaal schuf man auch die Voraussetzung für das hochmoderne bakterienfreie Operieren. Wenige Jahre zuvor operierten die Chirurgen nicht selten noch bei den Patienten zu Hause, wie es auch von Carl Schindler überliefert ist. Bei einer seiner ambulanten Operationen in einem Bauernhof soll Schindler einen Äthertupfer über die Schulter geworfen und dabei zufällig ein verrottetes Bild getroffen haben. Der herunterlaufende Ätherstreifen soll – so wird berichtet – das Bild gleichsam gereinigt und dabei eine aus dem 19. Jahrhundert stammende Kopie der 1507 von Raffael für die Familie Tempi gemalten und heute in der Alten Pinakothek befindlichen sogenannten Madonna Tempi zum Vorschein gebracht haben.

Ein aseptischer Operationsraum war zu diesem Zeitpunkt durchaus noch keine Selbstverständlichkeit. So verfügte man in jener Zeit beispielsweise in der Chirurgischen Klinik der Universität München noch immer über einen kombinierten Hör- und Operationssaal und für wirklich sterile Eingriffe stand nur ein notdürftig eingerichtetes Zimmer zur Verfügung. Erst mit einem kleinen Anbau erhielt Münchens führende chirurgische



Krankenanstalt des Dritten Ordens in München-Nymphenburg. Südseite. Postkarte um 1912, Kunstverlag Ernest Bernhard, München. Der von dem Patienten handschriftlich hinzugefügte Text „Nymphenburger Krankenhaus Dr. Schindler des III. Ordens“ zeigt, wie sehr das Wahrnehmungsbild der Krankenanstalt mit der ärztlichen Gründerfigur verknüpft war.



Krankenanstalt des Dritten Ordens in München-Nymphenburg. Nordostseite. Postkarte 1912, Kunstverlag Ernest Bernhard, München.

Klinik 1913 ihren ersten aseptischen Operationsraum. Die großen Säle in der neu gebauten Krankenanstalt des Dritten Ordens mit über acht Betten strahlten mit ihren Veranden räumliche Großzügigkeit aus. Zur modernen Haustechnik gehörten ein Aufzug und eine Kohlezentralheizung.

## Krankenhausname, Lenkung und ärztlicher Pionier

Eigentlich sollte nach dem ursprünglichen Willen von Pater Eder das Krankenhaus Elisabethinum heißen, in Anklang an Elisabeth von Thüringen als Urfigur der Terziarinnen. Mit Blick auf das 700-jährige Jubiläum der 1207 geborenen Namenspatronin hatte Eder bereits 1907 ein solches Elisabethinum errichten wollen. Da der Weg zum Namen jedoch durch den St. Elisabethenverein versperrt wurde, einigte man sich vorläufig einfach auf „Krankenanstalt des Dritten Ordens in München-Nymphenburg“, wobei es dann auch viele Jahrzehnte blieb. Die HI. Elisabeth jedoch zur Patronin der Schwesternschaft vom Dritten Orden zu machen und ihr die Kirche im neuen Krankenhaus zu weihen, dies konnte den Schwestern niemand verwehren.

Zur Verwaltung und Lenkung des Krankenhauses konstituierte sich ein eigener Ausschuss. Dieser bestand aus dem ersten und zweiten Vorsitzenden sowie dem Sachverständigen des oben genannten Vereinsausschusses. Überdies gehörte ihm auch der ärztliche Leiter des Krankenhauses, Carl Schindler, an. Obwohl selbst kein Terziar, war Schindler bereits seit 1910 ärztlicher Beirat des Vereinsausschusses. Die Befugnisse dieses Ausschusses wurden durch ein vom Vereinsausschuss erlassenes Verwaltungsstatut bestimmt.

Auch wenn bei dem ambitionierten Projekt der Wunsch nach einer passablen Krankenpflegeausbildung für den Dritten Orden im Vordergrund gestanden hatte, so machte die stationäre Behandlung der Patienten doch rasch die Identität des neuen Krankenhauses aus. Sowohl als Chefarzt der chirurgischen Abteilung (1912–1940) als auch in seiner Funktion als Ärztlicher Direktor (1912–1952) prägte Carl Schindler über viele

Jahrzehnte das medizinische Erscheinungs- und Wahrnehmungsbild des Krankenhauses vom Dritten Orden. In ihm hatten die Schwestern einen Mann gewonnen, der zu den markanten bayerischen Arztpersönlichkeiten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts gehörte.

Schindlers operative Tätigkeit umfasste das gesamte damals denkbare chirurgische Spektrum mit Ausnahme der Neurochirurgie. Berühmt jedoch wurde er als Schilddrüsenoperateur. Geprägt in dieser Rolle hatte ihn der 1909 für seine Pathologie und Chirurgie der Schilddrüse mit dem Nobelpreis ausgezeichnete Schweizer Chirurg Theodor Kocher (1841–1917). Diesem Organ und der dazugehörigen Chirurgie widmete Schindler denn auch den Großteil seiner wissenschaftlichen Arbeit. Als Experte auf dem Gebiet des Krankenhauswesens war Schindler viele Jahre auch ein gefragter Berater der Gesundheitsabteilung des bayerischen Innenministeriums. Aus der von ihm 1947 gegründeten Arbeitsgemeinschaft für das Krankenhauswesen entwickelte sich 1950 die Bayerische Krankenhausgesellschaft, deren Ehrenvorsitz Schindler innehatte. Eine dominante Rolle spielte Schindler schon früh auch bei der Bekämpfung der Tuberkulose. Dies ist wohl der Hintergrund für die Tatsache, dass 1916 etliche Drittordensschwwestern als Bezirksfürsorgerinnen für die Säuglings- und Tuberkulosefürsorge eingesetzt waren.

Neben dem chirurgischen Tätigkeitsfeld mit seiner besonderen Expertise auf dem Gebiet der Schilddrüsenchirurgie differenzierte sich der Geburtshilfe und der Frauenheilkunde die ärztliche Versorgungsstruktur am Krankenhaus des Dritten Ordens langsam weiter aus. Hierfür konnte Schindler Fritz Brunner (1878–1951) als Belegarzt gewinnen, mit dem er bereits am Georg-Ritterkrankenhaus zusammengearbeitet hatte. Damit griff das Krankenhaus des Dritten Ordens schon zu ei-

nem frühen Zeitpunkt ein Versorgungsmodell auf, das ambulante und stationäre Betreuung in einer ärztlichen Hand kombinierte und so vorausschauend schon vor über 100 Jahren die heute gewünschte Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung herstellte. Das Belegarztwesen war insbesondere im Rheinland und in Westfalen aufgekommen und hatte sich vor allem aus ambulanten und mit Ordensschwestern besetzten Krankenpflegestationen entwickelt.

Das genannte System bedeutete für Brunner, dass er als niedergelassener Arzt im Krankenhaus des Dritten Ordens seine Patienten stationär behandeln konnte und dabei gegen ein Entgelt die Einrichtungen des Krankenhauses in Anspruch nahm. Er selbst erhielt vom Krankenhaus keine Vergütung. Aus den anfänglichen Wochen- und gynäkologischen Betten wurde 1916 eine eigene geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, zu deren Leiter Fritz Brunner am 15. Januar 1919 schließlich auch offiziell bestellt wurde. Gleichwohl blieb Brunner weiterhin Belegarzt und hatte außerhalb des Krankenhauses seine Praxis. Die Fächerkombination aus Geburtshilfe und operativer Gynäkologie stand der Chirurgie im übrigen relativ nahe und passte so gut in ein chirurgisches Fachkrankenhaus. Geburtshilfliche Komplikationen verlangten immer schon ein beherztes ärztliches Eingreifen und in Gestalt der operativen Gynäkologie hatte sich die Frauenheilkunde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ebenfalls chirurgisch ausgerichtet.

Auch wenn die stationäre Versorgung der Patienten in der Bevölkerung rasch die Identität des neuen Krankenhauses ausmachte, so verband sich in den Augen der Krankenfürsorge des Dritten Ordens mit der neuen Anstalt vor allem aber die „so notwendige“ Krankenpflege. Denn der Hauptzweck dieses Krankenhauses

war ja die Heranbildung von fähigen Krankenpflegerinnen für Stadt und Land. So gab es in den neuen Mauern nun auch einen eigenen und bestens eingerichteten Lehrsaal. Praktische Kurse für die Schwestern fanden u. a. im modernen OP-Saal statt. Wohl wissend, wie wichtig ein klares Ausbildungsprofil und eine eingehende Prüfung für die Qualität der Arbeit, aber auch für das gesellschaftliche Ansehen einer Tätigkeit sind, stellte der damalige Krankenhausvorstand Pater Canisius König bereits 1912 den Antrag auf Einführung einer staatlichen Prüfung für Pflegepersonen, dessen Bearbeitung durch die Behörden jedoch durch den Krieg zurückgestellt wurde.

## Krieg und Wirtschaftskrise

Kaum war die Probezeit für das neue Haus in Münchens Krankenhauslandschaft vorbei, bestimmte von 1914 bis 1918 schon der Donnerschritt des Ersten Weltkrieges den Arbeitsalltag im Krankenhaus des Dritten Ordens. Der Krieg brachte die Einberufung zahlreicher Schwestern zur Verwundetenpflege in etliche Lazarette, unter anderem nach Ungarn. Auch Schindler war vom Beginn des Krieges 1914 bis 1916 immer wieder als Stabs- und Oberstabsarzt in Schlachtfeldnähe eingezogen und in Kriegslazaretten unterwegs. Seine Vertretung übernahm damals Fritz Brunner. Einer der im Krankenhaus tätigen Ärzte, Dr. Max Grundler (geb. 1885), fiel 1916 im Felde. Ein Gedenkstein in der Elisabethkirche erinnert noch heute an den gefallenen Arzt.

Teilweise wurde aber auch das Krankenhaus des Dritten Ordens zu einem Lazarett umfunktioniert. Aufgestellt am 8. Oktober 1914 als sogenanntes Vereinslazarett, war es mit 90 Betten dem Reservelazarett München C angegliedert, wo Schindler ebenfalls

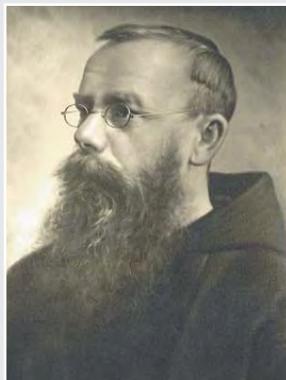
wirkte. Etwa die Hälfte der drastisch auf 200 erhöhten Betten war mit Verletzten belegt. Um den Arbeitskräftemangel zu lindern, stellte die Militärverwaltung dem Krankenhaus etliche russische Kriegsgefangene als Hilfsarbeiter zur Verfügung. Schindler hatte im Wehrkreis aber auch noch andere Lazarette unter sich und nahm in auswärtigen Lazaretten schwere Operationen vor. Nach Kriegsende fand sich das noch zu Kaisers Zeiten gegründete Krankenhaus in einer veränderten politischen Welt wieder.

Aber auch ein langjähriger Wunsch von Carl Schindler und Pater Canisius ging nach dem Ende des Krieges in Erfüllung. Am 27. Januar 1920 erhielt die Krankenpflegeschule ihre staatliche Anerkennung. Unterrichtet wurde mittlerweile nach dem von der Medizinalabteilung des Preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt herausgegebenen „Krankenpflegelehrbuch“. Auch die Prüfung orientierte sich an den preußischen Standards und den in Berlin herausgegebenen „Vorschriften über

die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen“. Bayern hatte auf diesem Feld noch Nachholbedarf. Schindler wirkte an vorderster Stelle bei der Erstellung eines verbindlichen Lehrplanes mit und wurde so bei der Modernisierung der Krankenpflegeausbildung in Bayern ein gefragter Berater der Regierung. Er gehört damit zu den Vätern einer systematischen Pflegeausbildung in Bayern.

Nach Kriegsende bereiteten aber bald Wirtschaftskrise und nachfolgende Inflationszeit große Sorgen. Der dramatisch schwindende Geldwert machte es immer schwieriger, den Krankenhausbetrieb am Laufen zu halten. Als beispielsweise die Ortskrankenkasse München ihren Vertrag mit dem Krankenhaus 1923 kündigte, führte dies zu einem markanten Einbruch der Belegungszahlen. Erst drei Jahre später konnten wieder neue Verträge geschlossen werden. Die günstige Vereinbarung mit den Versicherungsträgern und Selbstzahlern, bereits nach drei Tagen die fällig gewordenen

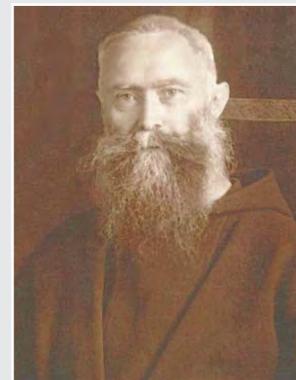
### Die Präsidates von 1902 bis 1989



Pater Petrus Eder,  
1902 bis 1908



Pater Canisius König,  
1908 bis 1921



Pater Salvian Kraus,  
1921 bis 1923

Gelder einkassieren zu dürfen, sorgte nun zumindest für einen ständigen Cashflow und verhinderte damit Liquiditätseingänge. Sr. Bernhilde Frey (1900–1972), die später lange Jahre bis 1971 dem Hauptausschuss der Bayerischen Krankenhausgesellschaft angehörte, bildete damals, so Schindler, den großen „finanziellen Ruhepol.“ Wirtschaftlich viel half in diesen unseligen Tagen sicher auch die Tatsache, dass das Krankenhaus bereits wenige Jahre nach der Eröffnung sich eine eigene Versorgungsstruktur geschaffen hatte. 1917 waren Gewächshäuser für den Gemüseanbau errichtet worden und im gleichen Jahr hatte auch eine Bäckerei die Produktion aufgenommen. Der ebenfalls 1916/17 eingerichtete und später stark erweiterte Schweinestall war die Basis für eine eigene Fleischverarbeitung und Wurstfabrikation, die zumindest bis in die 1950er Jahre den eigenen Bedarf des Hauses deckte. Die später, 1957 auf das angepachtete Gelände der Blutenburg ausgelagerte landwirtschaftliche Produktion wurde im übrigen erst 1975 aufgelöst.

Der wirtschaftliche Druck von außen führte aber auch dazu, dass die Schwestern als Träger des Krankenhauses enger zusammenrückten. War die Verpflichtung der jungen und seit 1921 von einer Generaloberin regierten Schwestern bislang nur ein weltlich-rechtlicher Vorgang gewesen, so addierte man 1925 eine kirchliche Schwesternweihe, die neben der Segnung der Kleider die göttliche Weihe zum Dienst am Nächsten symbolisieren sollte. Am 18. Dezember 1925 zelebrierte der ein Jahr zuvor zum Weihbischof im Erzbistum München-Freising ernannte und spätere Regensburger Bischof Michael Buchberger (1876–1961) die erste feierliche Einkleidung der Schwestern. 535 Schwestern zählte man 1927 bei der Krankenfürsorge des Dritten Ordens und der Trägerverein selbst umfasste 17 527 Mitglieder. Wichtige Persönlichkeiten gehörten dem Vorstand der Krankenpflege vom Dritten Orden an, darunter von 1927 bis 1932 beispielsweise der spätere 76. Bischof von Eichstätt (1932) und Bischof von Berlin (1935), Konrad Kardinal von Preysing (1880–1950).



Pater Theodor Götz,  
1923 bis 1950



Pater Wunibald Wendel,  
1950 bis 1967



Pater Simpert Kienle,  
1967 bis 1986



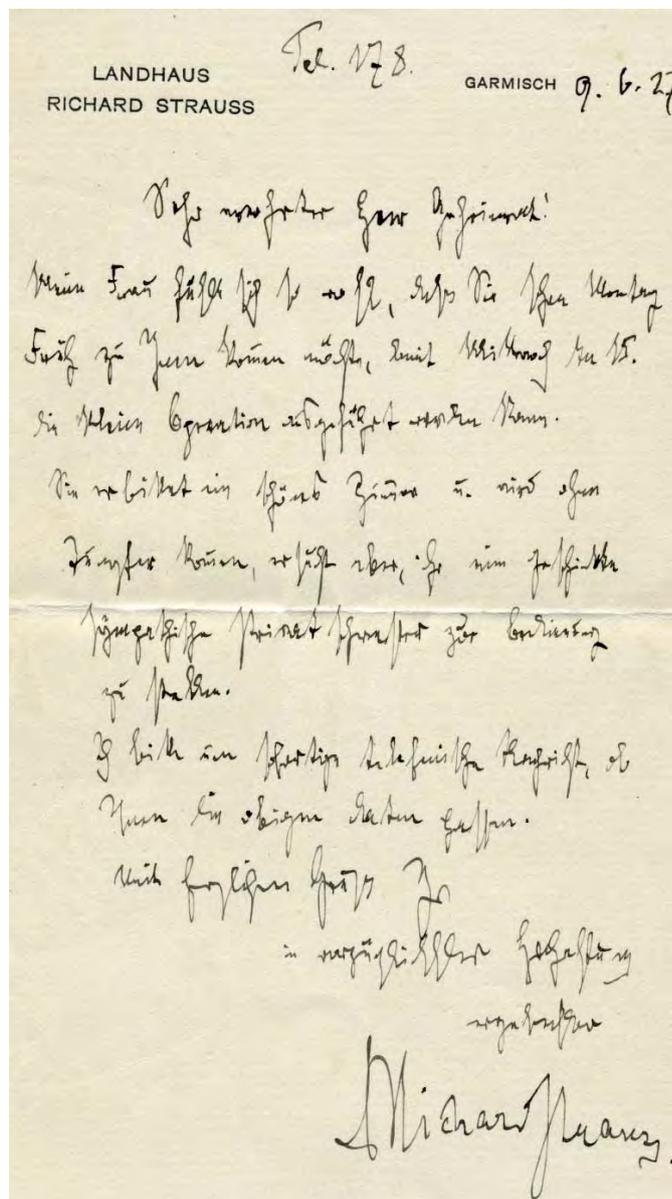
Pater Manuel Baderhuber,  
1986 bis 1989

Dass das kleine Krankenhaus aber auch in diesen trüben Zeiten nichts von seinem guten Ruf einbüßte, mag man daran erkennen, dass der bekannte Komponist Richard Strauß (1864–1949) im Juni 1927 Carl Schindler um ein Zimmer für seine Frau bat, die sich zu einem kleinen Eingriff angemeldet hatte. Zusätzlich wollte Strauß gleich noch ein Zimmer für die Zofe seiner Frau buchen. Und als erfreulich wurde auch vermerkt, dass in der geburtshilflichen Abteilung 1926 die nicht geringe Zahl von 239 Entbindungen stattfand.

### Franziskushaus als neues Schwestern- und Verwaltungsgebäude

Trotz der Wirtschaftskrise blickte die Schwesternschaft nach vorne und – das Krankenhaus machte sich langsam in der Umgebung breit – konnte 1927 das Franziskushaus einweihen, das neuen Raum für die Verwaltung und für die Schule und noch etliche Schwesternzimmer brachte. Kombiniert waren Speise- und Lehrsaal auch als Festsaal verwendbar. Insbesondere aber konnte nun auch ein neues Ambulatorium eingerichtet werden und im Franziskushaus erhielt die Schwesternschaft neben der Krankenhauskirche eine eigene Hauskapelle.

Bereits 1921/23 hatte man mit den Englischen Fräulein zusätzliche Flächen für eine Erweiterung des Krankenhauses ausgehandelt. Ein aus dieser Zeit stammender Generalbebauungsplan enthielt Flächen für alle in Betracht kommenden Erweiterungsbauten. Es waren dies eine interne Abteilung, eine eigene Abteilung für Säuglinge, Wöchnerinnen und für die Gynäkologie sowie auch ein sogenanntes Sonderhaus für Tuberkulose und Infektionskrankheiten, dazu ein Zentralwirtschaftsgebäude. Das Herzstück dieses Entwicklungsplanes bildete jedoch das Franziskushaus.



Durch Eilboten an Geheimrat Schindler zugestelltes Schreiben des berühmten Komponisten Richard Strauß vom 9. Juni 1927 (Privatbesitz).

Grund für das weit ausgreifende Bauvorhaben war schlicht Raumnot: In dem ursprünglich für 80 bis 90 Betten konzipierten Krankenhausbau waren mit der Zeit 200 Betten aufgestellt; die Wohnräume der Schwestern unter dem Dach und der Lehrsaal waren längst in Krankensäle verwandelt. Manche Schwestern wurden schon im Wäschereigebäude untergebracht. Für die Schülerinnen wick man in angrenzende Mietwohnungen aus. Aber auch neue Bedürfnisse kamen hinzu: Es gab kein einziges Sprechzimmer und kein Gastzimmer, für die Schwestern fehlte ein ausreichendes Speisezimmer, die Räumlichkeiten für das wachsende Ambulatorium waren mittlerweile viel zu beengt und die von Privatpatienten belegte sogenannte Separatabteilung war sehr beschränkt.

Auch wenn das Gesuch um einen Bauzuschuss von der Stadt mit dem Hinweis abgelehnt wurde, die für die Krankenpflege in den Städtischen Krankenhäusern zuständigen Barmherzigen Schwestern gingen einer privaten Vereinigung vor, so wurde das Franziskushaus 1927 dennoch gebaut. Für eine harmonische Angliederung des neuen Hauses mit seinem markanten, die Uhrzeit anzeigenden Dachturm an den alten Baukörper sorgte wieder der Architekt Franz Rank, der soeben in München auch die Kirche St. Canisius erbaut hatte und beim Dritten Orden nun in Bauleiter Franz Xaver Huf (1878–1973) einen neuen Vertrauensarchitekten gegenüber hatte.

### Neue Innere Abteilung

Mit dem Neubau und der damit verbundenen Möglichkeit, den alten Baukörper medizinisch noch intensiver zu nutzen, ließ sich endlich auch der Wunsch nach einer Inneren Abteilung realisieren. Dieser Wunsch war schon 1921 laut geworden, um die Ausbildung der

Schwesternschülerinnen zu komplettieren. Für den Aufbau und die Leitung der ins Auge gefassten neuen Abteilung konnte mit dem Internisten Hugo Kämmerer (1878–1968) ein Arzt gewonnen werden, dessen Name in der medizinischen Forschung einen guten Klang hatte. Kämmerer war ein Schüler Friedrich von Müllers (1858–1941) und leitete als außerplanmäßiger Professor zu diesem Zeitpunkt das Ambulatorium der II. Medizinischen Klinik der Universität München. Mit der Anwerbung von Kämmerer, der eine ganze Reihe von überaus attraktiven Angeboten, darunter auch die Chefarztstelle am Krankenhaus rechts der Isar, ausschlug, wurde das Krankenhaus des Dritten Ordens von einer behandelnden auch zu einer forschenden Einrichtung. Kämmerer hatte sich zum einen mit seinen Arbeiten über die Blutfarbstoffe einen international bekannten Namen gemacht. Zum anderen gehörte er zu den Pionieren der Allergologie und den Mitbegründern dieses thematischen Feldes als klinische Spezialität. Er prägte zu Beginn der 1930er Jahre den Begriff der allergischen Diathese und hatte schon 1926 das erste deutsche Lehrbuch der Allergologie verfasst. Unter nicht geringen Schwierigkeiten, die ihn manchmal an der Sinnhaftigkeit seiner beruflichen Entscheidung zugunsten des Dritten Ordens zweifeln ließen, schuf sich Kämmerer in Nymphenburg die notwendigen Forschungseinrichtungen für seine Allergologiearbeiten. Er verschaffte dem Nymphenburger Krankenhaus des Dritten Ordens in diesen Jahren aber auch die führende Stellung im süddeutschen Raum bei der Behandlung von allergologischen Erkrankungen. Viel Aufmerksamkeit fand auch das von Kämmerer für Laien konzipierte Buch über „die Abwehrkräfte des Körpers“, das eine gelungene Einführung in die Immunologie darstellte.

Die Aufstellung der neuen Abteilung für Innere Krankheiten verlief jedoch zunächst noch zögerlich und so

musste sich Kämmerer von 1930 bis 1932 mit einem Ambulatorium im neuen Franziskushaus zufrieden geben. Den für einen Stationsbetrieb nötigen Platz erbrachte erst weitere Bautätigkeit, die 1932 den bisherigen Baukörper nach Norden hin um zwei Pavillonbauten ergänzte. In dem einen erhielt die Innere Abteilung 50 Betten. Grundsätzlich erhöhte die Erweiterung des Krankenhauses durch die zwei Gartenhäuser die Belegzahl des Hauses auf schließlich 314 Betten. In den zweiten Pavillon zog die geburtshilfliche Abteilung ein. Dieser von manchen eher für eine Baracke gehaltene Behelfsbau diente der Geburtshilfe über 60 Jahre als Domizil. In den durch die Verlegung der Wöchnerinnenabteilung frei gewordenen Räumen fand nun die erweiterte moderne Röntgenabteilung Platz. Dass man am Krankenhaus des Dritten Ordens stets fortschrittlich dachte, zeigt auch die Erneuerung der für jeden operativen Betrieb so ungeheuer wichtigen Sterilisationsanlage oder auch die Erweiterung des Kochbereichs um eine Diätküche. Die gezielte diätetische Behandlung von vielen Leiden galt damals als besonders fortschrittlich.

## Begegnung mit dem Nationalsozialismus

Die Phase des Nationalsozialismus nimmt in der Geschichte jeder Institution in Deutschland eine ganz besondere Stellung ein. Dies gilt auch für das Krankenhaus des Dritten Ordens und für dessen Träger. In den Tagen unter dem Hakenkreuz wollte der nationalsozialistische Totalitarismus nicht nur Altäre umstürzen, sondern rückte auch den christlichen Pflegegemeinschaften zu Leibe. Ähnlich wie um die 18. Jahrhundertwende in Bayern glaubte der ideologisch aufgeladene Staat erneut, dass man ein so sensibles Feld wie die Pflege der Kranken nicht berufsmäßigen Christenmenschen überlassen dürfe, die die verletzliche Phase des

Krankseins möglicherweise seelsorgerisch ausnutzen. Die mit der Krankenpflege verbundenen religiösen Gemeinschaften kamen in der Folge systematisch unter den Druck des Staates, der den katholischen Schwesternschaften ihr karitatives Arbeitsfeld entreißen wollte und dafür als Alternative die politisch zuverlässigen sogenannten „Braunen Schwestern“ schuf.

Auch die Schwestern vom Dritten Orden kamen ins Visier der Partei. Das für die klösterlichen Genossenschaften ausgesprochene Nachwuchsverbot traf auch die Krankenfürsorge vom Dritten Orden. Die Aufnahme von neuen Schwestern musste gestoppt werden und wurde erst im Krieg wieder erlaubt, als die Lazarett-einsätze alle Kräfte erforderten und weltanschauliche Grundsätze vorübergehend in den Hintergrund traten. Die Jahresberichte aus jenen Tagen berichten vom zunehmenden Schwesternmangel, aber auch von Austritten wegen der Bürde des Berufes oder wegen der materiellen Lockungen von anderer Seite, und davon, dass angesichts der Kriegsbedingungen der sichere Schwesternnachwuchs vom Lande dramatisch wegbräche.

Auch in der Gesundheitsfürsorge suchte man die Schwestern vom Dritten Orden zu verdrängen und kündigte ihnen die 19 Fürsorgeposten für die Gesundheits- und Wohlfahrtsfürsorge an den Landrats- und Gesundheitsämtern in Bayern. Wer aus der Schwesternschaft austrat und zur NS-Schwesternschaft wechselte, durfte in seiner Stellung verbleiben. Aber keine einzige der Fürsorgeschwestern folgte diesem Ansinnen.

In Gefahr kam auch die Schwesternschule, für die im Gegensatz zur Schwesternschaft weiterhin Kandidatinnen aufgenommen werden durften. Die Behörden versuchten – allerdings vergeblich – Schülerinnen

der NS-Schwesterschaft einzuschleusen und damit die Schule gleichsam an sich zu reißen. Der politische Druck brachte es mit sich, dass 1939 erstmals Krankenpflegeschüler von anderen religiösen Gemeinschaften zugelassen wurden. Nach außen hin durften nun auch nicht mehr – wie bislang üblich – die Kapuzinerpatres als sogenannte Präses das Krankenhaus vertreten. In diese verantwortungsvolle Rolle trat nun Carl Schindler als Arzt ein. Auf den politischen Kurswechsel und die damit verbundene Repressionswelle reagierten Vatikan und Diözese mit der kirchlichen Anerkennung der Schwesterschaft, die mit Dekret vom 18. Juni 1937 als „Pia unio“ nun eine eigene kirchliche Einrichtung wurde. Dahinter verbarg sich ganz zweifellos eine bewusste Stärkung dieser frommen Frauen in einem feindlich gesinnten Umfeld.

Dass es in dieser Zeit der Bedrohung und Überwachung bisweilen wohl besser war, schriftliche Aufzeichnungen zu minimieren, spiegelt sich in der Tatsache wider, dass die üblichen Protokollbücher nun kaum mehr geführt wurden. Aber auch mit dem gesprochenen Wort war ein vorsichtiger Umgang angezeigt. Am 21. April 1943 kam eine Schwester wegen ungeschickter Äußerungen in Untersuchungshaft und wurde zu neun Monaten Gefängnis verurteilt. Und auf der Basis des am 20. Dezember 1934 erlassenen „Heimtücke“-Gesetzes (Gesetz gegen heimtückische Angriffe auf Staat und Partei und zum Schutz der Parteiuniform) wurde eine andere Schwester aus der Krankenfürsorge des Dritten Ordens zu drei Jahren Gefängnis verurteilt.

### **Ambivalenz der Geschichte**

Doch während einerseits die parteipolitische Maschinerie längst schon zum Schlag gegen die christlichen Pflegeorden ausholte, suchten prominente Vertreter

des Regimes als Patienten im Krankenhaus des Dritten Ordens andererseits medizinische Hilfe. Am 1. November 1936 kam der Reichsschatzmeister der NSDAP, Dr. Franz Xaver Schwarz (1875–1947) als Patient zu Schindler auf die chirurgische Station, die er etwa sechs Wochen später, am 12. Dezember 1936, ganz offensichtlich „geheilt“ wieder verließ. Während dieses sechswöchigen Aufenthaltes wurde Schwarz zweimal von Adolf Hitler besucht, zunächst am 9. November. Bei seinem zweiten Besuch am 9. Dezember 1936 begrüßte der damalige Reichskanzler auch Schindler und die Oberin Theobilla und trug sich in das Gästebuch des Krankenhauses ein.

Carl Schindler, der selbst niemals einer politischen Partei angehörte, nutzte damals die Begegnung mit dem prominenten Patienten, um ein bereits seit 1932 – also noch vor der Machtübernahme der Nationalsozialisten – immer wieder von den Behörden blockiertes Erweiterungsprojekt zu fördern. Der seinem Arzt ganz offensichtlich in Dankbarkeit verbundene Schatzmeister der NSDAP erwirkte die baupolizeiliche Genehmigung und auf Intervention von Schwarz wurde das Bauprojekt auch bei der Materialbeschaffungsstelle in Berlin in die vorschriftsmäßige Beschaffungsnummer eingereiht. Mitte Juli 1937 erreichte Schindler die Nachricht, dass dem bisher von den Behörden seit 1932 abgelehnten Neubauprojekt nun nichts mehr entgegenstünde.

Aus diesem Vorgang eine Komplizenschaft Schindlers mit der NS-Diktatur zu machen, ist sicher ungerechtfertigt. Wer Carl Schindler deswegen und weil er Mitglieder der NSDAP operierte, heute kritisiert, sollte zum einen zur Kenntnis nehmen, dass auch nach der heutigen Berufsordnung kein Arzt die Behandlung von Patienten wegen Rasse- oder Parteizugehörigkeit ablehnen darf. Und zum anderen sollte er dabei auch das persönli-

che und verwandtschaftliche Umfeld von Schindler unter die Lupe nehmen: Schindlers Schwager, der Rosenheimer Landrat Pankraz Habrunner (1880–1964), wurde 1934 von den Nationalsozialisten als Landrat abgesetzt. Der ebenfalls von den Nationalsozialisten als Münchner Bürgermeister zur Niederlegung seines Amtes gezwungene und 1943/44 in das Konzentrationslager von Dachau eingelieferte Karl Scharnagl (1881–1963) war ein Onkel von Schindlers Schwiegersohn Anton Weidinger (1913–1976). Anton Scharnagl (1877–1955), der Bruder von Karl Scharnagl, bekleidete in München hohe kirchliche Ämter. Und Anton Weidingers Vater Michael Weidinger (1883–1967), ein Schwager der beiden Scharnagls, hat als Direktor des Annagymnasiums in München mehrere jüdische Schülerinnen in seiner Schule geschützt. Vielleicht hat Schindler die menschenverachtende Entschlossenheit der Nationalsozialisten unterschätzt. Ganz unzweifelhaft stand er jedoch in kritischer Distanz zum Gedankengut des Nationalsozialismus. Er nutzte seinen Einfluss als Arzt für die Geschicke des Krankenhauses und damit auch für viele kranke Menschen.

Und so konnte das Krankenhaus also 1937/38 mit einem nach Osten anschließenden Baustrakt auf mehr als 500 Betten erweitert werden. Die über viel Erfahrung im Krankenhausbau verfügende Münchner Firma Leonhard Moll konnte mit dem Ausheben der Baugrube beginnen und schon am 8. Dezember 1937 fand die Hebefeiер statt. Viele Ehrengäste waren anwesend, darunter auch Reichsschatzmeister Franz Xaver Schwarz. Als bewährtes Architektenteam fungierten wieder Rank und Huf. Die Rohbaukosten beliefen sich auf 360 000 Reichsmark.

Die Interne Abteilung konnte nun entsprechend dem Wunsch von Kämmerer weiter wachsen, und mit

einem von Oberarzt Alois Scheicher (1888–1972) eingerichteten Bereich für die Lungenchirurgie gliederte man auch einen der damals ebenso innovativen wie unverzichtbaren Zweige der Chirurgie ins Haus ein. Wegen der weit verbreiteten Tuberkuloseerkrankungen spielte die Lungenchirurgie damals eine wichtige Rolle. Der neu im Zwischenbau eingerichtete Hörsaal wurde nun auch zu einem Mittelpunkt der unter dem Nationalsozialismus obligatorisch gemachten Ärztefortbildung. Schindler und Kämmerer führten dort die für die niedergelassenen Chirurgen und Internisten eingerichteten Pflichtfortbildungskurse durch und machten damit das Krankenhaus auch zu einem ärztlichen Fortbildungsort. Zusammen mit Brunner am 30. Januar 1939 zum Professor ernannt, stellte sich der mit der neuen akademischen Würde versehene Schindler am 29. April 1939 vor dem Ärztlichen Verein München im neuen Hörsaal des Krankenhauses vor. In den Zwischenbau war neben dem Hörsaal auch der neue Haupteingang verlegt worden, durch den man das Krankenhaus bis 1998 betrat. Dass Kardinal Michael von Faulhaber (1869–1952) am 19. November 1938, dem Tag der Hl. Elisabeth und Namensfest der Schwesternschaft, die Ansprache bei der Einweihung des internen Neubaus hielt, hat den Schwestern in dieser Zeit weltanschaulicher Konfrontationen sicher den Rücken gestärkt.

## Im Krieg

Als 1939 die Menschen erneut zu den Waffen gerufen wurden, musste sich auch das Krankenhaus des Dritten Ordens wieder für den Krieg rüsten. Erneut galt es, die Not von Verwundeten zu lindern. Schon am 4. September 1939 wurden von der chirurgischen und internen Männerabteilung 60 Betten abgezweigt und als Teillazarett Dritter Orden dem Reservelazarett II zuge-

ordnet. Nur wenige Wochen später, am 15. Oktober 1939, trafen die ersten größeren Verwundetentransporte ein. Während Schindler als beratender Chirurg im Wehrkreis VII eingesetzt war und als solcher die südbayerischen Lazarette für Schwerverletzte betreute, war sein Oberarzt Scheicher in den ersten beiden Kriegsjahren im Polen- und Frankreichfeldzug eingesetzt. Am 1. Januar 1941 übernahm Scheicher dann offiziell die Leitung der chirurgischen Abteilung, wohl auch um weiteren Abberufungen zum Kriegsdienst vorzubeugen. Kämmerer war als beratender Internist im Heimatbereich des I. und II. Armeekorps tätig.

Da zahlreiche Schwestern in andere Lazarette abgezogen wurden, klagte man im Drittordenskrankenhaus samt Lazarett bald über einen Schwesternmangel. Im September und Oktober 1939 waren die ersten Abberufungen von Schwestern in Lazarette nach Mindelheim, Mittenwald, Oberammergau und Bad Reichenhall erfolgt. 1943 befanden sich 143 Schwestern im Kriegseinsatz, verstreut auf 39 Lazarette. Dafür bekamen die wenige Jahre zuvor noch argwöhnisch Verfolgten 1941 und 1942 vom Führer das Ehrenkreuz für Deutsche Volkspflege.

Manche Geschichten verbinden sich mit dem Lazarettbetrieb im Krankenhaus des Dritten Ordens. Die bekannten operativen Fähigkeiten von Schindler und Scheicher sowie auch der internistische Ruf von Kämmerer brachten es mit sich, dass vornehmlich schwierige Fälle eingeliefert wurden. Durch Soldaten von der Front eingeschlepptes Ungeziefer erzwang im Dezember 1941 für sieben Tage die komplette Räumung des Lazaretts, das nun erst einmal desinfiziert werden musste. Und am 11. November 1942 besuchte Hitler im Lazarett den Generalmajor Bruno Ritter von Hauenschild (1896–1953), um ihm das Eichenlaub zum Ritterkreuz zu überreichen.

Zu diesem Zeitpunkt gehörten Bombardierungen bereits zum gefährdeten Alltag des neuerlichen Krieges. Die ersten Luftangriffe auf München hatten schon 1940 eingesetzt und erschwerten zunehmend einen reibungslosen Krankenhausbetrieb. Luftschutzvorschriften bedingten nun räumliche Umorganisationen, so musste 1941 die geburtshilfliche Abteilung in das Erdgeschoss des Franziskushauses verlegt werden, wo sie bis 1948 blieb. Auf Erlass der Luftschutzbehörde wurde die Bettenzahl des Krankenhauses auf 300 reduziert. Manch Hab und Gut wurde nun in die Klöster nach Türkheim-Wertheim und Ettal ausgelagert. Die Bomben richteten nicht nur im Garten und in den Frühbeeten Verwüstungen an oder beschädigten den Schweinestall schwer, sondern zerstörten auch etliche wichtige Baulichkeiten wie z. B. den Ostteil des Neubaus.

Einen friedlichen Kontrapunkt zum Krieg bildete da im Festsaal des Franziskushauses am 28. Dezember 1941 ein Abend mit Weihnachtsliedern, gesungen vom Arzt und Tenor Erwin Schön (1905–1978). Schön war Leiter der seit 1941 selbständigen Röntgenabteilung und blieb bis 1973 am Haus.

Besonders schwere Bombenschäden verursachte der Luftangriff vom 3. November 1944, bei dem acht Menschen, darunter zwei Ordensschwestern, ums Leben kamen. Am 7. Januar 1945 wurde auch das alte Mutterhaus in der Maistraße durch den Luftkrieg unbewohnbar gemacht und das Generalat wich nach Schondorf aus. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits Teile des Krankenhauses evakuiert, um den todbringenden Bomben auszuweichen.

## Ausweichkrankenhaus Schönbrunn

Da schon 1944 jeden Tag mit einer massiven Zerstörung des Krankenhauses gerechnet werden musste, war man an einer Auslagerung des Kranken- und Lazarettbetriebes nicht mehr vorbeigekommen. Auch wenn ein Ausweichkrankenhaus eine große technische, wirtschaftliche und auch finanzielle Belastung bedeutete, war unter den geschilderten Umständen eine solche Alternative in mehrfacher Hinsicht von großer Wichtigkeit. Zum einen war sie im Falle einer Zerstörung für das Krankenhaus selbst relevant. Da die von den Schwestern geführte Einrichtung zudem eine beträchtliche Bedeutung für die Krankenversorgung der Stadt München hatte, war auch die Kommune daran interessiert. Und schließlich musste auch das Militär daran Interesse haben, weil es sich bei dem Krankenhaus des Dritten Ordens um ein wichtiges Teillazarett handelte.

Alle vom Orden als Ausweichstätte in Vorschlag gebrachten Objekte wie die Klöster Ettal, Scheyern und Schäftlarn oder auch die Dominikanerklöster in Schlehdorf und Polling sowie auch das zur Diskussion gestellte Bezirkskrankenhaus Weilheim und das Beamtenheim in Fischbachau erwiesen sich aus den verschiedensten Gründen als nicht realisierbar. Als Ausweichkrankenhaus wurde dem Orden von den Behörden schließlich die von der Kongregation der Franziskanerinnen geführte Anstalt für behinderte Menschen in Schönbrunn zugewiesen, wo in der Folge auch das Lazarett betrieben wurde. Dieser Vorschlag, so Pater Theodor Götz in einem Bilanz ziehenden Typoskript vom 1. Mai 1944, musste angenommen werden, „weil eine Verweigerung uns als Sabotage ausgelegt worden wäre und weil dann im Falle einer Zerstörung von Nymphenburg die Schuld uns allein zugewiesen würde.“ Durch Militär und die Fahrbereitschaft Greif erfolgte am 13.

Juni 1944 der erste Umzugstransport mit dem Mobiliar, am 29. Juni folgten die ersten Drittordensschwestern mit einer Ärztin und zunächst 53 Patienten. Der Großangriff auf München am 21. Juli 1944 beschleunigte die Verlagerung in das Umland und bis zum 11. August war das Ausweichkrankenhaus in Schönbrunn aufgefüllt. Auf der allgemeinen chirurgischen und auf der internen Abteilung versahen 12 Schwestern ihren Dienst. Die im übrigen bis zum 1. August 1945 betriebene Lazarettabteilung war mit vier Schwestern und einer Lazarettshelferin besetzt.

Die Zuweisung von Schönbrunn als Ausweichkrankenhaus hat den Schwestern der Krankenfürsorge vom Dritten Orden nachträglich manche Kritik eingetragen. Schönbrunn diente bereits mehreren Institutionen als Ausweichstelle. 360 Betten in der Anstalt waren durch die Stadt München belegt. Zwei Häuser der Anlage dienten als Tuberkulose-Anstalt und ein Stockwerk im sogenannten Bonifatiushaus als Ausweichstelle des Städtischen Krankenhauses Schwabing. Und nun drängte auch noch das Krankenhaus des Dritten Ordens in die bereits überfüllte Anlage. Die 120 Betten des allgemeinen Krankenhauses im Bonifatiushaus samt anderen Anteilen mit weiteren 60 bis 80 Betten, darunter im Gebäude St. Anna, wollte die Stadt nun an den Dritten Orden abtreten. Im Bonifatiushaus war auch noch ein Teil von 150 Pflinglingen untergebracht, die – so die betreffende Quelle – „nicht ganz normal“ waren.

Die Tatsache, dass der erste Möbeltransport am 13. Juni 1944 nur 11 Tage nach der letzten Deportation von behinderten Kinderpflinglingen aus Schönbrunn in die Heil- und Pflegeanstalt nach Eglfing-Haar erfolgte, hat die Errichtung des Ausweichkrankenhauses mit der gezielten Tötung von Pflinglingen in eine enge

und auch ursächliche Verbindung gebracht. Unzweifelhaft ist das Krankenhaus des Dritten Ordens mit dem Umzug nach Schönbrunn in das leidvolle „Räderwerk des NS-Regimes“ geraten. Denn von den 47 Kindern, die an diesem 2. Juni 1944 die Anstalt in Schönbrunn verlassen mussten, wurden in der Folge bis auf sechs alle in der staatlichen Anstalt in Eglfing-Haar zu Tode gebracht. Sowohl die Franziskanerinnen von Schönbrunn wie auch die Schwestern der Krankenfürsorge vom Dritten Orden weichen der Geschichte heute keineswegs aus.

Für die hilflosen Pfleglinge anderweitig eine Unterkunft zu finden erwies sich offensichtlich als nicht leicht. Nach den in den Archiven aufbewahrten Quellen sollten die Pfleglinge der Anstalt Schönbrunn, die anderswohin „verpflanzt“ werden mussten, in der Hauptsache nach Taufkirchen an der Vils kommen, wo sie sich in guter Schwesternobhut befunden hätten. Versprochen wurde offensichtlich auch, die Pfleglinge, soweit sie anderweitig untergebracht werden mussten, in dem 1852 gegründeten Behindertenheim Ecksberg unterzubringen. Josef Steininger, der Direktor der Anstalt in Schönbrunn, wie auch andere, darunter auch der in die Verhandlungen von Seiten des Dritten Ordens eingebundene Kapuzinerpater Theodor und auch Carl Schindler als Verhandlungsführer von Seiten des Krankenhauses, wussten möglicherweise um das Schicksal der Pfleglinge. Die Versorgung akut Kranker ließ wenig Handlungsspielraum und Schönbrunn schien allen als letzte verbliebene Möglichkeit für ein Ausweichkrankenhaus im Wehrkreisbereich. Man mag aus heutiger Sicht den kirchlichen und ärztlichen Verhandlungsführern des Dritten Ordens vorhalten, sie hätten sich gegen den schonungslosen Umgang der Nationalsozialisten mit der menschlichen Kreatur zu wenig aufgelehnt und zu viel auf sich genommen. Aber es ist

vielleicht auch allzu einfach, in der Konfrontation mit den totalitären Verhältnissen jener Zeit mehr Kühnheit zu fordern.

## Kriegsende und Neustart

Als die amerikanischen Truppen in den letzten Apriltagen 1945 durch die Menzinger Straße direkt am Krankenhaus des Dritten Ordens vorbei nach München einmarschierten, begrüßten auch die Schwestern vom Dritten Orden die bislang feindlichen Soldaten erleichtert als Befreier. Im Lazarett in Schönbrunn übernahmen amerikanische Soldaten bis zu dessen Auflösung am 1. August 1945 die Überwachung. Amerikanische Offiziere erzählten bald von unvorstellbaren Greueln, die sie im Konzentrationslager des nahe gelegenen Dachau zu Gesicht bekommen hätten. Wenige Tage nach Kriegsende sah das Krankenhaus denn auch eine ganz neue Art von Patienten. Am 30. Mai 1945 erfolgte die Aufnahme eines katholischen Geistlichen, der im Konzentrationslager in Dachau interniert gewesen war und – wie Kämmerer notierte – „furchtbares aus eigenen Erlebnissen erzählte“.

Das Schweigen der Waffen brachte dem Krankenhaus aber nicht nur den lang ersehnten Frieden und die Befreiung vom nationalsozialistischen Joch, sondern stürzte das Haus auch in personelle Turbulenzen. Zum einen fiel das Kriegsende mit der selbst gewollten Amtsniederlegung von Generaloberin Gräfin von Tattenbach (1870–1954) zusammen, die seit 1914 zunächst als Oberin und seit 1921 mit ihrer Ernennung zur Generaloberin die Kongregation bis 1945 führte. Zum anderen wurden auf Anordnung der Militärregierung aber auch mehrere Ärzte ihrer Funktion enthoben. So traf es am 20. November 1945 etwa Erwin Schön,

den Leiter der Röntgenabteilung, der erst am 1. Februar 1949 wieder in seine Funktion zurückkehren konnte. Auch auf seine internistische Führungsfigur musste das Krankenhaus verzichten. Denn obwohl der 1933 in die NSDAP eingetretene Kämmerer glaubhaft machen konnte, dass er sich eigentlich nie als Stütze der Partei betätigt hatte, so wurde er doch im Dezember 1945 zunächst von seinem Amt als Chefarzt entbunden und ab Februar 1946 durfte er sich überhaupt nicht mehr als Arzt im Krankenhaus betätigen. Erst im September 1946 nach Abschluss des Entnazifizierungsverfahrens und der Einstufung als Mitläufer konnte er wieder in sein Amt eingesetzt werden.

Die nach Kriegsende aussortierten Ärzte fehlten, denn die Ambulanz war in den ersten auf den Krieg folgenden Jahren überfüllt. Die praktischen Ärzte draußen waren vielfach ausgebombt und verfügten weder über die nötigen Instrumente noch über Verbandstoffe. Mit 30 000 ambulanten Patienten war 1948 im Krankenhaus ein Gipfel erreicht. Mit ihrem ärztlichen Chef Schindler stand das Krankenhaus des Dritten Ordens beim Neustart in der Nachkriegszeit aber auch anderweitig wieder im Mittelpunkt. Nachdem ihn die bayerischen Chirurgen bereits 1938 zu ihrem Vorsitzenden gewählt hatten, sorgte Schindler nach dem Zweiten Weltkrieg für ein Weiterleben der Bayerischen Chirurgenvereinigung und leitete 1948 deren erste Nachkriegstagung in München.

## Generationenwechsel und Zeitenwandel

Zu Beginn der 1950er Jahre vollzog sich auch ein Generationenwechsel, der bereits mit dem Rücktritt der Gräfin von Tattenbach als Generaloberin 1945 begonnen hatte. Pater Leutfried Aswerus (1909–1979)

hat dieser starken Frau übrigens 1960 eine kleine Biographie gewidmet. 1950 starb Pater Theodor Götz (geb. 1876), der seit 1912 im Krankenhaus als Kurat und von 1923 bis zu seinem Tod als Präses tätig war. Fritz Brunner verschied 1951 und 1952 starb auch Carl Schindler. Und schließlich machte 1953 auch Hugo Kämmerer seinem Nachfolger Walter Constantin Meyer (1908–1976) Platz. Für eine gewisse Kontinuität im ärztlichen Geist sorgte lediglich Scheicher, der 1952 zum ärztlichen Leiter aufstieg und im gleichen Jahr zudem seine Ernennung zum Professor erhielt. Dass auch der bisherige Krankenhausarchitekt Franz Rank 1949 starb, übrigens im Krankenbett im Dritten Orden, passt geradezu in das Bild.

Während sich so einerseits ein Generationenwechsel vollzog, schaltete das Krankenhaus andererseits langsam wieder auf Normalbetrieb um. Im Sommer 1947 wurde das Ausweichkrankenhaus in Schönbrunn aufgelöst. Angesichts der großen Zahl von zu erwartenden Schwestern im Ruhestand galt es rechtzeitig Vorsorge zu treffen und so richtete man 1952 das Schwesternaltenheim St. Josef ein, das später (1975) einen Neubau erhielt. Für Helmut Berg (gest. 1959), den Schwiegersohn von Scheicher, wandelte man 1951 ein Zimmer im Erdgeschoss in einen Praxisraum für Hals-Nasen-Ohren-Patienten um, aus dem 1959 unter Gert Stierlen (1910–1997) eine HNO-Belegabteilung wurde.

Während hier erneut auf das Belegarztwesen zurückgegriffen wurde, wandelte sich in der Gynäkologie das Belegarztsystem in ein ärztliches Angestelltenverhältnis. An die Stelle seines verstorbenen Vaters Fritz Brunner trat im Juli 1951 Walter Brunner (1921–1996). Dessen Ernennung zum Chefarzt wurde vom Ausschuss des Krankenhauses am 19. Oktober 1951 jedoch wieder rückgängig gemacht, weil man den Sohn

des alten Weggefährten Schindlers als zu jung erachtete. Namentlicher Platzhalter wurde für die nächsten fünf Jahre nun Professor August Mayer (1876–1968) aus Tübingen. Er war 1949 als Direktor der Universitätsfrauenklinik in Tübingen emeritiert worden. Die Stelle in München-Nymphenburg hat Mayer, der sich selbst als einen der Väter der psychosomatischen Gynäkologie bezeichnete, aber offensichtlich nie angetreten. 1956 wurde Walter Brunner dann doch noch Chefarzt der Frauenabteilung und 1966 wurde das Beschäftigungsverhältnis in dem oben genannten Sinn verändert. Brunner bekleidete das Amt bis 1979 und förderte in der Gynäkologie am Krankenhaus des Dritten Ordens insbesondere die vaginalen Operationen.

Den Wandel der Zeit am besten beschreibt wohl die Tatsache, dass nun ein demokratisch gewähltes Staatsoberhaupt im Krankenhaus erschien, wenn es einen prominenten Patienten zu besuchen galt. Am 21. Mai 1953 besuchte Theodor Heuss einen Patien-

ten im Krankenhaus Dritter Orden. Den Wandel in der Medizin gut zum Ausdruck bringt hingegen der Dienstantritt des bereits seit 1947 am Krankenhaus Dritter Orden als Chirurg tätigen Kurt Hauber (1916–1981) als Narkotiseur am 1. Januar 1955. Die noch auf das 19. Jahrhundert zurückgehende und in der Hand von geschulten Schwestern oder Pflegern liegende Äthertropfnarkose galt nun wirklich als nicht mehr zeitgemäß und wurde mehr und mehr auch als zu gefährlich eingeschätzt. Zunehmend komplexere Operationen mit höheren Anforderungen an die Narkoseführung sowie auch das wachsende Spezialwissen auf diesem Gebiet machten aus der alten Narkose allmählich ein anspruchsvolles anästhesiologisches ärztliches Fachgebiet. In der Schweiz und anderswo gab es bereits erste Facharztordnungen und so hatte sich der 56. Deutsche Ärztetag 1953 auch für die Anerkennung eines Facharztes für Anästhesie ausgesprochen. Dieser sich verstärkende Trend hin zur modernen apparativen Narkose und der Transfer in der Anästhesie

## Die Ärztlichen Direktoren von 1912 bis heute



Geheimrat Prof. Dr. Carl  
Schindler,  
1912 bis 1952



Prof. Dr. Alois Scheicher,  
1952 bis 1962



Dr. Anton Weidinger,  
1963 bis 1976



Dr. Otto Wiesend,  
1977 bis 1991



Dr. Peter Weidinger,  
seit 1991

von der Narkoseschwester in ärztliche Hände spiegelt sich mit Haubers Wandlung vom anästhesiologisch interessierten Chirurgen zum reinen Narkosearzt auch am Krankenhaus des Dritten Ordens in München wider. Stimmen die historischen Quellen, so verbindet sich mit Kurt Hauber möglicherweise sogar die erste in München durchgeführte Intubationsnarkose. Hauber benutzte dazu einen aus einem amerikanischen Militärdepot beschafften Apparat, der später durch einen neuen Draegerapparat „Romulus“ ausgetauscht wurde. Man hatte während der weltweiten Polioepidemien Ende der 1940er Jahre wertvolle Erfahrungen mit der apparativen Beatmung gewonnen und diese auf die Narkosetechnik übertragen.

Summarisch hatte man nun die Schrecken der Diktatur und des Krieges hinter sich gelassen und befand sich wieder auf Wachstumskurs. Der Anbau des neuen Ostflügels am Krankenhaus brachte 1957 eine Modernisierung im Komfort. Große Krankensäle mit 15 Betten wurden unterteilt und alle Krankenzimmer erhielten ein Waschbecken. Auch mit der Bettenzahl ging es durch den neuen Anbau weiter aufwärts. Krankenhausbetten waren damals in München nämlich Mangelware. Die Münchener Krankenhäuser mussten in jenen Jahren viele Patienten, die um Aufnahme nachsuchten, wegen Bettenmangels abweisen. Als Reaktion auf die mittlerweile etablierte Antibiotikabehandlung bekam das Krankenhaus 1958 ein bakteriologisches Labor. Den Abschluss dieser Zeitphase bildet gleichsam der 37. Eucharistische Weltkongress, der 1960 in München stattfand. Im Hörsaal des Krankenhauses tagte der Internationale Arbeitskreis „Franziskanische Begegnung“. Zahlreiche Bischöfe aus der ganzen Welt kamen nach „Nymphenburg“, wo man sich über den Besuch des Päpstlichen Legaten Gustavo Kardinal Testa (1886–1969) besonders freute.

## Im Rhythmus des Fortschritts

Ab den 1960er Jahren schlug das Herz des Fortschritts im Krankenhaus Dritter Orden immer rascher. Im Rhythmus der medizinischen Wissenschaft wurden Leistungsangebot und Organisation kontinuierlich weiterentwickelt. Als wesentliche organisatorische Neuerung wurden zunächst 1963 die beiden mittlerweile auf 230 bzw. 220 Betten angewachsenen chirurgischen und medizinischen Abteilungen in je zwei nicht schwerpunktmäßig ausgerichtete Abteilungen aufgliedert. Das Ausscheiden von Alois Scheicher einerseits und von Walter Constantin Meyer andererseits eröffneten die Chance für diese der Arzt-Patienten-Beziehung förderliche Maßnahme. Anton Weidinger wurde Chefarzt der ersten und Bernhard Permaneter (1920–2003) Chefarzt der zweiten chirurgischen Abteilung. Das der Inneren Medizin zugehörige Patientengut teilten sich fortan Paul Böhm (geb. 1918) (1. Innere Abteilung) und Johannes Maria Venhofen (1915–1997) (2. Innere Abteilung). Die von Hauber als sogenannten Beleger auf dem Gebiet der Narkose gemachten Anfänge mündeten ebenfalls noch 1963 in die Errichtung einer allerdings noch den Chirurgen unterstellten Anästhesieabteilung. Als geschiedener Protestant und wegen des drohenden Verlustes seines Belegarztstatus kam Hauber für deren Leitung jedoch nicht in Frage, sodass 1966 Ottmar Zierl (1925–1997) Chefarzt der Anästhesie wurde. In diesem Jahr wurde im übrigen am Krankenhaus Hamburg-Eppendorf auch das erste Ordinariat für Anästhesie an einer deutschen Universität eingerichtet.

Mit einer eigenen sogenannten Isotopenstation unter der Leitung von Ernst Nikolaus Henkel (1934–2003) fasste 1964 auch die als zukunftssträftig eingeschätzte Nuklearmedizin am Nymphenburger Krankenhaus

Fuß. Diese eng mit der Strahlenbiologie verbundene neue Disziplin hatte radioaktive Substanzen im Gepäck, die therapeutisch im menschlichen Körper eingesetzt wurden. 1972 wurde erstmals der zunehmenden Bedeutung der Endoskopie durch eine eigene von Heinz Asshof (geb. 1937) im Rahmen der Ersten Inneren Abteilung aufgebauten Organisationseinheit Rechnung getragen. Mit der Einrichtung eines internistischen und eines chirurgischen Intensivzimmers mit je sechs Betten fand das Krankenhaus München-Nymphenburg 1975 auch den Anschluss an die in den 1960er Jahren an den Universitätskliniken aufkommende Intensivmedizin. Damit verbesserte sich die postoperative Überwachung der Patienten und ließ nötigenfalls eine längere Nachbeatmung zu. Der Bau einer interdisziplinären Notaufnahme machte 1978 das Krankenhaus des Dritten Ordens auch in diesem Bereich leistungsfähiger und schuf damit gleichzeitig die Voraussetzung für die spätere Stationierung eines Notarztwagens, die im April 1984 erfolgte. Als mittlerweile achter Stationierungsort eines solchen hochmodernen Rettungsfahrzeuges in der Stadt München war das Krankenhaus des Dritten Ordens damit in die moderne notfallmedizinische Versorgungsstruktur der Stadt einbezogen. Dieses leistungsstarke Notarztsystem war in München ab Ende der 1960er-Jahre im Zusammenspiel von Städtischer Berufsfeuerwehr und zunächst der Chirurgischen Universitätspoliklinik systematisch aufgebaut worden. Nachdem 1972 mit der Stationierung eines Notarztwagens an der Chirurgischen Klinik Dr. Rinecker schon der private Krankenhausesektor in den rund um die Uhr einsatzbereiten Notarztendienst einbezogen worden war, erfolgte 1984 mit dem Krankenhaus Dritter Orden nun auch die Einbindung eines Hauses mit kirchlicher Trägerschaft in den „Gemeinsamen Notarztendienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München.“

Mit der Einrichtung von rasch einsatzbereiten Notarztwagen vollzog sich im übrigen ein markanter Wechsel im Rollenbild des Klinikarztes, der nun nicht mehr nur auf den antransportierten Patienten wartete, sondern selbst bei der Rettung des Patienten auf der Straße aktiv eingriff. Die mit den Fortschritten in der Medizin schritt haltende Modernisierung und fachliche Profilierung trug dem Krankenhaus Dritter Orden 1979 auch die Ernennung zum Akademischen Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München ein.

Der Ausbau von Haustechnik und Versorgungsstruktur hielt mit dem medizinischen Fortschritt mit und sorgte für die Sicherstellung aller Bedürfnisse. Hierzu gehörten 1966 der Bau einer zentralen Heizungsanlage für das gesamte Krankenhausareal und 1971 der Neubau des Wirtschaftsgebäudes mit Speiserräumen, Küche, Metzgerei, Bäckerei und Lagerräumen. Zwei Jahre danach, 1973, folgte die Inbetriebnahme der neuen Wäscherei und neuer Werkstätten.

In den 1960er und 1970er Jahren wandelte sich aber auch der Pflegesektor. Ausgelöst durch ein 1965 verabschiedetes Krankenpflegegesetz wurden neue und staatlich reglementierte Ausbildungsprogramme entwickelt und in einem Anbau an das Franziskushaus im Westen wurde 1964 die erste katholische Schule für Krankenpflegehilfe in Bayern errichtet. Zwei Jahre später (1966) erfolgte der Neubau des Schwesternhauses St. Elisabeth mit 130 Einzelzimmern, wo die Schwestern nun in den Genuss eines zeitgemäßen Komforts gelangten. 1973 erhielt die Krankenpflegeschule die Bezeichnung „Berufsfachschule für Krankenpflege“. Man mag dies als sichtbaren Ausdruck dafür ansehen, dass aus der einstigen christlichen Sozial- und Pflegearbeit ein moderner Beruf geworden war. Dass man mittlerweile den Bedarf an Pflegekräften nicht mehr

aus den eigenen Reihen decken konnte, spiegelte sich 1983 im Neubau einer Wohnanlage mit Tiefgarage. Erstmals wurden hier 100 Wohneinheiten für die sogenannten freien Schwestern, die die Pflege als modernen Beruf ausübten, und für Angestellte mit und ohne Familie geschaffen.

## Neue Rechtsform

Ende der 1970er Jahre wurde das Krankenhaus des Dritten Ordens aber auch auf eine neue Rechtsform umgestellt. Seit 1906 hatte der zivilrechtlich eingetragene Verein der Krankenfürsorge des Dritten Ordens als Träger des Krankenhauses fungiert. Am 26. Mai 1978 richtete die Krankenfürsorge des Dritten Ordens in Bayern e.V. die „Krankenhausstiftung des Dritten Ordens in Bayern“ ein und zwar als eine Stiftung des öffentlichen Rechts. Diese umfasste die Krankenanstalt des Dritten Ordens in München und das von den Schwestern bereits seit 1918 betriebene Kinderkrankenhaus in Passau. Am 3. Juli 1978 wurde die Stiftung vom Bayerischen Staatsministerium des Inneren genehmigt, wie es das Bürgerliche Gesetzbuch auch vorsieht. Juristisch handelt es sich bei einer Stiftung des öffentlichen Rechts um eine „rechtsfähige Organisation, welche ... durch den Stiftungsakt festgelegte Zwecke mit Hilfe eines Vermögens verfolgt.“

Mit dem genannten Schritt wechselte, juristisch gesehen, der Krankenhausträger aus der Rechtsform des Privatrechts in die Rechtsform des öffentlichen Rechts. Ähnlich wie ein eingetragener Verein ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mitgliederschaftlich verfasst und als Verwaltungsträger vom Wechsel der Mitglieder unabhängig. Manche Körperschaften des öffentlichen Rechts wie z.B. die Gemeinden kön-

nen dem Bürger gegenüber sogar regelnd eingreifen. Eine solche hoheitliche Gewalt können Religionsgemeinschaften jedoch nicht ausüben, auch wenn sie als Körperschaften des öffentlichen Rechts verfasst sind. Sie unterliegen daher aber auch keiner staatlichen Aufsicht. Die Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts kommt für den Betrieb eines Krankenhauses vor allem dann in Frage, wenn dieses als unselbständiger Teilbereich einer Körperschaft, z.B. als Krankenhaus einer Kirchengemeinde, die als Körperschaft des öffentlichen Rechts verfasst ist, geführt wird. Der Betrieb eines Krankenhauses in der Rechtsform der Stiftung eines öffentlichen Rechts bedeutete, dass ein eigenständiges rechtliches Gebilde entstand, auf das der Stifter in der Regel keinen bestimmten Einfluss mehr nehmen kann. Oder anders ausgedrückt: Es erfolgte eine rechtliche Verselbständigung des Krankenhausbetriebes (vgl. zu dem hier Gesagten wieder Knorr/Wernick 1991, S. 50–54).

Dieser rechtliche Umbau erfolgte vor dem Hintergrund des in seiner ursprünglichen Fassung 1972 in Kraft getretenen Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und des allerdings späteren Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes von 1984. Das Gesetz über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und der Pflegesätze verfolgte den Zweck, Krankenhäuser wirtschaftlich abzusichern, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die geförderten Krankenhäuser sollen jedoch leistungsfähig sein und eigenverantwortlich wirtschaften. Trotz staatlicher Fördermittel, die allerdings auf den Investitionsbereich beschränkt wurden, liegt die Gesamtverantwortung für die Unternehmens- und Betriebsentscheidungen also beim Krankenhausträger, der auch für die kurzlebigen Anschaffungen sowie für die Instandsetzungs- und Instandhaltungskosten aufkommen muss. Auch

wenn das KHG die Rechtsform eines Krankenhauses grundsätzlich nicht vorschreibt, so wurde durch den Wirtschaftlichkeitsgrundsatz doch indirekt eine Aussage zugunsten der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts getroffen. Denn mit dieser schien die organisatorische und rechtliche Selbständigkeit des Krankenhauses, welche als Grundvoraussetzung eigenverantwortlichen Wirtschaftens gilt, optimal verwirklicht (Knorr/Wernick 1991, S. 66).

Die Diskussionen um eine moderne Krankenhausfinanzierung lösten damals etliche „zentrifugale Bestrebungen“ aus, die das Krankenhaus als ein wirtschaftlich und steuerlich interessantes Reform- und Zielobjekt entdeckten und die diagnostische und therapeutische Einheit in Frage stellten. Mit dem Blick auf die von der Preisbindung durch die Bundespflegegesetzverordnung nicht betroffenen und daher gewinnabwerfenden Diagnosekliniken machten die Gewerkschaften den Vorschlag, die Diagnose in neu errichtete „Medizinisch-Technische Zentren“ auszugliedern und den defizitären Krankenhäusern nur noch die Therapie zu überlassen. Und Teile der Ärzteschaft kamen mit dem Plan, aus dem ärztlichen Arbeitnehmer des Krankenhausträgers einen Arzt zu machen, der freiberuflich innerhalb des Krankenhauses wirkt und dessen Einrichtungen in Anspruch nimmt, ohne jedoch selbst ein unternehmerisches Risiko zu tragen. Allen diesen Strömungen, das Krankenhaus als historisch gewachsene und „geschlossene Einheit“ zu zerstören, erteilten die Schwestern vom Dritten Orden als Träger ihres Krankenhauses eine Absage und reagierten darauf in den achtziger Jahren in München-Nymphenburg mit einem kapitalen Umbau ihrer Krankenhauslandschaft.

## Umbau der Krankenhauslandschaft

Dieser Umbau der Krankenhauslandschaft erfolgte in doppelter Hinsicht. Zum einen übernahmen 1989 die Schwestern die eigene Verwaltung des Krankenhauses, die bis zu diesem Zeitpunkt stets in der Hand der Patres als Präses gelegen hatte. Dies bedeutete in der Geschichte der Klinik eine wichtige Wegmarke, denn erstmals dehnten die treu pflegenden Schwestern ihren Kompetenzbereich auch auf die organisatorische Leitung aus. Dieser Vorgang fiel mit der Ver selbständigung der Orden nach dem 2. Vatikanischen Konzil zusammen, der eine Satzungsänderung nach sich zog. Mit Beschluss der Mitgliederversammlung des Vereins der Krankenfürsorge vom Dritten Orden vom 2. März 1989 und eingetragen in das Vereinsregister am 10. April 1989 wurde jede wirtschaftliche und juristische Tätigkeit durch den Präses beendet. Nach der neuen Satzung wurden nun auch alle Schwestern Mitglieder des Vereins.

Nicht ganz ein Jahr später, am 7. Februar 1990, wurde die Auflösung des Vereins bzw. dessen Überführung in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts eingeleitet. Am 2. Mai 1990 erhielt die Schwesternschaft schließlich die Rechte einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Rechtlich gesehen erhielt die Generaloberin nun alle Vollmacht, die früher dem Präses zugestanden hatte. Mit dieser neuen rechtlichen Rochade konnte am 30. September 1990 auch die Krankenhausstiftung des Dritten Ordens aufgelöst werden. Dass sich in dieser Metamorphose auch und vor allem der Wandel des Frauenbildes in dieser Zeit niederschlug, steht außer Zweifel. Auch wenn später, 2002, wieder darüber sinniert wurde, die Verwaltung in geeignete weltliche Hände zu legen, so entschied man sich mit Schwester Irmgard als betriebswirtschaftlich ausgebildeter Ge-

schäftsführerin der Klinik doch wieder für die eigene Wahrnehmung dieser so eminent wichtigen Aufgabe.

Sichtbare Neuerungen brachten aber auch eine ganze Reihe von Umbauphasen, mit denen sich das Krankenhaus für die Zukunft positionierte. Mit planerischem Weitblick hatte man bereits 1961 den im Osten an das Betriebsareal angrenzenden 42 000 Quadratmeter großen sogenannten Kapuzineracker erworben. Er bot ab den 80er Jahren nun den Raum für einen großzügigen Ausbau der Krankenhausanlage, der in drei Bauabschnitten erfolgte.

Dass es sich bei einem Krankenhaus mit seinen Funktionsbereichen mittlerweile um einen „Organismus“ handelte, der an Komplexität und Kompliziertheit durch keinen anderen Betrieb übertroffen wird, verdeutlicht die Tatsache, dass nun nicht mehr ein einzelner Architekt allein ausreichte, sondern eine ganze Architektenschar die Aufgabe lösen musste. Um den Wunsch der Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens bzw. der Krankenhausstiftung des Dritten Ordens nach einem zeitgemäßen Krankenhaus zu erfüllen, machte sich nun die aus Georg Alexander Roemmich, Hans-Joachim Ott und Albert Zehentner bestehende Architektengemeinschaft zusammen mit den Bauleitern Erwin Wrba und Koni Weimer ans Werk. Unterstützt wurde das für den Entwurf zuständige Architektenteam noch von einer ganzen Reihe von Fachplanern für die Haus- und Medizintechnik und Fachberatern für die Raum- und Funktionsplanung und die akustische Beratung. Auch der zu einem menschlichen Krankenhaus gehörende und als Rekonvaleszenzkulisse dienende Grünraum erhielt die nötige Aufmerksamkeit, und so entstand ein „Krankenhaus im Garten“. Städtebaulich sollte die Frei- und Grünanlage eine „stadtökologische Verbindung“ zum nahen Botani-

schen Garten und zu den Parkanlagen des Nymphenburger Schlosses herstellen. Die Aufgabe wurde mit Bravour gelöst und kann wohl als ein Modellstück des modernen Krankenhausbaus gelten, der Funktionalität und ein integriertes Versorgungssystem mit Wohlbefinden verbinden möchte.

Von 1985 bis 1988 entstand im Rahmen eines ersten Bauabschnitts der sogenannte Funktionsbau mit vier Operationssälen, einer nun interdisziplinären Intensivabteilung, moderner Notaufnahme und mit mehr Platz für Radiologie und Nuklearmedizin, Physikalische Therapie und mit einer neuen Sterilisationsabteilung. Damit war die Basis gelegt für einen gezielten weiteren Ausbau des radiologischen Leistungsspektrums. So konnte dann 2002 ein Kernspintomographiegerät eingebaut werden und 2004 wurde zur Ergänzung der Koronardiagnostik ein 64-Zeilen-CT-Gerät aufgestellt. Mit der Gründung des Radiologie-Zentrums Nymphenburg unter der Leitung von Hermann Helmberger (geb. 1962) übernahmen die Radiologen der Klinik auch die diesbezügliche Betreuung des Krankenhauses Neuwittelsbach und der Maria-Theresia-Klinik. 2006 wurde im Rahmen dieser klinikübergreifenden Kooperation im Neuwittelsbacher Krankenhaus ein PET-CT aufgestellt zur Optimierung der Tumordiagnostik.

Die 1989 mit Thomas Ruhl (geb. 1948) als Oberarzt verbundene Eingliederung der „Hämatologie und internistischen Onkologie“ in die 1. Innere Abteilung leitet bereits über zum zweiten Bauabschnitt mit dem 1992 errichteten Bettentrakt, der im Neubau nun 288 Betten aufwies. Der neue Baukörper bot nun auch die Möglichkeit, neben der damals von Eberhard Pütterich (geb. 1944) geführten allgemeinchirurgischen Abteilung eine neue Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie zu schaffen. Diese mit einem Schwerpunkt auf

der Endoprothetik geschaffene Abteilung wurde Siegfried Garbe (geb. 1942) als neuem Chefarzt anvertraut.

Mit dem 1993 eingeweihten neuen Bauteil verbesserten sich nicht nur die räumlichen Voraussetzungen für die Krankenhausapotheke und für die an Aufgaben wachsende Verwaltung, sondern verpasste sich das Krankenhaus auch einen modernen großzügigen und hellen Eingangsbereich. Im gleichen Jahr begann Heinz Kniha (geb. 1954) seine Tätigkeit als Belegarzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Die unter Chefarzt Helmut Leix (geb. 1931) wieder aufblühende Geburtshilfe konnte nun aus dem auf das Jahr 1932 zurückgehenden „Pavillon“ in den neuen Trakt verlagert werden. Der alte Pavillon war Ende der 80er Jahre noch mit zwei Containerduschen den mittlerweile gestiegenen sanitären Bedürfnissen angepasst worden. Denn unter dem aus dem Klinikum rechts der Isar stammenden Oberarzt Franz Graf von Buquoy (geb. 1944) war diese Örtlichkeit geradezu zu einem Geheimtip für die sogenannten natürlichen Geburten geworden. Buquoy, der 1996 Leix als Chefarzt ablöste, hatte diesen in den 1980er Jahren aufkommenden Trend zur sanften Geburt früh aufgegriffen und den Schwangeren die Vorteile einer Geburt im Park in dem unter einer mächtigen Rotbuche stehenden Gebäude schmackhaft gemacht – sichtlich abgetrennt vom Krankenbetrieb der Klinik, jedoch nah genug, um bei eventuell eintretenden Komplikationen die Segnungen der fortschrittlichen Medizin nutzen zu können.

1997 erfolgte der Abschluss des dritten Bauabschnittes mit 144 Betten im sanierten Langbau und neuen Räumlichkeiten für das Labor und für die in den zurückliegenden zwanzig Jahren eminent an Bedeutung und Umfang gewachsene Endoskopie. Mit einem neu gebauten fünften Operationssaal wurden auch Engpässe

auf diesem Sektor beseitigt und ließ sich die operative Kapazität des Hauses erheblich steigern. Dies war notwendig, denn zum einen war in der Allgemeinchirurgie mit Thomas Holzmann (geb. 1948) 1987 das Spektrum um die Gefäßchirurgie erweitert worden, zum anderen war auch Christian Gabka (geb. 1955) als Belegarzt für plastische Chirurgie hinzugekommen. Der damit verbundenen Weiterentwicklung der Mammachirurgie musste räumlich ebenfalls Rechnung getragen werden.

In den zunächst entkernten und anschließend völlig neu gestalteten Anbauten von 1937 und 1957 konnten neben 144 Betten nun auch die Endoskopie, die internistische Funktionsdiagnostik und insbesondere auch das Herzkatheterlabor untergebracht werden. Letzteres war bereits 1994 unter der Leitung von Ulrich Busch (geb. 1946) und Serban Dacian (1940–2005) aufgebaut worden. Sie nahmen damit gleichsam das in der Gesundheitsreform von 2000 enthaltene Projekt der „Integrierten Versorgung“ vorweg, mit dem die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Medizin überwunden werden soll. Mit der anfangs von Heinz Barth (geb. 1935) und Dieter Dienemann (geb. 1949) geleiteten Pathologie wurde 1994 auch einem angesichts ständig wachsender Operationszahlen zunehmend spürbaren Mangel abgeholfen. Nahtlos an die Vollendung dieses dritten Bauabschnittes anschließend wurde 1998 der von 1937/38 datierende Mittelbau abgerissen und mit dem Umbau des unter Denkmalschutz stehenden einstigen Krankenhausbaus von 1912 in ein Schulgebäude für die Krankenpflegeschulen des Klinikums begonnen. Damit war auch wieder der eigentliche Auslöser der hier dargestellten Krankenhausgeschichte im Fokus der Modernisierung. Dabei gingen die Schwestern mit ihrem baulichen Erbe überaus verantwortungsvoll um. Anfang 2000 konnten die Berufsfachschulen für Krankenpflege, Krankenpflegehilfe sowie mittlerweile auch

Kinderkrankenpflege in die zu einem wahren Schmuckkästchen gemachte alte Baulichkeit umziehen.

Begleitet war dieser zielgerichtete strukturelle Ausbau auch immer wieder durch medizinische Bestätigungen wie z. B. die Anerkennung der 2. Medizinischen Abteilung als Behandlungszentrum für den Typ-2-Diabetes durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft. Die Onkologen erhielten 2005 die Genehmigung zur Führung einer onkologischen Tagesklinik. 2006 brachte auch die schwerpunktmäßige Gliederung der beiden Inneren Abteilungen, wie sie bei der Vorstellung der Kliniken im Detail beschreiben ist.

## Neue Kinderklinik

Mit den Erfahrungen des langjährigen Betriebes des Kinderkrankenhauses in Passau und auch mit einem aus dem von 1987 bis 1991 erfolgten Neubau dieser Kinderklinik her rührenden Wissen erweiterte der Krankenhausträger ab der Mitte der 1990er Jahre sein Kompetenzfeld in München auf die Kindermedizin. Dass die Schwesternschaft des Dritten Ordens 1995 die Trägerschaft der traditionsreichen und in ihren Wurzeln als Säuglingsheim bis auf das Jahr 1909 zurückgehenden Münchner Kinderklinik an der Lachnerstraße übernahm, sicherte das Fortbestehen dieser für die pädiatrische Versorgung in München so wichtigen Einrichtung und bildete die Voraussetzung für die 2002 erfolgte Integration der renommierten Kinderklinik in das Portfeuille des Dritten Ordens. Nachdem sich herauskristallisiert hatte, dass neben technischen Hürden auch die heutigen Erwartungen an ein modernes Kinderkrankenhaus in einem historischen Gebäude kaum zu erfüllen waren, fiel die Entscheidung zugunsten eines Neubaus. Die Platzwahl auf dem Betriebs-

gelände an der Menzingerstraße fiel auf die Örtlichkeit der ehemaligen geburtshilflichen Baracke, wo ab 1997 das neue Haus emporwuchs. Die beauftragten Architekten G. Geiselbrecht und A. Beeg plus Partner entwickelten die passende „Architektur für eine heilfördernde und vertrauensweckende Umgebung“. Trumpf waren Helligkeit und freundliche Atmosphäre, offenes Raumgefühl und übersichtliche Wegführungen. Am 2. Mai 2002 zog die Kinderklinik an der Lachnerstraße mit ihrem pädiatrischen Chefarzt Johann Schöber (geb. 1937) und dem Kinderchirurgen Stephan Kellnar (geb. 1958) in das neue Haus mit seinen 131 Betten. Die neue Kinderklinik entsprach ganz offensichtlich einem dringenden Bedürfnis im Stadtteil und unter der Bevölkerung: Um dem Ansturm auf die Notaufnahme der Kinderklinik gerecht zu werden, musste bereits fünf Jahre nach dem Bezug der gesamte Ambulanzbereich wieder umgestaltet werden.

Mit der räumlichen Angliederung der geburtshilflichen Abteilung, die in das oberste Geschoss der neuen Kinderklinik einzog, war 2002 das erste Mutter-Kind-Zentrum in München fertig. Gleichzeitig wurde das Krankenhaus des Dritten Ordens auch in das sogenannte Perinatalzentrum München aufgenommen, das mit einem Zusammenschluss der verschiedensten Fachkräfte eine optimale Versorgung von Risikoschwangeren, kranken Neugeborenen und Frühgeborenen garantiert. Einmal mehr stellte die Klinik Dritter Orden ihre Innovationskraft unter Beweis, gelten Mutter-Kind-Zentren doch als moderne Erscheinungsform einer ebenso freundlichen wie hochspezialisierten Medizin. Über 2200 Entbindungen im zurückliegenden Jahr 2010 spiegeln die hohe Akzeptanz dieser Einrichtung wider. Wo die Geburtshilfe in dem 1992 fertig gewordenen Neubauteil (BA II) davor zehn Jahre lang war, wurde 2005 ein ideal gelegenes ambulantes Operations-

zentrum eröffnet. Damit reagierte man auf einen in der Medizin bereits seit den 1980er Jahren einsetzenden und gesundheitspolitisch auch stark geförderten Trend hin zum ambulanten Operieren.

## Upgrading und Netzwerke

Die zuletzt genannten Umbauphasen und Neuausrichtungen führten in ihrer Summe zu einem neuen integrativen Zusammenspiel – und machten das Klinikum für den Qualitätswettbewerb unter den Spitälern fit. Das überaus ambitionierte und kostenintensive Fortschrittsprogramm zeitigte seine Auswirkungen und so wurde das Krankenhaus des Dritten Ordens 2002 von einem Haus der Grundversorgung (Versorgungsstufe 2) zum Schwerpunktkrankenhaus (Versorgungsstufe 3) promoviert. 2007 erfolgte dann auch folgerichtig die Umbenennung des Krankenhauses in das „Klinikum Dritter Orden“, das heute über 574 Betten verfügt und 1500 Mitarbeiter beschäftigt. Nach fünfjähriger Vorbereitung wurde die Klinik 2007 auch erfolgreich nach KTQ und proCUM Cert zertifiziert.

All dies war Ansporn, das Klinikum Dritter Orden kontinuierlich und konsequent zu optimieren und in ein modernes Netzwerk einzubinden. So wurden mit der Eröffnung eines Diagnose- und Therapiezentrum (DTZ) 2007 die positiven Erfahrungen in der Kooperation mit dem Herzkatheterlabor auf weitere Fachrichtungen übertragen: Praxen für Strahlentherapie, Onkologie und Angiologie, Zahnheilkunde, Kinderkardiologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie optimieren seither die Versorgung der Patienten. Dieses sich fachlich sinnvoll verschränkende Kooperationsnetzwerk war die Voraussetzung für die erfolgreiche Zertifizierung der Klinik als Brust- und Darmkrebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft im Jahr 2008. Nachdem dann drei

Jahre später die Frauenklinik des Hauses auch noch zum Gynäkologischen Krebszentrum zertifiziert wurde und damit drei diesbezügliche Organzentren anerkannt waren, verlieh die Deutsche Krebsgesellschaft 2011 dem Klinikum Dritter Orden als erster Münchner Klinik das Zertifikat als Onkologisches Krebszentrum.

Den räumlichen Spielraum für diese Beförderung bot unter anderen ein dreistöckiger Erweiterungsbau in dem zum Bauabschnitt II gehörenden Bettentrakt der Erwachsenenklinik. Mit seinen 44 Betten glied er 2009 die durch die Umstrukturierungen der vergangenen Jahre an anderer Stelle verloren gegangenen Bettenplätze wieder aus und ermöglichte die zuvor verstreuten onkologischen Tagesbetten in einer einzigen Tagesklinik zu konzentrieren. Im Erdgeschoss des Erweiterungsbaus konnte das 1969 zur Einführung einer flächendeckenden Dialysebehandlung in Deutschland gegründete KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation eine Dialyseeinheit eröffnen und damit dem Klinikum Dritter Orden 2009 ein weiteres Behandlungsspektrum zuordnen.

In das Bild einer die heutige Medizin zunehmend prägenden Vernetzung passt auch die Tatsache, dass die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie 2010 in das sogenannte TraumaNetzwerk Süd aufgenommen wurde. Die langjährige erfolgreiche Kooperation mit dem Herzkatheterlabor Nymphenburg würdigte die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie 2011 mit der Aufnahme des Klinikums in den Kreis der sogenannten Chest Pain Units. Bereits 2010 hatte die Kinderklinik ihr Profil mit der Eröffnung des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) geschärft. Damit ist die Versorgung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit intensivem körperlichem und psychosozialen Förderungsbedarf im Raum München erheblich erweitert worden.

Die Länge der Liste zeigt, wie viel in diesen Jahren tatsächlich geschehen ist. Eine wichtige treibende Kraft dahinter war ganz zweifellos Peter Weidinger (geb. 1943), der seit 1991 das zentrale Exekutivamt des Ärztlichen Direktors bekleidet. Als Sohn von Anton Weidinger und Enkel von Carl Schindler ist Peter Weidinger wie kein anderer dem Klinikum Dritter Orden aufs engste verbunden und parallel zu dem genannten Amt war er von 1984 bis 2008 auch Chefarzt der I. Medizinischen Abteilung gewesen.

Dass an dem im Krankenhausbedarfsplan derzeit mit 574 Betten und 18 teilstationären Plätzen geführten Klinikum Dritter Orden auch im Jubiläumsjahr kein Stillstand herrscht und die Geschichte noch lange nicht am Ende ist, ist offensichtlich. Im August 2011 wurde mit der baulichen Erweiterung der Kinderklinik begonnen, mit dem die Kapazitäten der Geburtshilfe noch einmal erhöht und das Angebot im Mutter-Kind-Zentrum aufgestockt werden. Schließlich genehmigte der Krankenhausplanungsausschuss auch die Pläne für den Bau einer Zentralen Operationsabteilung, für die Erweiterung der Intensivstation, der Notaufnahme und der Radiologie und die dringend benötigte Vergrößerung der Intermediate-Care-Station, mit deren Umsetzung bereits im Jahr 2012 begonnen werden wird.

## Musiktradition und Dichtung

Neben all den rasanten medizinischen und technischen Fortschritten sowie den Modifikationen der verwaltungsmäßigen Infrastruktur gab es in der einhundertjährigen Geschichte des Klinikums immer aber auch einen anderen Alltag. Und mancher am Krankenhaus des Dritten Ordens beschäftigte Arzt zeigt auch andere Talente. So hatte der bekannte Schilddrüsenoperateur

Carl Schindler als begeisterter Pianist und ausgebildeter Sänger auch musisch etwas aufzubieten. Alois Scheicher spielte wundervoll Orgel und hat über Jahre hinweg das Sonntagsamt in der Krankenhauskirche musikalisch begleitet. Und von dem Radiologen und Tenor Erwin Schön war bereits die Rede.

Auch Hugo Kämmerer war nicht nur eine naturwissenschaftlich geprägte Forscherpersönlichkeit, sondern hatte eine andere Seite als Philosoph, Dichter und Kinderbuchautor. In seinem Gedichtband von 1953 heben die Verse vom „Geheimnis des Seins“ mit der provokativen und für einen Naturwissenschaftler eher ungewöhnlichen Frage an: „Warum wollt ihr denn alles, alles wissen?“ Im „Glück des Seins“ ist von der existenziellen Angst vor dem Tod die Rede, und es endet so wunderbar mit den Worten:

„Gäb's auf der Welt denn einen Wert,  
Würd' nichts voll Leid ersehnt, begehrt?

Der höchste Wert: ein gütig Herz –  
Es wär nicht da, gäb's keinen Schmerz!

Und passt es nicht mehr als ins Bild dieses Hauses, dessen 100. Geburtstag gerade gefeiert wird, was Kämmerer einmal als Rezept notierte, welches ein guter Medikus nie zu verschreiben vergessen sollte:

Rp. Solaminis,  
Speris,  
Misce, da, signa:  
2-stündlich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.

„Bereite Tröstung, Hoffnung, mische, gib und  
kennzeichne: 2-stündlich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.“

*(Hugo Kämmerer)*

Vielleicht hat nie jemand schöner das ärztliche Selbstverständnis an einem christlichen Krankenhaus in Worte gekleidet.

Ein Arzt, der auch Romane schreiben konnte, war Valentin Argirov (geb. 1932). Er war in den 1970ern als Arzt am Krankenhaus des Dritten Ordens tätig. Aus seiner Feder erschienen Arztromane mit Titeln wie „Die Ehrbaren und die anderen“, „Die Seelenhändler oder keiner wird umsonst geliebt“ oder auch „Der Chefarzt“.

### In der Gegenwart angekommen

Dass ihr Krankenhaus immer ein Markenzeichen für gute Medizin in München ist, darüber waren und sind die Schwestern der Krankenfürsorge vom Dritten Orden stets besorgt. Dabei ist es in der Gegenwart nicht einfacher geworden, dass Medizin im Krankenhaus mit der Wertschätzung des Menschen verbunden bleibt. Die divergierenden Interessen von Medizin, politischen Rahmenbedingungen und ökonomischen Parametern sind immer schwerer unter einen Hut zu bringen. Wettbewerb und die Forderung nach mehr Markt im Gesundheitswesen prägen auch den Spitalsektor. Die Finanznot der für die Investitionen in die Modernisierung und Unterhaltung des Klinikbestandes zuständigen öffentlichen Hand machten Krankenhäuser in der jüngsten Vergangenheit zu „einem Fall für private Investoren“, so die Tageszeitung „Die Welt“ in ihrer Ausgabe vom 8. Juli 2008. Privatlinikgruppen mit ihrem ökonomischen Renditekalkül rückten auf dem Gesundheitssektor in den letzten Jahren zunehmend in den Vordergrund und übernehmen gerne funktionierende Krankenhäuser mit ihrem Patientenstrom.

So gilt es in der 100-jährigen Geschichte des Klinikums Dritter Orden heute mehr denn je, medizinische

Leistungen ökonomisch zu erbringen. Die gegenwärtig noch 137 Ordensschwestern und auch die Menschen, für die das Klinikum Dritter Orden das Krankenhaus ihres Vertrauens ist, dürfen sich freuen: Eine Debatte um die Zukunft kirchlicher Krankenhäuser ergab kürzlich, dass diese – anders als Häuser in öffentlicher Trägerschaft – nicht von der Privatisierungswelle betroffen sind, sondern wegen ihres Vertrauensvorsprungs nach wie vor gut aufgestellt und damit auch konkurrenzfähig sind. Vorsprung durch Vertrauen – das passt wohl auch auf das Klinikum Dritter Orden. Und trotz eines numerischen Rückgangs werden die Schwestern des Dritten Ordens diesen Vorsprung nutzen. In keiner seiner Entwicklungsphasen war das Klinikum des Dritten Ordens bloß ein Krankenhaus, sondern stets auch eine Stätte, in der das Menschsein von kranken und leidenden Kreaturen gesehen wurde und christliche Nächstenliebe konkret wurde.



Schwesternbroche der Krankenfürsorge des Dritten Ordens.

Seinen anhaltenden Erfolg verdankt das Krankenhaus der Kraft der Schwesternschaft und ihrer christlichen Ausstrahlung. Stets haben sie die nötige Schubkraft entwickelt, um mit der Zeit und dem unaufhaltsamen Fortschritt zu konkurrieren.

Das alte Markenzeichen mit dem Kreuz, dem Christusmonogramm IHS und den sich kreuzenden Armen des Heilandes und des Hl. Franziskus, das die Schwestern der Krankenfürsorge des Dritten Ordens seit über 100 Jahren auf ihrer Brosche tragen und mit dem sie 1912 auch die Haustüre ihres alten und durch alle Zeit so gut behüteten Baudenkmals schmückten, verspricht auch heute Dynamik. Aus dieser geistigen Quelle schöpfen die Schwestern ihre Kraft. Oder anders ausgedrückt und mit einem leicht abgewandelten Wort des bayerischen Kirchenhistorikers Benno Hubensteiner (1924–1985): Mehr als 2000 Jahre christliche Tradition und dazu 100 Jahre eigener Geschichte voller Tatendrang, die tragen und halten, die den Schwestern der Krankenfürsorge vom Dritten Orden die innere Ruhe geben und den stillen Auftrag.

## Quellen- und Literaturverzeichnis

### Archiv Klinikum Dritter Orden

Protokollbücher (handschriftlich) der Ausschusssitzungen und der Mitgliederversammlungen 1903–1979. 6 Bde.

Protokolle des Stiftungsrates der Krankenhausstiftung des Dritten Ordens in Bayern, 1979–1990. Typoskripte.

Briefwechsel 1943–1950 Pater Theodor und Pater Canisius

Chronik von 1934–1986. 2 Bde. Typoskript.

Zur Geschichte des Krankenhauses Nymphenburg. Typoskript von Carl Schindler, verfasst ca 1950/1951.

### Archiv der Provinz der Bayerischen Kapuziner

IX 100 36 h Typoskript: Die Krankenfürsorge des Dritten Ordens in der Kriegs- und Nazizeit.

IX 100 36 i Typoskript: Das Drittordenskrankenhaus München-Nymphenburg beim Luftangriff von Faschingsdienstag auf Aschermittwoch 9. auf 10. März 1943.

IX 100 36 u Typoskript: Der Einzug der Amerikaner, wie wir ihn in München im Krankenhaus Nymphenburg erlebt haben, im April/Mai 1945.

### Stadtarchiv München

Krankenanstalten 175

### Publikationen des Klinikums Dritter Orden

Denkschrift über die Krankenfürsorge des Dritten Ordens i. B., zugleich Jahresbericht 1913. Hrsg. v. Ausschuss der Krankenfürsorge des Dritten Ordens in Bayern e.V. Seyfried, München 1914.

Krankenhaus des Dritten Ordens in München-Nymphenburg. Einweihung des 1. Bauabschnittes (Funktionsbau) am 12.12.1988. Hrsg. von der Krankenhausstiftung des Dritten Ordens in Bayern. 1988.

Krankenhaus Dritter Orden München-Nymphenburg. Feierliche Einweihung des 2. Bauabschnittes (Pflege- und Eingangsbauwerk) am 28. Oktober 1992. Hrsg. von der Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens. München-Nymphenburg 1992.

Feierliche Einweihung der Kinderklinik des Krankenhauses Dritter Orden. Festschrift, 2002.

90 Jahre Ausbildungsstätte für Krankenpflege der Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens 1912–2002. München-Nymphenburg 2002.

100 Jahre Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens 1902 – 2002. München-Nymphenburg 2002.

Schwesterenschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens: Unterwegs zu den Kranken Heft 1–60 (1952–2011)

### Sekundärliteratur

Aswerus, Leutfried: Gabriele Gräfin von Tattenbach. Ein Münchner Frauenleben aus unseren Tagen. Verlag Ferdinand Schöningh, München Wien 1960.

Braß, Tanja: Von der freiwilligen Krankenhilfe des Dritten Ordens zum Klinikum Dritter Orden in München. Diss. Med. München (in Vorbereitung).

Doneith, Thorsten: August Mayer – Direktor der Universitäts-Frauenklinik 1917–1949. Diss. Med. Tübingen 2007.

100 Jahre Rotkreuzkrankenhaus München. Hrsg. von der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz. München 1992. 2. Aufl. München 1996.

Festschrift zum 125. Jubiläum der Rotkreuzschwestern in Bayern. Hrsg. von der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V. Hanns Lindner, München 1997.

Hippele, Stephanie: Julius Fessler (1862–1937) und Paul Ziegler (1864–1911). Leben und Werk zweier Münchener Chirurgen. Diss. Med. München (in Vorbereitung).

Höfner, Werner: Zur Situation Münchner Krankenanstalten während des Zweiten Weltkrieges und in den Jahren des Wiederaufbaus. Diss. Med. München 1979.

Hummel, Eva-Cornelia: Krankenpflege im Umbruch (1876–1914). Ein Beitrag zum Problem der Berufsfindung „Krankenpflege“. Freiburg/Br. 1986.

Knorr, Karl-Ernst u. Wernick, Jens: Rechtsformen der Krankenhäuser. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf 1991.

Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich. Hrsg. von A. Guttstadt. Verlag Reimer, Berlin 1900.

Kreuzer, Susanne: Vom Liebesdienst zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt/Main 2005.

Krischer, Markus: Kinderhaus. Leben und Ermordung des Mädchens Edith Hecht. Deutsche Verlagsanstalt, München 2006.

Krischer, Markus: Plädoyer für einige weit hergeholtte Fragen. In: Die Assoziationsanstalt Schönbrunn und das Nationalsozialistische Euthanasie-Programm. Hrsg. von Sr. M. Benigna Sirl und Peter Pfister. Schnell und Steiner, Regensburg 2011. S. 83–94.

Kunz, Irene: Grundausbildung und Spezialisierung in der Krankenpflege. Zwischen 1800 und 1960. Diss. Med. Freiburg 1984.

Meuser, Philipp u. Schirmer, Christoph (Hrsg.): Neue Krankenhausbauten in Deutschland. Bd. 1 und 2. DOM publishers. 2006.

Nusser, Brigitte: Leben und Werk von Hugo Kämmerer (1878–1968). Diss. Med. München 2003.

Müller, H.-W.: Krankenhäuser – Zielobjekte einer plakativen Reform-Schwemme. das Krankenhaus 64 (1972) 217–220.

Panke-Kochinke, Birgit und Schaidhammer-Placke, Monika: Frontschwestern und Friedensengel. Kriegskrankenschwestern im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Ein Quellen- und Fotoband. Frankfurt/Main 2002.

Schlichter-Wicker, Susanne: Die dreiseitigen Verträge nach § 115 Sozialgesetzbuch V. Verlag Versicherungswirtschaft e.V., Karlsruhe 1994.

Schmidbaur, Marianne: Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Frankfurter Feministische Texte – Sozialwissenschaften – Bd. 3. Ulrike Helmer Verlag, Königstein/Taunus 2002.

Schweikart, Christoph: Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik. München 2008.

Seidler, Eduard und Leven, Karl-Heinz: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. 7., überarb. u. erw. Auflage. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2003.

Sirl, Sr. M. Benigna u. Pfister, Peter (Hrsg.): Die Assoziationsanstalt Schönbrunn und das Nationalsozialistische Euthanasie-Programm. Schriften des Archivs des Erzbistums München und Freising Bd. 15. Schnell und Steiner, Regensburg 2011.

Steininger, Thomas: Die Entwicklung des Notarzteswesens in der Stadt und Region München. Diss. Med. München 2009.

Stepp, Hilde: Krankenpflege im Nationalsozialismus. Frankfurt/Main 2011.

WHO CARES? Geschichte und Alltag der Krankenpflege. Hrsg. v. Isabel Atzl. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2011.

Wischer, Robert und Riethmüller, Hans-Ulrich (Hrsg.): Zukunftsfähiges Krankenhaus. Ein Dialog zwischen Medizin und Architektur. Fakten, Leitlinien, Bausteine. Springer Verlag, Wien 2007.





# *Bildimpressionen*

**Die Klinik gestern**



1



2



3

## Gründungsgebäude

1 Die mit der Gartenfront nach Süden ausgerichtete Krankenanstalt des Dritten Ordens in München-Nymphenburg im Eröffnungsjahr 1912 mit dem Eingang an der Franz-Schrank-Straße. Das nächste öffentliche Verkehrsmittel war die Dampftrambahn am Romanplatz. Bei dem Bau handelte es sich um einen sog. Korridorbau mit einer einreihig angeordneten Zimmerflucht, der 1912 mit einer Kapazität von 100 Betten eröffnet wurde. Das Gebäude beherbergte auch sämtliche wirtschaftlichen und technischen Räume. Postkarte, Lichtdruck.

2 Architekt Franz Rank (1870–1949). Erbauer der Krankenanstalt des Dritten Ordens 1912.

3 Der leitende Arzt des Krankenhauses, Geheimrat Dr. Carl Schindler, im Gespräch mit seinem Oberarzt Dr. Alois Scheicher (ca. 1920).

4 Mit Rotkreuzbinde ausgestattete Schwestern der Krankenfürsorge vom Dritten Orden vor dem Feldeinsatz im Ersten Weltkrieg (1915) mit Oberin Sr. Gabriele von Tattenbach (sitzend vorne links) und Präses P. Canisius König OFMCap. Auch im Zweiten Weltkrieg arbeiteten viele Schwestern und Ärzte in verschiedenen Lazaretten. In beiden Weltkriegen war das Krankenhaus München-Nymphenburg Teillazarett.



4

5 Der als Tagesraum der Frauenabteilung dienende erweiterte Flurteil im 2. Stock. Hinten links befindet sich der Eingang zur Empore der Elisabeth-Kapelle. Die Frauen konnten also direkt von ihrer Station aus an den heiligen Messen teilnehmen (etwa 1913).

## Bauentwicklung in Bildern

6 Das 1927 als dreiflügelige Anlage erbaute und mit seinen 18 Fensterachsen stattlich daherkommende Franziskushaus an der Menzinger Straße 48. Hier befand sich nun auch der Haupteingang der Klinik von 1927 bis zur weiteren Verlegung in die Menzinger Straße 44 im Jahr 1992.

7 Pforte im Franziskushaus (etwa 1930). In diesem Gebäude waren Schule, Verwaltung und Mehrbettzimmer für die Drittordensschwester untergebracht. Der Weg zum Haupthaus führte an der Pforte vorbei durch den Garten (s. nächstes Bild).

8 Der mächtige Mittel- und anschließende Langbau 1938. Diese Gebäude wurden zur Etablierung einer großen Inneren Abteilung dringend benötigt. Der Mittelbau wartete mit einer repräsentativen Eingangshalle auf und verfügte über einen Hörsaal, der sowohl für den Schwesternunterricht als auch für die damals an Bedeutung gewinnende ärztliche Fortbildung genutzt wurde.



5



6



7



8



9

**9** Im Zuge der Generalsanierung wurde 1998 der 1938 erstellte Mittelbau abgerissen. Diese Leerstelle zwischen Langbau (1938) und der 1912 errichteten ersten Baulichkeit wird jetzt durch eine Glasröhre überbrückt.

**10** Architekt Franz Xaver Huf (1878–1973) im Eingangsbereich des Franziskushauses, seinem ersten großen Bauprojekt auf dem Gelände des Krankenhauses (1927). Von 1924 bis 1962 plante und leitete er alle Baumaßnahmen der Krankenanstalt des Dritten Ordens.

**11** Georg Köhler (geb. 1946), Verwaltungsdirektor von 1972 bis 2011, war verantwortlich für sämtliche Baumaßnahmen, die in dieser Zeit auf dem Gelände des Krankenhauses durchgeführt wurden.



10



11

## Auf den Stationen

**12** Krankensaal Frauenstation (ca. 1920) mit einem zentralen Tisch und etlichen Stühlen. Die beengte Situation in einem vollbesetzten Krankensaal ließ für Intimsphäre und Datenschutz wenig Raum.

**13** Die Einrichtung des zentral gut beheizbaren Kreißsaales (etwa 1914) entsprach den damaligen Anforderungen an Reinlichkeit und Ausstattung mit an der Wand befestigten Waschbecken und Badewannen.

**14** Im Kinderzimmer, etwa 1914. Neben der Säuglingspflege wurden die Größe und das Gewicht der Kinder dokumentiert.

**15** Säuglingszimmer im Franziskushaus, wohin es während des Zweiten Weltkrieges transloziert wurde.



12



13



14



15

16



**16** Frauenabteilung (etwa 1950). Der Liegendtransport war für Patienten und Pflegepersonal recht mühsam. Die Kranken mussten von ihren nicht fahrbaren Betten auf eine fahrbare Liege umgebettet werden.

**17** Visite auf der Inneren Abteilung (etwa 1953).

**18** Im Tagesraum der Männerabteilung (etwa 1953). Es gab damals keine Kinderstation, Kinder und Jugendliche wurden auf der Erwachsenenstation untergebracht.

**19** Der leitende Arzt Prof. Dr. Alois Scheicher und Schwester Onesima beim Sonntagsamt in der Elisabeth-Kapelle. Lange Zeit dirigierte Prof. Scheicher an den großen Feiertagen den Chor des Hauses und spielte in den Sonntagsämtern die Orgel (ca. 1950).

17



18



19

**20** Pater Basilius Fieger (Kurat des Krankenhauses von 1945 bis 1952) bei der Krankensalbung. Die Sorge um das Seelenheil gehörte stets zum Selbstverständnis des aus christlichem Geist entsprungenen Krankenhauses.

**21** Pflegerische Betreuung und Überwachung am Krankenbett im 1973 eingerichteten Intensivzimmer für Patienten der operativen Fächer.

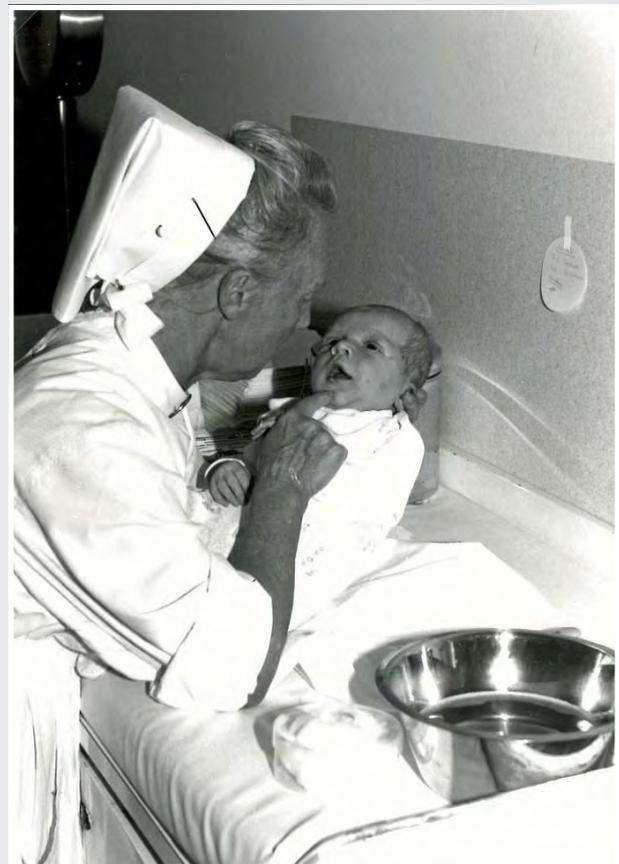
**22** Ein „zeitloses“ Bild. Schwester Gunthera im Säuglingszimmer der geburtshilflichen Abteilung im Pavillon (etwa 1985). Die Geburtshilfe war bis 1992 mit ca. 50 Betten in einem der beiden 1932 erbauten Pavillons untergebracht.



20



21



22



23

## Im OP

**23** Großer aseptischer Operationssaal in einer der modernen Hygiene entsprechenden Ausführung. Leistungsstarke OP-Lampen fehlten noch, die große Fensterfront sorgte für gute Lichtverhältnisse. OP-Tische höhenverstellbar und vertikal drehbar.

**24** OP-Vorbereitung. Am Fenster befestigte Röntgenbilder. Der Pfleger bedient ein frühes Narkosegerätes der Firma Draeger zur apparateunterstützten Narkose, wie sie nach 1900 aufkam.

**25** Sterilisationsraum (etwa 1930er Jahre) neben dem OP mit den Schränken zur Sterilisation von Instrumenten und Verbandstoff.

**26** OP-Schwwestern bei der Vorbereitung der Instrumente zur Sterilisation (etwa 1952).



24



25



26

## Ambulanz und Sprechstunde

**27** Mit einem Fernsprechapparat aus den 1920er Jahren ausgestattetes Anmeldebüro für ambulante Patienten im Bau 1912 unmittelbar neben dem damaligen Haupteingang an der Franz-Schrank-Straße.

**28** Zwei Patienten mit Armverletzungen und eine Patientin mit einer deutlich sichtbaren Struma (Kropf) in der Sprechstunde.



27

## Diagnostik und Therapie

**29** Die Röntgenologie wurde bis zur Schaffung einer eigenen Abteilung 1941 von Mitarbeitern der Chirurgie betrieben.

**30** Das Röntgenzimmer (ca. 1920) befand sich im Dachgeschoss des Baus von 1912 in unmittelbarer Nähe des OPs.



28



29



30



31

**31** Später gab es eine erste kleine Röntgenabteilung (in den 1930er-Jahren) in den ehemaligen Räumen der Geburtshilfe. Die hier sichtbare Einrichtung diente zur Bestrahlung. Über der Patientenliege die Röntgenröhre in einer strahlensicheren Schutzhaube, aus der nur die zur Heilbehandlung dienende Nutzstrahlung austreten konnte. Der Metallschrank dahinter war der Hochspannungserzeuger.



32

**32** Chemisches und hämatologisches Labor um 1950. Schwestern beim Blutbild-Differenzieren, einer Fähigkeit, die trotz aller technischen Entwicklungen auch heute noch unverzichtbar ist.



33

**33** Im Bakteriologischen Labor: Beimpfung eines Nährbodens (Agar) in einer Petrischale zur Anzuchtung von Keimen.

**34** Urinlabor: Bestimmung von spezifischem Harngewicht und Urinzusammensetzung. Eiweiß z. B. wurde im Reagenzglas mit Salicylsäure nachgewiesen. Wichtig war auch die mikroskopische Sedimentbeurteilung



34

**35** Aufzeichnung eines Elektrokardiogramms bei einer Patientin (etwa 1952).

**36** Sogenannte Medicomechan-Abteilung (heute Physikalische Therapie) mit Heißluftkästen (rechter Bildhintergrund); die zuständige Schwester bedient ein Kurzwellengerät.

**37** Die eigene Krankenhausapotheke wurde 1939 aufgebaut, im selben Jahr vom Gesundheitsamt abgenommen und dem Betrieb des Krankenhauses übergeben.

**38** Apotheke. Eine Schwester beim Befüllen von Glasampullen, ca. 1950.



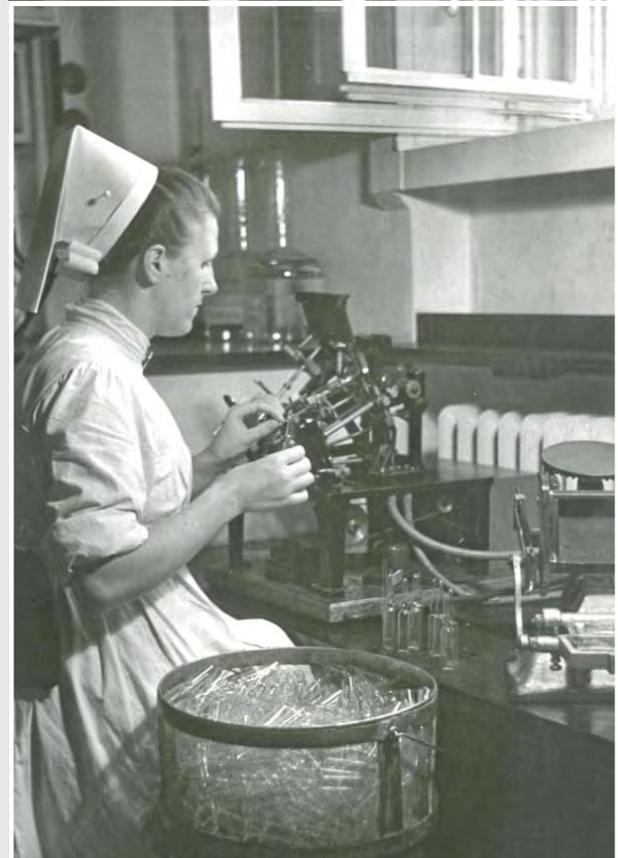
35



36



37



38



39

**39** Beim Zahnarzt (etwa 1955). 1933 beschloss der Ausschuss der Krankenfürsorge, dass die Drittordensschwestern einen eigenen Zahnarzt mit Behandlungsraum brauchten. Diese Einrichtung besteht bis heute und bietet den Patienten der Klinik eine zahnmedizinische Komplettierung des Behandlungsangebotes.

## Krankenpflegeunterricht



40

**40** Unterricht im neuen Schulzimmer des Franziskushauses (ca. 1930). Zur Demonstration dienen ein Skelett und Schautafeln.

**41** Unterricht im neuen Hörsaal im Mittelbau, der 1938 eingeweiht wurde. Dieser erfolgte mit Schautafeln und Modellen, mit deren Hilfe sich Schülerinnen z. B. eine Vorstellung der inneren Organe im Brust- und Bauchsitus verschaffen konnten. Das Bild ist im Anatomieunterricht aufgenommen (etwa 1949).



41

**42** Religionsunterricht durch P. Präses Theodor Götz OFMCap (ca. 1949). Der Hörsaal wurde sowohl für die externen und internen Fortbildungen der Ärzte als auch für den Unterricht der Schwestern verwendet.



42

## Verwaltung

**43** Zentrale Telefonvermittlung in der Pforte des Franziskushauses (ca. 1945). Blick auf den Vermittlungsschrank mit dem Pultteil und den zur Sprechumschaltung dienenden Stöpseln.

**44** Schwester Bernhilde Frey war von 1925 bis zu ihrem Tod 1972 für die Verwaltung des Krankenhauses zuständig. Hier steht sie in ihrem Büro neben einem Buchungsautomaten der Firma Astra, mit dem Lohn- und Gehaltsabrechnungen erstellt wurden.



43

## Wirtschaftsbetriebe und Technik

**45** Neben dem 1917 errichteten Wirtschaftsgebäude in der Nordostecke des Klinikgeländes (in etwa an der Stelle des heutigen Alten- und Pflegeheims der Schwestern) liegen die landwirtschaftlichen Anbauflächen. Man erstrebte schon frühzeitig eine weitgehende Autarkie auf diesem Gebiet.

**46** Schweinestall: Biologische Verwertung der Nahrungsmittelreste der Klinik.



44



45



46



47

**47** Hühnerstall. Im Hintergrund sieht man die Elisabeth-Kapelle im Bau von 1912. Heute befindet sich hier die Notaufnahme der Erwachsenenklinik, die Krankenanzahrt und die Garage des Rettungsdienstes der Berufsfeuerwehr.



48

**48** Bäckerei (1920). Die Bäckerei wurde schon 1917 in Betrieb genommen.



49

**49** Das Krankenhaus verfügte über eine technisch bestens ausgestattete Küche. Es gab einen geräumigen Kochherd mit Bratöfen und einen Wärmeschrank (rechter Bildrand). Die vier stattlichen Dampfkochkessel dienten der Fleisch-, Suppen- und Gemüsezubereitung. Bild um 1920.

**50** Im Hinblick auf eine mögliche Geruchsbelästigung wurde die Küche in räumlicher Distanz zum nach Süden blickenden Betten-trakt unter der gen Norden ausgerichteten Krankenhauskapelle untergebracht. Im Vordergrund Brotlaibe aus der eigenen Herstellung.



50

**51** Wo heute in modernen Großküchen mithilfe von Fließbändern gearbeitet wird, arbeitete man damals Hand in Hand.

**52** Die Schwestern stellen „Ausgezogene“ her, ein typisch münchnerisches Hefeteiggebäck (um 1950).

**53** Metzgermeister Franz Schreier (ca. 1954), Leiter des Metzgereibetriebes der Krankenanstalt. Auch in der Fleisch- und Wurstherstellung blieb man lange Zeit autark.

**54** Die „Bügelei“ im Wirtschaftsgebäude (etwa 1925). Die Versorgung der Kranken durch die Schwestern umfasste wesentlich mehr als die reine Tätigkeit am Krankenbett.



51



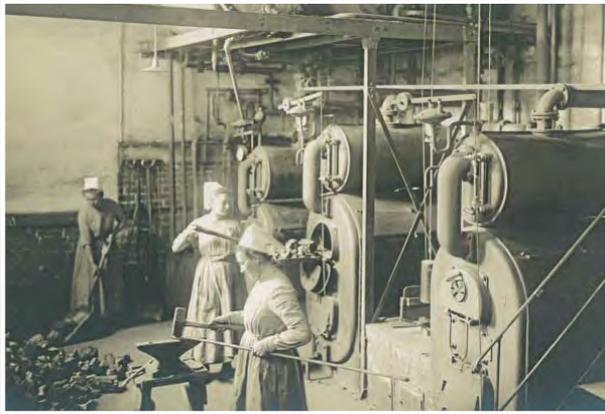
52



53



54



55

**55** Die Zentralheizung mit großen Kesseln, Pumpwerken und Regulierungen befand sich im Kellergeschoss des Baus von 1912. Durch weitverzweigte Rohrleitungen wurde das gesamte Krankenhaus mit Wärme versorgt und der Küche der nötige Dampf geliefert. Keine Arbeit war den Schwestern zu schwer: Auch Schmiedearbeit und Kohle schaufeln gehörten dazu (ca. 1920).

**56** Neue Heizung 1966. Bis dahin gab es trotz der zahlreichen neuen Gebäude keine zentrale Heizungsanlage. Seitdem „ziert“ ein hoher Kamin das Krankenhausareal. Er steht auf leicht erhabenen Gelände, das als „Ölberg“ bezeichnet wird, da sich darunter die Öltanks befinden.



56



# *Bildimpressionen*

Die Klinik heute



1



2



3

## Außenansichten

1 Den von Klaus Backmund geschaffenen Brunnen am Haupteingang der Klinik mit dem Thema der Vogelpredigt des Hl. Franziskus hat sich das Klinikum zum 100-jährigen Krankenhausjubiläum geschenkt.

2 Das 1998 renovierte, unter Denkmalschutz stehende Gründungsgebäude von 1912 bietet heute ideale räumliche Voraussetzungen für die Schwesternschulen und das Generalat der Schwesternschaft.

3 Im Franziskushaus (Gartenansicht) befand sich von 1927 bis 1993 der Haupteingang des Krankenhauses. Heute sind darin Verwaltung und Teile der Schwesternschule untergebracht.

4 Blick vom „Ölberg“ (Erhebung über den Heizöltanks) auf die Nordseite des Gründungshauses und den 1998 fertiggestellten gläsernen Verbindungsgang zum Bau von 1938.



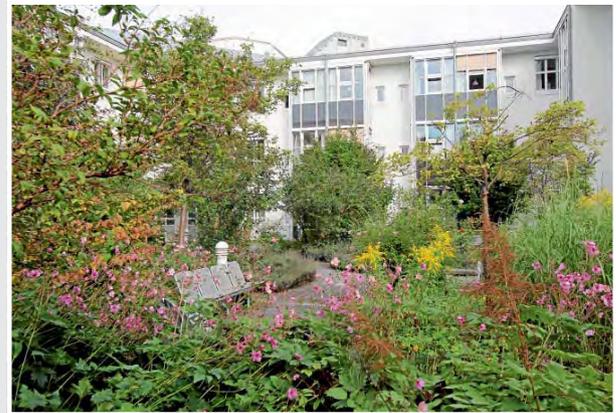
4

**5** Gartenanlage vor dem 1993 errichteten Bettenrakt für 288 Patienten: Intime Atmosphäre durch mehrfache Gliederung des Baukörpers (Teilansicht, Architekten Roemmich, Ott, Zehentner, Wrba, Weimer).

**6** Die von den Architekten Ott, Beeg, Geiselbrecht, Lemke, Wrba und Weimer 2002 fertiggestellte Kinderklinik (Südsansicht) hat den Grundriss eines Windrades. Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe unter einem Dach entsprechen der Idealform eines Mutter-Kind-Zentrums.

**7** Kinderklinik, Ostansicht. Seit Oktober 2011 wird auf dieser Seite oberhalb des ersten Stockwerks ein Erweiterungsbau errichtet.

**8** Die von Josef Wackerle in der Nymphenburger Porzellanfabrik geschaffenen Terrakottafiguren sind ein ganz besonderer Blickfang in den Gartenanlagen.



5



6



7



8

9



**9** Im Diagnose- und Therapiezentrum (Baujahr 2007, Architekten Bader) sind Strahlentherapie, Pathologie und etliche Praxen untergebracht (unterirdischer Krankenbettenverkehr zum Klinikum möglich).

**10** Die 2010 eröffnete Kinderkrippe hat 36 Plätze. Die Bobbycarbahn des Spielplatzes im Klinikgarten ist eine große Attraktion.

**11** Im Haus Elisabeth (Wohnhaus für die Drittordensschwwestern) wurden die ursprünglich 11 qm großen Zimmer 2007 auf 22-qm-große Einheiten mit Nasszelle erweitert.

**12** Gartenansicht des Altenpflegeheimes St. Josef für Drittordensschwwestern (Architekten Golling und Preis).

10



11



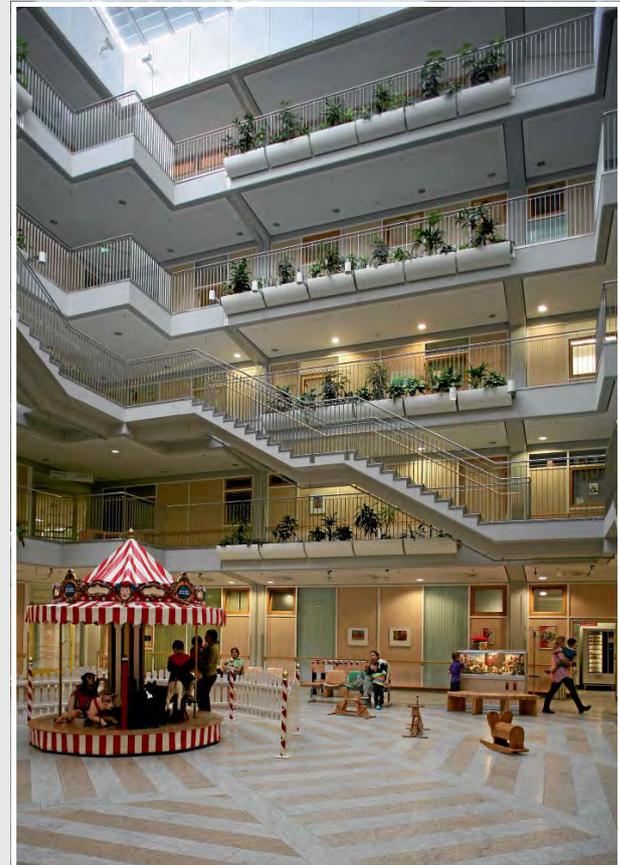
12

## Eingangshalle und Atrium

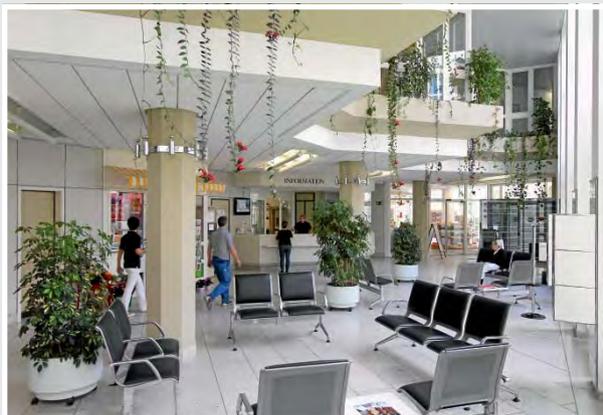
**13** Das eindrucksvolle fünfgeschossige Atrium ist das Zentrum des Gebäudes für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe.

**14** Die helle Eingangshalle der Erwachsenenklinik bietet einen freundlichen Empfang.

**15** Das neben dem Haupteingang des Krankenhauses liegende Café im Spitz ist für manche Patienten in Begleitung ihrer Besucher das erste Ausflugsziel nach schwerer Krankheit.



13



14



15



16

## Krankenzimmer

**16** Zimmer der Privatstation in der Erwachsenenklinik: Elektrisch verstellbare Betten (Firma Völker), Safe, Internetanschluß, TV, Minibar und Zimmerservice.

**17** Zweibettzimmer Allgemeinstation mit Sitzcke und Nasszelle, Flachbildschirm-TV-Gerät und Schrank mit Safe für jeden Patienten.

**18** Einbettzimmer auf der Wöchnerinnenstation (Wandschmuck von Ueli Michel).

**19** In allen Zimmern der Kinderklinik ist die dauerhafte Anwesenheit eines Elternteiles möglich.



17



18



19

**20** In den Spielecken der Kinderstationen können die kleinen Patienten im Blickfeld des Pflegepersonals Ablenkung finden.

**21** Im „Atemreich“ finden seit 2006 Kinder mit multiplen schweren Erkrankungen, die seit Geburt beatmungspflichtig sind und bisher auf Intensivstationen leben mussten, in unmittelbarer Kliniknachbarschaft die nötige intensivmedizinische Betreuung in kindgerechterer Umgebung.

**22** Zimmer für Palliativpatienten des Onkologischen Zentrums mit Schlafsofa für Angehörige und farblich variabler Beleuchtungsmöglichkeit.

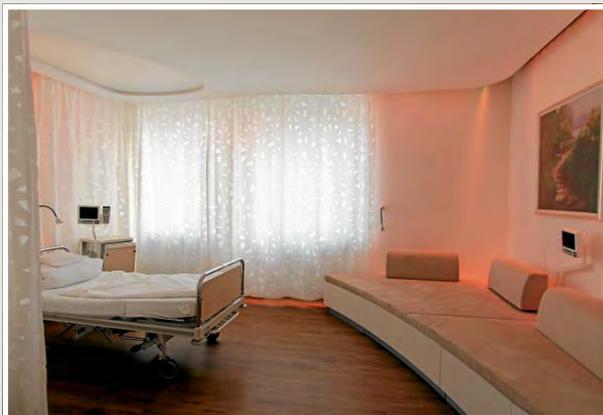
**23** Angehörigen, die keine Gelegenheit hatten, den Sterbenden zu begleiten, steht ein Abschiedsraum offen.



20



21



22



23

## Diagnostik und Therapie

**24** Neben Schock- und Eingriffsraum stehen in der Notaufnahme der Erwachsenenklinik vier 2011 völlig neu und identisch ausgestattete Behandlungsräume zur Verfügung. Die Notaufnahme ist in einem Krankenhaus eine besonders wichtige Funktionsstelle, in der Ärzte verschiedener Fachrichtungen zusammenarbeiten.

**25** Im Herzkatheterlabor sind lebensrettende Eingriffe an den Herzkranzgefäßen rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche in weniger als einer Stunde möglich.

**26** Bei Operationen in minimalinvasiver Technik („Schlüsselloch-Chirurgie“) hat das gesamte Team durch die Kontrasterhöhung durch grünes Raumlicht und multiple hochauflösende Monitore optimale Sichtverhältnisse bei entspannter Körperhaltung.

**27** Im unmittelbar neben den Operationssälen gelegenen Aufwachbereich ist die gesamte Überwachungs- und Versorgungstechnik deckengeführt angebracht. Hier betreut das Anästhesieteam die Patienten nach der Operation.

24



25



26



27

**28** Arbeitsplatz des Kinderanästhesisten. Operation eines Lungensequesters bei einer Frühgeburt aus der 28. Schwangerschaftswoche. Das Kind liegt auf einem Luftkissen in einer Wärmefolie.

**29** Die Intensivstation wurde 1988 bezogen. 2008 wurde die gesamte Technik erneuert. Dabei wurden an den Decken Blumenbilder als Blickfang für die Patienten angebracht.

**30** Schwangere im Gespräch mit der Hebamme in der Ambulanz des Perinatalzentrums.

**31** Entbindungssituation im Kreißsaal mit Erstversorgungsplatz für das Neugeborene.



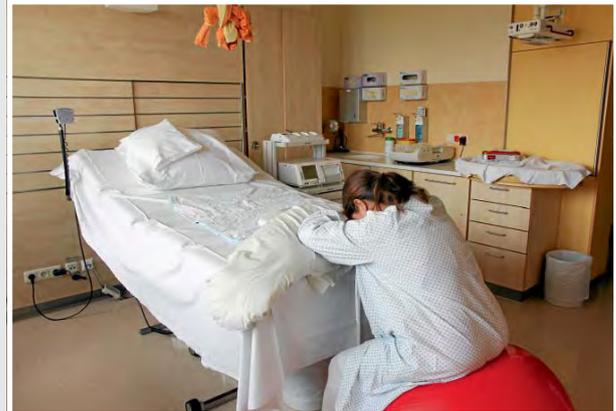
28



29



30



31



32

**32** In der in unmittelbarer Nähe des Kreißsaales und des kinderchirurgischen Operationssaales gelegenen Intensivstation mit 18 Plätzen werden schwerstkranke Früh- und Neugeborene und Kinder bis ins Jugendalter hochkompetent betreut.



33

**33** Auf der Überwachungsstation für Frühgeborene, die nicht beatmungspflichtig sind, ist neben intensivster Überwachungstechnik die ständige Begleitung durch die Mütter möglich.

**34** Eingangsbereich des großzügig ausgestatteten ambulanten Operationszentrums. Es liegt als eigenständige Abteilung in der Erwachsenenklinik in enger Nachbarschaft zum Haupteingang, zum Zentraloperationssaal und zur Intensivstation und steht auch den Patienten der Kinderklinik zur Verfügung.

**35** Die Hals-Nasen-Ohren-Ärzte operieren in der Erwachsenen- und Kinderklinik und stehen konsiliarärztlich zur Verfügung: Hier Stimmbandfunktionsprüfung nach Kropfoperation.



34



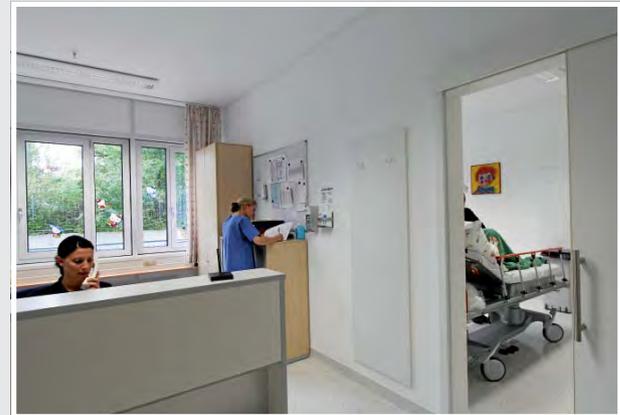
35

**36** In der Kinder-Tagesklinik werden kleinere diagnostische und therapeutische Eingriffe durchgeführt, die nicht unbedingt einer stationären Überwachung bedürfen.

**37** Patienten in der onkologischen Tagesklinik während der Infusionsbehandlung. Elektrisch verstellbare Liegestühle sorgen für bestmöglichen Komfort.

**38** Seit 2009 gibt es vier Dialyseplätze für akut stationär behandlungsbedürftige Patienten in ambulanter Dauerdialyse, die von niedergelassenen Nephrologen betreut werden. Diese Kollegen stehen den Klinikärzten auch beratend bei komplexen Nierenerkrankungen und gravierenden Hochdruckproblemen zur Verfügung.

**39** Punktion der Leistenarterie. Operationsersetzende Eingriffe wie die Aufdehnung von verengten Blutgefäßen der Beine haben das Tätigkeitsfeld der Radiologen wesentlich erweitert (Durchleuchtungsgerät Diagnost Eleva der Firma Philips).



36



37



38



39

40



40 Kardio-CT im Einsatz. Vom Ausschluss einer Einengung der Herzkranzgefäße bis zum Nachweis von Tumoren mit einer Größe von 0,5 cm reicht das Spektrum des 64 Slice Brillant Computertomographen der Firma Philips.

41



41 Kindern (in Narkose) und Erwachsenen steht mit dem Kernspintomographen Archiva (Firma Philips) ein Gerät der jüngsten Generation zur Verfügung.

42



43

42 Kinderradiologin und radiologisch-technische Assistentin bei der Durchleuchtung eines kleinen Patienten mit Schluckstörungen.

43 Die Endosonographie (Gerät EG-3870 UTK der Firma Olympus) ermöglicht Ultraschalluntersuchungen und gezielte Gewebeprobenentnahmen im Körperinneren unter Sicht.

44 Die Spiroergometrie dient zur Abklärung komplexer Herz-Lungen-Erkrankungen (Masterscreen CPX der Firma Viasys).

45 2011 eingebaute Laborstraße „StreamLab“ mit den Automaten Dimension EXL (zwei Geräte) und Centaur XP (Fa. Siemens): Über 30 Testparameter, Probendurchsatz ca. 700/Stunde.

46 In der Blutbank ist eine automatisierte und exakte Blutgruppenbestimmung garantiert (Gerät Autovue Inova, Firma Ortho) – eine seit 2004 verfügbare Technik.

47 Brutschrank im Bakteriologischen Labor für Blutkulturen rund um die Uhr zur Anzuchtung von Bakterien: Grundvoraussetzung für eine gezielte Antibiotikatherapie (Bactec FX, Firma Becton Dickinson).



44



45



46



47



48

48 Wundtoilette mit dem Ultraschallgerät der Firma Söring durch Schwestern des Wundmanagements. Mit den Ärzten sorgen sie klinikintern für einheitliche Behandlungsstandards und organisieren eine nahtlose Überleitpflege bei der Entlassung.



49

49 Der Fitnessraum in der Physikalischen Therapie steht Rekonvaleszenten, der onkologischen Sportgruppe und Klinikmitarbeitern im Rahmen der innerbetrieblichen Gesundheitsvorsorge zur Verfügung.



50

50 Entwicklungspsychologischer Test eines ehemaligen Frühgeborenen durch zwei Psychologinnen aus dem Sozialpädagogischen Zentrum, das mit einem breit gefächerten Angebot die Genesung chronisch kranker Kinder begleitet.

51 Viele Arzneimittel gibt es nicht in einer für Kleinkinder geeigneten Dosierung. In der Klinikapotheke werden Kinderkapseln aus Medikamenten für Erwachsene hergestellt (hier z. B. der unter dem Handelsnamen Viagra bekannte Arzneistoff Sildenafil zur Stimulation des Atemzentrums).



51

## Schule und Weiterbildung

**52** Der Hörsaal hat 180 Plätze und ist mit sämtlichen modernen Präsentationstechniken bestückt. Er befindet sich im Gründungshaus an der Stelle der ehemaligen Krankenhausküche.

**53** Die Krankensäle des Gründungsbaues wurden 1998 in Unterrichts- und Praktikumsräume für die Krankenpflegeschulen umgebaut.

**54** Unter Anleitung üben die Schüler in modellartig nachgebauten Krankenzimmern und an Patientepuppen. Im Hintergrund eine sogenannte Monitorrampel (Einsatz Intensivmedizin).

**55** Eingangstüre zum Gründungshaus von 1912 (heutige Schule) mit dem Symbol der Krankenfürsorge des Dritten Ordens.



52



53



54



55



56

## Küche und Technik

**56** Herr Bader (2. von rechts), der Küchenchef, mit einigen seiner Mitarbeiter vor einem kleinen Ausschnitt eines großen Buffets, das die Küche zur Freude der Mitarbeiter für Klinikfeste kreiert.

**57** Dampfkokkessel in der biozertifizierten Küche. Jeden Tag werden etwa 1800 Mahlzeiten hergestellt.

**58** Frau Katrin Klaus, Technische Gesamtleitung, vor einem Plan mit der baulichen Aufstockung der Kinderklinik.

**59** Die beiden Dampfkokkessel versorgen die Küche, die Sterilisation und die Desinfektion. Sie wurden 2010 mit Mitteln des Bundes im Rahmen des Projektes „Energiesparen im Krankenhaus“ eingebaut.



57



58



59

## Kirchen

**60** Die im Gründungshaus 1912 im späten Jugendstil vom Architekten Rank erbaute, denkmalgeschützte, einzigartige Kirche ist der Hl. Elisabeth geweiht.

**61** Heute steht den Patienten die lichtdurchflutete Franziskuskirche offen (Errichtung 1992 durch die Architekten Roemmich, Ott, Zehentner, Wrba, Weimar, künstlerische Ausgestaltung Klaus Backmund und Erich Horndasch).

### Derzeitiges Seelsorge-Team

Katholische Ansprechpartner:

Dipl. Theol. Paula Karl  
P. Heribert Leibold  
PR Marille Pilger  
P. Dr. Florian Florek

Evangelische Ansprechpartner:

Pfr. Irmgard Wolf-Erdt  
Angelika Hummel



60



61





*Die Klinik heute*  
Leistungsspektrum

# Vom chirurgischen Fachkrankenhaus zum Schwerpunktkrankenhaus

von Peter Weidinger

Im Gründungsjahr 1912 war die Krankenanstalt des Dritten Ordens eine chirurgische Fachklinik mit einer Abteilung und einem ärztlichen Leiter. 100 Jahre später umfasst das Schwerpunktkrankenhaus Dritter Orden neun Fachabteilungen, mehrere Belegabteilungen, ein ambulantes Operationszentrum und das Diagnose- und Therapiezentrum niedergelassener Kollegen. Außerdem besteht über das Radiologiezentrum Nymphenburg eine enge Zusammenarbeit mit Nachbarkliniken. Die heute erkennbare Komplexität vieler Krankheitsbilder und ein daran orientiertes modernes medizinisches Behandlungsmanagement haben Diversifikationsprozesse ausgelöst und Kooperationen erforderlich gemacht, die Abteilungs- und Klinikgrenzen überschreiten und die Einbindung der in Praxen tätigen Kollegen über den im Belegarztsystem gewohnten Umfang hinaus voraussetzen. Diese Notwendigkeit wurde im Krankenhaus Dritter Orden früh erkannt und auch umgesetzt. So kann beispielsweise im Rahmen der sogenannten „Chest Pain Unit“ (Einheit zur Akutversorgung von Patienten mit Brustschmerz), aber auch des Onkologischen Zentrums oder des Perinatalzentrums eine Patientenbetreuung auf Maximalversorgungsni-

veau angeboten werden. Kontinuierlich steigende Patientenzahlen am Krankenhaus Dritter Orden bestätigen sowohl die Berechtigung als auch die Attraktivität dieser modernen Versorgungsmodelle.

Nach einer tabellarisch angeordneten Rückschau auf die Entwicklung des Krankenhauses präsentieren auf den folgenden Seiten die derzeitigen Chefarzte, die alle zwischen 1998 und 2010 an die Krankenhauseinrichtung des Dritten Ordens in München berufen wurden, ihre jeweilige Klinik im „Status praesens“, also im gegenwärtigen Zustand. Neben dem aktuellen Leistungsspektrum wird besonderer Wert auch auf die in jüngerer Zeit erfolgten strukturellen und personellen Entwicklungen gelegt sowie ein Ausblick auf geplante Neuerungen und angestrebte Ziele gegeben. Der Pflegedienst sowie die Klinikverwaltung komplettieren das aktuelle Porträt des Krankenhauses Dritter Orden.

Alle gemeinsam tragen zur Identität dieses Krankenhauses bei, das von einem ärztlichen Geist geprägt ist, der der bestmöglichen Behandlung der Patienten oberste Priorität gibt.

## Zeittafel

1. 2. 1912	Eröffnung des Krankenhauses (100 Betten), ärztlicher Leiter Prof. Dr. Carl Schindler
1915	Ernennung von Dr. Fritz Brunner zum Oberarzt und Leiter der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung
1927	Einweihung des Franziskushauses (Verwaltung, Ambulanz, Schule, Schwestern-Wohnheim)
1930	Einrichtung einer Abteilung für Innere Medizin, Leitung Prof. Dr. Hugo Kämmerer
1932	Erweiterung durch den Bau von 2 Pavillions für Patienten der Inneren und geburtshilflichen Abteilung Einrichtung einer modernen Röntgenabteilung in den ehemaligen Räumen der Geburtshilfe
1937	Einweihung Langbau, Erhöhung der Gesamtbettenzahl auf 320 Einrichtung einer lungenchirurgischen Station (OA Dr. Alois Scheicher)
1941	Ernennung von Dr. Erwin Schön zum leitenden Arzt der Röntgenabteilung
1951	Einrichtung eines Praxisraumes für HNO Patienten (Dr. Helmut Berg)
1955	Dr. Kurt Hauber „Chefnarkotiseur“ in Teilbeschäftigung (zusätzliche Tätigkeit in zwei anderen Münchner Krankenhäusern)
1957	Einweihung Ostflügel, Erhöhung der Gesamtbettenzahl auf 515
1959	Dr. Gert Stierlen, leitender Arzt der HNO-Belegabteilung
1963	Mit dem Ausscheiden von Prof. Dr. Alois Scheicher und Prof. Dr. Walter-Constantin Meyer Aufteilung der Chirurgischen Abteilung (230 Betten) und der Inneren Abteilung (220 Betten) in je 2 nicht schwerpunktmäßig ausgerichtete Abteilungen: 1. Chirurgische Abteilung, CA Dr. Anton Weidinger 2. Chirurgische Abteilung, CA Dr. Bernhard Permaneter 1. Innere Abteilung, CA Prof. Dr. Paul Böhm 2. Innere Abteilung, CA Dr. Johannes Venhofen Ausscheiden von Dr. Kurt Hauber, Dr. Ottmar Zierl zum Oberarzt der Anästhesie ernannt

1964	Inbetriebnahme der Nuklearmedizin, Leitung OA Dr. Nikolaus Henkel
1965	Dr. Ottmar Zierl, Chefarzt der Anästhesieabteilung
1972	Einrichtung einer Endoskopieeinheit (Dr. Heinz Asshoff, 1. Medizinische Abteilung)
1973	Einrichtung je eines internistischen und chirurgischen Intensivzimmers
1978	Bau einer interdisziplinären Notaufnahme
1979	Ernennung zum Akademischen Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München
1984	Stationierung eines Notarztwagens der Münchner Feuerwehr am Krankenhaus Dritter Orden
1985	Beginn der Generalsanierung des Krankenhauses in 3 Bauabschnitten
1987	Etablierung der Gefäßchirurgie (Dr. Thomas Holzmann, 2. Chirurgische Abteilung)
1988	Bezug von Bauabschnitt I (4 Operationssäle, Intensivabteilung, Notaufnahme, Radiologie, Physikalische Therapie, Sterilisationsabteilung)
1989	Etablierung der Onkologie (Dr. Thomas Ruhl, 1. Medizinische Abteilung)
1992	Schwerpunktmäßige Gliederung der Chirurgischen Abteilungen: Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie (CA Dr. Sieghard Garbe) Abteilung für Allgemeinchirurgie (CA Dr. Eberhard Pütterich)
1993	Bezug von Bauabschnitt II (neues Eingangsbauwerk, Verlagerung der Geburtshilfe aus dem Pavillon, 288 Betten im Neubau, Apotheke, Verwaltung) Prof. Dr. Dr. Heinz Kniha, Belegarzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
1994	Inbetriebnahme Herzkatheterlabor (Prof. Dr. Ulrich Busch, Praxis Burgstraße, Dr. Serban Dacian, Praxis Weinstraße) Einzug der Pathologie-Praxis Dr. Heinz Barth, Dr. Dieter Dienemann in das Krankenhaus
1995	Übernahme der Trägerschaft der Kinderklinik an der Lachnerstraße durch die Schwesternschaft des Dritten Ordens
1997	Bezug von Bauabschnitt III (144 Betten im sanierten Langbau, Endoskopie, Labor)
1998	Inbetriebnahme des neu gebauten 5. Operationssaales Anerkennung der 2. Medizinischen Abteilung als Behandlungszentrum für Typ-2-Diabetiker durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft
1999	Prof. Dr. Dr. Christian Gabka, Belegarzt für Plastische Chirurgie, Weiterentwicklung der Mammachirurgie in der Gynäkologischen Abteilung

2002	<p>Einzug der Kinderklinik aus der Lachnerstraße in das neu gebaute Haus mit 131 Betten mit den Chefarzten Prof. Dr. Johannes Schöber (Pädiatrie) und Prof. Dr. Stephan Kellnar (Kinderchirurgie)</p> <p>Aufnahme des Krankenhauses des Dritten Ordens in das Perinatalzentrum München</p> <p>Anschaffung eines Kernspintomographiegerätes</p> <p>Höherstufung vom Haus der Grundversorgung zum Schwerpunktkrankenhaus</p>
2004	<p>Inbetriebnahme eines 64-Zeilen-CT</p> <p>Genehmigung einer onkologischen Tagesklinik</p>
2005	<p>Eröffnung des ambulanten Operationszentrums in den ehemaligen Räumen der Geburtshilfe</p>
2006	<p>Schwerpunktmäßige Gliederung der Inneren Abteilungen:</p> <p>Abteilung für Allgemeine Innere Medizin 1, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie (CA Dr. Peter Weidinger), Abteilung für Allgemeine Innere Medizin 2, Kardiologie, Pneumologie (CA Dr. Albert Maier)</p> <p>Gründung des Radiologiezentrums Nymphenburg (Gemeinsame Radiologie mit der Maria-Theresia-Klinik und dem Krankenhaus Neuwittelsbach, dort auch Aufstellung eines PET-CT)</p> <p>Übernahme der Trägerschaft des Therapiezentrums für Essstörungen und Angliederung an die Kinderklinik</p>
2007	<p>Eröffnung Diagnose- und Therapiezentrum</p> <p>Zertifizierung der Klinik nach KTQ und proCUM Cert</p> <p>Umbenennung des Krankenhauses Dritter Orden in „Klinikum Dritter Orden“</p>
2008	<p>Zertifizierung zum Brust- und Darmzentrum (Deutsche Krebsgesellschaft)</p>
2009	<p>Bezug Erweiterungsbau (44 Betten) für die Stationen 1, 5 und 9</p> <p>Eröffnung einer Dialyse-Einheit im Klinikum (KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.)</p>
2010	<p>Errichtung eines sozialpädiatrischen Zentrums</p> <p>Aufnahme der Klinik für Unfall und Wiederherstellungschirurgie in das Traumanetzwerk Süd</p>
2011	<p>Zertifizierung zum Gynäkologischen Tumorzentrum (Deutsche Krebsgesellschaft)</p> <p>Als erste Münchner Klinik Zertifizierung zum Onkologischen Krebszentrum (Deutsche Krebsgesellschaft)</p> <p>Beginn des Erweiterungsbaues der Kinderklinik</p> <p>Genehmigung für den Bau einer Zentralen OP-Abteilung und einer Intermediate Care sowie für die Vergrößerung der Intensivabteilung, der Notaufnahme und der Radiologie</p> <p>Zertifizierung zur Chest Pain Unit (zusammen mit dem Herzkatheterlabor Nymphenburg) durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie</p>

# Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie

von Detlef Krenz

Der 100-jährigen Tradition des als chirurgische Fachklinik gegründeten Klinikums Dritter Orden aufs engste verpflichtet, bietet die Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie in den genannten Bereichen eine moderne und zukunftsorientierte operative Behandlung. Dabei spielen die heute möglichen patientenschonenden Verfahren eine große Rolle.

Die Abteilung verfügt derzeit über 84 Betten und operiert jährlich etwa 3500 Patienten mit gutartigen und bösartigen Erkrankungen des Bauchraumes (z. B. Blinddarmenzündung, Darmkrebs), des Brustkorbes (z. B. Lungentumor), der Gefäße (z. B. Durchblutungsstörungen) sowie der allgemeinen Chirurgie zuzuordnenden Leiden, etwa Schilddrüsenerkrankungen oder auch Leistenbrüche. Fünf Ober-, drei Fach- und 14 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte kümmern sich zusammen mit ca. 50 Pflegekräften um die männlichen und weiblichen Patienten. Der Chefarzt der Abteilung, Dr. med. Detlef Krenz, ist seit April 2010 im Amt.

## „Schlüssellochchirurgie“

Ein besonderer Schwerpunkt der Abteilung sind minimalinvasive, patientenschonende Operationsverfahren mit sehr kleinen Zugängen in allen Bereichen der Chirurgie. Hier sind insbesondere kolorektale Karzinom-



Dr. Detlef Krenz, Chefarzt (links), und Dr. Mathias Löppert, leitender Oberarzt

erkrankungen (Dickdarmkrebs) zu nennen, die nur in wenigen Zentren deutschlandweit bislang in dieser Operationstechnik versorgt werden können. Neben Eingriffen am Magen und an der Speiseröhre, neben Milzentfernungen und Operationen an der Leber werden auch die Ektomie des Wurmfortsatzes und der Gallenblase sowie Bruchoperationen (Leistenbruch, Narbenbruch) häufig in dieser sogenannten „Schlüssellochtechnik“ vorgenommen. Viele andere Eingriffe im Bauchraum und im Brustkorb werden in der patientenschonenden sogenannten laparoskopischen bzw. tho-

rakoskopischen Technik durchgeführt. Die Einführung des sogenannten „Fast-Track-Konzeptes“ bedeutet für die Patienten, dass belastende Darmvorbereitungen, Sonden und Drainagen keine Rolle mehr spielen. Für unsere Patienten resultieren daraus weniger postoperative Schmerzen, schnellere Erholung und ein kürzerer Aufenthalt im Krankenhaus.

## Schilddrüsenchirurgie

In der traditionell seit Carl Schindler an unserer Klinik fest verankerten Chirurgie von Schilddrüsenerkrankungen gehört die Einrichtung zu den größten ihrer Art in Deutschland. Mehr als 1000 Schilddrüsenoperationen pro Jahr zeugen von einer extrem hohen Kompetenz in diesem Bereich. Alle Eingriffe an der Struma werden in mikrochirurgischer Technik (Lupenbrille) und mit einem speziellen Neurostimulationsgerät vorgenommen, um für unsere Patienten die höchste Sicherheit zu erreichen. Auch die Chirurgie der Nebenschilddrüsen und der anderen endokrinen Organe (z.B. Nebennieren, Bauchspeicheldrüse) hat einen sehr hohen Stellenwert.

## Onkologische Viszeralchirurgie

Parallel zur Entwicklung der internistischen Onkologie stellt die onkologische Viszeralchirurgie eine zunehmende Herausforderung dar. Durch verbesserte und neue operative Techniken können viele Patienten, die früher unheilbar erkrankt waren, doch noch von einer Operation profitieren. Für die Behandlung dieser schwerkranken Patienten auf einer breiten, hochkompetenten Basis stehen neben dem Chefarzt seit 2010 zwei Oberärzte mit der Teilgebietsbezeichnung „Viszeralchirurgie“ zur Verfügung. Die moderne Intern-

sivmedizin stellt eine unabdingbare Voraussetzung dar, um diese Patienten nach aufwendigen und langen Operationen bestens nachbetreuen zu können. Die präoperative Diagnostik erfolgt durch unsere erfahrenen Radiologen mit modernsten Techniken (MRT, PET-CT). In der Tumorkonferenz werden zusammen mit Internisten und Strahlentherapeuten die optimalen Behandlungskonzepte festgelegt. Hierbei sind auch die unterstützenden Bereiche wie Sozialdienst, Physikalische Therapie, Psychoonkologie und Seelsorge vertreten, um allen Aspekten der Erkrankung gerecht werden zu können.

Diese Zusammenarbeit sowie die Erfüllung strenger Qualitätskriterien war die Voraussetzung für die Zertifizierung des Klinikums als Onkologisches und Darmkrebszentrum nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft.

## Gefäßzentrum und Thoraxchirurgie

Aufgrund der zunehmenden Zahl gefäßchirurgischer Leistungen konnte neben dem leitenden Oberarzt der Klinik eine Gefäßchirurgin akquiriert werden. In angiologischen Kolloquien und weiteren Besprechungen werden gemeinsam mit den Radiologen und einer im Diagnose- und Therapiezentrum praktizierenden, niedergelassenen Angiologin (Fr. Dr. Gabriele Betzl) individuelle Behandlungsstrategien festgelegt. Somit werden die strukturellen Voraussetzungen, die vom gemeinsamen Bundesausschuss für Gesundheit zur Einrichtung eines Gefäßzentrums gefordert werden, optimal dargestellt. Gemeinsame Initiativen (z.B. Einrichtung einer Gefäßsportgruppe) bilden das moderne Konzept einer Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Bereich ab. Die enge Zusammenarbeit

mit dem Wundmanagement und dem Sozialdienst gewährleistet eine umfassende Betreuung dieser chronisch kranken Patienten.

Eingriffe im Brustkorb (Thoraxchirurgie) bei gut- und bösartigen Erkrankungen der Pleura und der Lunge gehören ebenfalls zum Leistungsspektrum der Abteilung. Bevorzugt werden auch hier minimalinvasive Operationen, wann immer möglich. Um Lungentumoren sicher entfernen zu können, sind häufig offene Operationen am Brustkorb erforderlich. Dazu sind spezielle Leistungen unserer Anästhesisten unabdingbar (getrennte Beatmung beider Lungen, Nachbeatmung). Ein Kooperationsvertrag mit dem Thoraxchirurgischen Zentrum München stellt die guten Beziehungen auf eine strukturierte Basis, sodass in komplizierten Fällen ein schneller Kontakt und ggf. die kurzfristige Verlegung möglich ist.

## Grundversorgung

Abgerundet wird dieses Angebot an sektoralen Spitzenleistungen durch die mit ebensolcher Sorgfalt vorgenommenen Eingriffe der Grund- und Regelversorgung. Neben den meist ebenfalls in minimalinvasiver Technik durchgeführten Operationen des „Blinddarmes“ und der Gallenblase bietet die Klinik im ambulanten Operationszentrum die Möglichkeit tageschirurgischer Eingriffe an (z. B. Leistenbrüche, Portkatheterimplantationen, Varizen, Shuntchirurgie, Schrittmacherimplantationen).

Die kontinuierliche Anwesenheit eines Assistenzarztes der Abteilung in der Notaufnahme stellt sicher, dass zu jedem Zeitpunkt und rund um die Uhr auch spezielle Fragestellungen beantwortet werden können. Die

ständige OP-Bereitschaft gewährleistet in Notfallsituationen eine unverzügliche Operation.

## Spezialsprechstunden und Weiterbildung

In speziellen Sprechstunden stehen unseren Patienten spezialisierte Ansprechpartner zur Verfügung. Die enge Zusammenarbeit des terminplanenden Sekretariates mit den Ärzten sorgt für eine straffe Organisation und geringe Wartezeiten.

In regelmäßigen Veranstaltungen für Patienten und für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen informieren wir über das breitgefächerte Angebot unserer Abteilung. Daneben führen wir überregionale Fortbildungen zu speziellen Themen (z. B. minimalinvasive Chirurgie) durch.

Die gut strukturierte Weiterbildung der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sichert die medizinische Qualität der Klinik ebenso wie der regelmäßige Besuch von regionalen, nationalen und internationalen Kongressen. Externe Hospitationen und Operationskurse sorgen dafür, dass Weiterentwicklungen in der Chirurgie kritisch begutachtet werden und auch bei uns ggf. in die tägliche Praxis Eingang finden. So ist z. B. seit 2011 die sogenannte „Single-Port-Chirurgie“ (d. h. minimalinvasive Operationen über einen einzigen kleinen Zugang) Routine bei Gallenblasenoperationen geworden. Minimalinvasive Operationen an der Leber werden in naher Zukunft ebenso Teil des Leistungsspektrums sein wie Single-Port-Eingriffe am Dickdarm.

Die strukturierte Aus- und Weiterbildung der jungen Kolleginnen und Kollegen ist auch ein entscheidender Faktor für zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Hohe Motivation und Zufriedenheit bei der Arbeit sorgen für eine Atmosphäre, in der sich die Patienten gut aufgehoben fühlen. Die hervorragende Zusammenarbeit mit der Pflege und den Supportivbereichen trägt ihren Teil dazu bei. Der Blick für mögliche Verbesserungen in allen Bereichen der Chirurgie, der Pflege und auch der Ablauforganisation wird bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stets gefördert. Flache Hierarchien und eine sehr gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten sorgen dafür, dass keine gute Idee verloren geht.

So sieht sich die Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie gut gerüstet für die Entwicklungen der kommenden 100 Jahre.

## Ärzte team

Chefarzt:	Dr. Detlef Krenz	Chirurg, Viszeralchirurg, Proktologie, spezielle chirurgische Intensivmedizin, ärztliches Qualitätsmanagement
Ltd. Oberarzt:	Dr. Mathias Löppert	Chirurg, Gefäßchirurg
Oberärzte/innen:	Dr. Karin Ohaus	Chirurgin, Viszeralchirurgin
	Dr. Peter Kapfhammer	Chirurg, Viszeralchirurg
	Dr. Korbinian Wiesend	Chirurg
	Dr. Martina Heilmeier	Gefäßchirurgin
Fachärztinnen:	Tina Fuchs	Chirurgin
	Dr. Inke Lemberg	Chirurgin
	Dr. Tanja Morant	Chirurgin
14 Assistenzärzte/innen		

## Weiterbildungsermächtigung

Für den Chefarzt ist bisher als „Starteffekt“ nach Neubesetzung der Stelle nur die Ermächtigung für die Basischirurgie und eine Teilermächtigung für Viszeralchirurgie vergeben. Beantragt sind die volle Zulassung für Viszeralchirurgie, Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie.

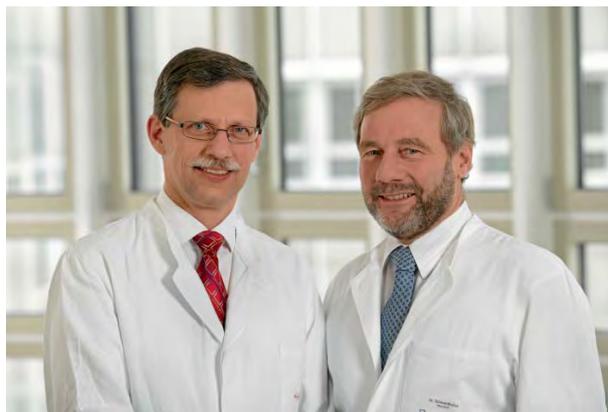
# Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

von Nikolaus Rank

Die Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin ist für die Durchführung der Narkosen und anderer Anästhesieformen sowie für die perioperative Betreuung aller Patienten des Klinikums verantwortlich. Das Aufgabenspektrum erstreckt sich von der Begleitung der Mütter während der Geburt über die anästhesiologische Betreuung von Früh- und Neugeborenen im Dienste einer komplexen Fehlbildungschirurgie bis zur anspruchsvollen Betreuung multimorbider Patienten in hohem Lebensalter und umfasst grundsätzlich das breite Spektrum der zum Teil aufwendigen operativen Eingriffe am Klinikum Dritter Orden.

## Akzente in Anästhesie und Intensivmedizin

Ein weiterer Akzent liegt in der patienten- und eingriffsorientierten Schmerzausschaltung mit den unterschiedlichsten Verfahren der modernen Anästhesieführung, weit über den Zeitpunkt der Operation hinaus. Mit einer wirksamen Schmerztherapie können postoperative Schmerzfreiheit oder zumindest eine weitgehende Schmerzlinderung und eine raschere Genesung erreicht werden. Eine spezielle Aufgabe in diesem Zusammenhang stellt sich der Anästhesie auch in der Geburtshilfe: So ist die Anlage eines Periduralkatheters ein wesentlicher Bestandteil des Konzeptes der „sanften“ Geburt. Zur Optimierung der Schmerz-



Dr. Nikolaus Rank, Chefarzt (links), und Dr. Gerhard Schwarzfischer, leitender Oberarzt

therapie führen die Anästhesisten bei den betroffenen Patienten auch regelmäßige Visiten durch.

Der zweite Schwerpunkt der Klinik liegt in der intensivmedizinischen Betreuung schwerkranker Patienten aus den operativen Abteilungen, wobei moderne Therapie- und Organersatzverfahren zum Einsatz gelangen. Neben der postoperativen Intensivtherapie nach großen abdominal-, gefäß-, thorax- und unfallchirurgischen Eingriffen werden auch Risikopatientinnen der Geburtshilfe nach der Entbindung überwacht und

betreut. Hierbei werden sämtliche gängigen Therapieverfahren wie künstliche Beatmungsformen, Nierenersatzverfahren sowie medikamentöse Herz-Kreislauf-Unterstützungen angewandt.

### **Blutbank und Notfalldienst**

Die hauseigene Blutbank unterliegt ebenfalls der fachlichen Betreuung der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin. Ein besonderes Angebot für Patienten mit geplanten Operationen besteht in der Abnahme und Bereitstellung von eigenem Blut, das dem Patienten bei Bedarf retransfundiert werden kann (Eigenblutspende).

Die im sogenannten Reanimationsdienst zusammengefasste Notfallversorgung im Klinikum Dritter Orden wird von den Anästhesisten organisiert und in Zusammenarbeit mit den Internisten sichergestellt. Die notfallmedizinische Weiterbildung für alle Mitarbeiter des Hauses und die Organisation des Notarztdienstes für den am Klinikum stationierten Notarztwagen der Münchner Feuerwehr ergänzen das Aufgabenspektrum der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin.

### **Neuerungen seit 2003**

Mit der Übernahme der Chefarztposition durch Dr. Nikolaus Rank im Jahr 2003 wurde unter seiner Leitung ein OP-Management mit Satzung, OP-Kommission und stringenter OP-Koordination für die einzelnen Operationsbereiche entwickelt, das sich seither ausgesprochen gut bewährt.

Zu den Neuerungen der letzten Jahre zählen eine ganze Reihe von modernsten Diagnostik- und Thera-

pieverfahren. So wurden etwa die Anlage von Gefäßkathetern und peripheren Regionalanästhesien durch ultraschallbasierte Punktionstechniken wesentlich sicherer gemacht. Die Tiefe einer Narkose kann durch Registrierung der Hirnstromkurve (Elektroenzephalographie, EEG) wesentlich besser abgeschätzt werden. Mit dieser Neuerung kann ein ungewolltes Erwachen des Patienten („awareness“) ebenso verhindert werden wie eine unnötig tiefe Narkose.

In der intensivmedizinischen Betreuung wurde die Hypothermie, d.h. das kontrollierte Absenken der Körperkerntemperatur des Patienten speziell nach Reanimation (Wiederbelebung) etabliert. Nach Kreislaufstillständen mit Minderversorgung des Gehirns mit Sauerstoff und nachfolgender Reanimation können damit neurologische Schäden im Gehirn abgemildert oder sogar verhindert werden. Des Weiteren wurde eine spezielle Nierenersatztherapie eingeführt, die bei blutungsgefährdeten Patienten, insbesondere nach Operationen, ein deutlich geringeres Blutungsrisiko hat.

Die Messung des Herzzeitvolumens mit der Pulskonturanalytik (PiCCO: Pulse Contour Cardiac Output) lässt eine relativ einfache, sichere und vor allem kontinuierlich messbare Überwachung des Herz-Kreislauf-Systems inklusive der Pumpfunktion des Herzens zu. Sie hat die herkömmliche Methode der invasiven Messung mittels Pulmonalkatheter abgelöst. Die Sicherheit von Blutgruppenbestimmungen wurde mit der Einführung eines vollautomatischen Systems zur Immunhämatologie in der Blutbank weiter gesteigert.

Zur Verbesserung der Patientenversorgung sollen auch die geplante Anschaffung einer intraaortalen Ballonpumpe zur mechanischen Kreislaufunterstützung bei kardiogenem Schock sowie der Einsatz einer ex-

trakorporalen Lungenunterstützung (interventionelle Lungenassistentz) bei Patienten mit speziellen Lungen-erkrankungen beitragen.

Die bei den Patienten nicht selten mit Angstgefühlen verbundene Begegnung mit der Anästhesie erfordert ein besonderes ärztliches Verständnis. Mit dem Aufbau einer sogenannten Anästhesieambulanz mit eigenen Räumen und entsprechender personeller Besetzung können die gestiegenen Anforderungen an die präoperative Vorbereitung und Aufklärung mittlerweile optimal erfüllt werden. Seit 2011 besteht zusätzlich die Möglichkeit einer audiovisuellen Information der Patienten.

Aufgrund der steigenden Qualitätsanforderungen, der zunehmenden Fallzahlen und der Vermehrung von dezentralen selbständigen Arbeitsplätzen wurde die Anzahl der Fachärzte dieser Klinik von ursprünglich sechs auf aktuell 16 Mitarbeiter erhöht. Auch konnten drei weitere Ärzte die Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ erwerben.

Eine um das Wohlergehen der Patienten bemühte Medizin ist ohne ein enges und gut aufeinander abgestimmtes Zusammenwirken mit den Pflegekräften nicht denkbar. Dies gilt in besonderem Maß für die Anästhesie und die Intensivmedizin.

## Ärzte team

Chefarzt:	Dr. Nikolaus Rank	Anästhesist, Intensivmedizin
Ltd. Oberarzt:	Dr. Gerhard Schwarzfischer	Anästhesist, Transfusionsmedizin, Intensivmedizin
Oberärzte/innen:	Silvia Waldmann	Anästhesistin
	Dr. Alexander Nebauer	Anästhesist, Intensivmedizin
	Dr. Torsten Meenken	Anästhesist
	Gerhard Bielmeier	Anästhesist
	Christian Rabis	Anästhesist
Fachärzte/innen:	Dr. Thomas Bach	Anästhesist
	Dr. Susanne Bielefeld	Anästhesistin
	Gabriele Dyszak	Anästhesistin
	Dr. Kristina Gebele	Anästhesistin
	Dr. Isabel Kömives	Anästhesistin
	Dr. Barbara Manthey	Anästhesistin
	Dr. Elke Mardeck	Anästhesistin
	Barbara Stier	Anästhesistin
	Dr. Markus Süß	Anästhesist
	Dr. Michelle Ulrich	Anästhesistin
19 Assistenzärzte/innen		

## Weiterbildungsermächtigungen

- ◆ Facharzt für Anästhesie 60 Monate
- ◆ Zusatzweiterbildung Intensivmedizin 24 Monate
- ◆ Weiterbildung zum Facharzt für Transfusionsmedizin
- ◆ Weiterbildung für Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- ◆ Weiterbildung Transfusionsmedizin 6 Monate

# Klinik für Gelenkersatz, orthopädische Chirurgie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

von Manfred Vonderschmitt

Die Klinik für Gelenkersatz, orthopädische Chirurgie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie verfügt über 81 Betten und führt zu etwa gleichen Anteilen orthopädische und unfallchirurgische und wiederherstellende Behandlungen durch. Im Jahr 2010 wurden über 3200 Patienten stationär und über 22 000 Patienten ambulant behandelt. Für die Operationen aus den genannten Sektoren steht im Klinikum Dritter Orden ein eigens dafür eingerichteter Operationssaal zur Verfügung. Kleinere operative Eingriffe und Operationen mittleren Ausmaßes lassen sich auch im ambulanten Operationszentrum ausführen.

## Orthopädische Chirurgie

Der traditionelle Schwerpunkt der hier präsentierten Klinik liegt in der Durchführung nahezu sämtlicher planbarer operativer Eingriffe der orthopädischen Chirurgie, von denen die Implantation von künstlichen Hüft- und Kniegelenken zweifellos den größten Anteil ausmachen. Die operative Einpflanzung von Hüft- und Kniegelenksprothesen erfolgt in Techniken, die eine schnelle und schmerzfreie Beweglichkeit des Patienten ermöglichen. Dadurch werden lange Rehabilitationszeiten vermieden und eine rasche Rückkehr in das Berufsleben ermöglicht. Vom derzeitigen Chefarzt wurde das Spektrum des Gelenkersatzes auf das Schul-



Dr. Manfred Vonderschmitt, Chefarzt (links), und Dr. Achim Schupp, leitender Oberarzt

tergelenk erweitert, was sowohl Patienten mit Gelenkverschleiß als auch Unfallverletzten zugute kommt. Für den Gelenkersatz werden hochwertige, meist aus Titan gefertigte Implantate verwendet, die überwiegend ohne Zement eingebracht werden. Dadurch werden hervorragende Langzeitergebnisse erzielt. Bisweilen unvermeidbare Revisionseingriffe bei der Auslockerung von künstlichen Gelenken oder auch die Korrektur von Kniegelenksprothesen mit teilgekoppelten oder vollgekoppelten Prothesen gehören ebenfalls zum operativen Standardrepertoire.

Ein weiterer Akzent liegt heute naturgemäß auch auf den arthroskopischen Operationen, die bei Verletzungen, speziell aus dem Bereich der Sportmedizin, zum Einsatz kommen. Hierunter fallen zum Beispiel Meniskusrefixationen oder -teilresektionen, die Korrektur von Knorpelverletzungen mit und ohne Knorpelknochen- transplantation, Kreuzbandersatzplastiken sowie auch Eingriffe bei Erkrankungen der Kniescheiben mit stellungskorrigierenden operativen Maßnahmen. Neben dem Kniegelenk werden auch akute und chronische Verletzungen oder Erkrankungen des Schultergelenkes arthroskopisch behandelt, so zum Beispiel sogenannte Engpasssyndrome mittels arthroskopischer subakromialer Dekompression und Akromioplastiken, oder auch akute und chronische Defekte im Bereich der Rotatorenmanschette. Hierher gehören auch die arthroskopischen Pfannenrand- oder Labrumfixationen bei Schulterluxationen.

Freie Gelenkkörper und Einklemmungssyndrome nach Bandverletzungen, Arthrosen und Fehlstellungen im Bereich der Ellenbogengelenke, der oberen oder unteren Sprunggelenke sowie gelegentlich auch der Hüftgelenke ergänzen das arthroskopische Operationsspektrum.

### **Unfallchirurgie im Traumanetzwerk**

Einen zweiten Schwerpunkt bildet mittlerweile die Unfallchirurgie. Auf dem Gebiet der operativen Versorgung von Unfallverletzten hat sich ein beeindruckender Wandel vollzogen. Im Jahr 2006 wurden sämtliche aus Stahl gefertigten Implantate durch winkelstabile Titanimplantate ersetzt, die neben dem Vorteil der Winkelstabilität auch den der besseren anatomischen Formgebung bieten.

Die Klinik versorgt sämtliche Akutfälle, inklusive der Wirbelsäule und des Beckens, sowie Mehrfachverletzte nach modernen Operationsverfahren.

Für notwendig werdende neurochirurgische Eingriffe, die am Klinikum Dritter Orden nicht durchgeführt werden, besteht eine enge Kooperation mit der neurochirurgischen Abteilung des Städtischen Klinikums Bogenhausen (Leitung: Prof. Dr. B. Lumenta) und mit der unfallchirurgischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Leitung: Prof. Dr. W. Mutschler) an der Nußbaumstraße.

Die kompetente Betreuung von Schwerverletzten wurde der Klinik mit der Zertifizierung als lokales Traumanetzwerk und der damit verbundenen Aufnahme in das Traumanetzwerk München Oberbayern Süd am 15.12.2010 bestätigt. Im Rahmen dieser Zertifizierung haben sowohl der Chefarzt als auch die Oberärzte den ATLS-Kurs (Advanced Trauma Life Support) erfolgreich absolviert. Es handelt sich dabei um ein hochmodernes Ausbildungskonzept zur Behandlung von Schwerverletzten nach standardisierten diagnostischen und therapeutischen Abläufen in der innerklinischen Erstversorgung von polytraumatisierten Patienten im Schockraum. Die Hauptaufgabe der im Traumanetzwerk beteiligten Kliniken ist die Umsetzung der Vorgaben des Weißbuches zur Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie aus dem Jahr 2006.

Der derzeitige Chefarzt ist auch Durchgangsarzt der Berufsgenossenschaften. Damit ist die Klinik auch zum sogenannten Verletztenartenverfahren nach § 6 zugelassen.

## Wiederherstellungschirurgie

Im Rahmen der klassischen Wiederherstellungschirurgie werden zahlreiche stellungskorrigierende Eingriffe bei Valgus- und Varus-Fehlstellungen der Beine (X- oder O-Bein-Fehlstellung) durchgeführt, ebenso wie Osteotomien zur Verlängerung und Verkürzung von oberen und unteren Extremitäten sowie auch die Versteifung von Gelenken und Revisionsoperationen bei ausbleibender Knochenbruchheilung (Pseudarthrosen = Falschgelenk). Weichteildefekte werden durch lokale Lappenplastiken (Verschiebelappen, Rotationsplastiken, freie Hauttransplantationen) geschlossen. Auch Ersatzplastiken oder Rekonstruktionen von Sehnen gehören zum operativen Angebot. Stellungskorrigierende Eingriffe zum Beispiel bei Hallux valgus, Hallux rigidus oder anderen Fußdeformitäten hat der derzeitige Klinikleiter nach erfolgreicher Zertifizierung durch die Gesellschaft für Fußchirurgie eingeführt.

Die Behandlung von akuten wie chronischen Wirbelsäulenerkrankungen geschieht konservativ, minimal-invasiv oder auch offen operativ. Die Aufrichtung von frischen oder degenerativen Wirbelkörperfrakturen mittels Kyphoplastie, der Teilersatz von Wirbeln mit Titanimplantaten oder die minimalinvasive Stabilisation mit einem inneren Spanner (Fixateur interne) seien hier genannt. Facetteninfiltrationen, iliosakrale- und epidurale Infiltrationen sowie selektive Wurzelblockaden zur konservativen Therapie von Wirbelsäulenerkrankungen runden das Spektrum ab.

Handchirurgische Eingriffe umfassen die operative Behebung von Nervenkompressionssyndromen beim Karpaltunnel- oder Ulnarissyndrom sowie eine Großzahl von Weichteiloperationen zum Beispiel bei sogenanntem schnellendem Finger oder krankhaften

Veränderungen der Aponeurose der Hand (Dupuytren'sche Kontraktur). Arthroskopien des Handgelenkes und die Korrektur von Fehlstellungen werden ebenfalls durchgeführt.

## Diagnostik und Nachbetreuung

Basis für die Behandlung und Durchführung aller Maßnahmen ist eine umfassende radiologische Diagnostik, die in der Klinik für Radiologie mit der Computertomographie-Diagnostik rund um die Uhr, der 3D-Rekonstruktion und der Kernspintomographie zur Verfügung steht.

Bei der Versorgung sowohl von akuten Verletzungen wie auch von chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates spielen biomechanische Überlegungen und Aspekte eine entscheidende Rolle. Bei gemeinsamen Krankenvisiten und in Besprechungen mit den Mitarbeitern der Physikalischen Therapie (Leitung: Petra Winkler) werden daher individuell abgestimmte Behandlungspläne entwickelt. Die engagierte und konsequente Umsetzung durch die Physiotherapeuten und die aufopferungsvolle Unterstützung durch die Mitarbeiter der Pflege tragen entscheidend zum Therapieerfolg bei.

## Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Sowohl das Behandlungsmanagement von Unfallverletzten als auch die orthopädisch-operative Therapie unterliegen einem dynamischen Wandel. Gezielte Fortbildungen und auch Hospitationen in anderen Spezialeinrichtungen ermöglichen es unserer Klinik, sinnvolle Neuerungen rasch umzusetzen. Die vor einigen

Jahren durchgeführte Zusammenführung des früheren Facharztes Orthopädie und des Teilgebietes Unfallchirurgie zum neuen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie hat zu getrennten Bereitschaftsdiensten der chirurgischen Abteilungen geführt. Deshalb wurde die Anzahl der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte an dieser Klinik auf 15 erhöht. Um die Versorgung der Patienten zu optimieren, leisten die Assistenzärzte tagsüber einen Schichtdienst von 7.00 Uhr bis 20.30 Uhr.

## Ärzte team

Chefarzt:	Dr. Manfred Vonderschmitt	Chirurg, Unfallchirurg, D-Arzt, Sportmedizin, Notfallmedizin, spezielle Unfallchirurgie
Ltd. Oberarzt:	Dr. Achim Schupp	Chirurg, spezielle Unfallchirurgie, Notfallmedizin
Oberärzte/innen:	Elger Gottschlich	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
	Dr. Peter Kleekämper	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

15 Assistenzärzte/innen

## Weiterbildungsermächtigungen

- ◆ Basisweiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie im Sinne des sogenannten „Common trunk“: 2 Jahre
- ◆ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie: 3 Jahre
- ◆ Schwerpunktweiterbildung Unfallchirurgie: 2 Jahre
- ◆ Schwerpunktweiterbildung spezielle Unfallchirurgie: 3 Jahre

# Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

von Franz Edler von Koch

In der 60 Betten umfassenden Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Dritter Orden sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt 24 Ärzte tätig (Chefarzt, sieben Oberärzte, zwei Fachärztinnen und 14 Assistenzärzte). Das damit mögliche breite Behandlungsspektrum umfasst alle etablierten gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen sowie die dazugehörenden konservativen Maßnahmen. Unser auf aktuelle wissenschaftliche Standards abgestimmtes Therapiekonzept berücksichtigt hierbei stets die für unsere Patientinnen schonendsten Verfahren. Schwerpunkte sind beispielsweise minimalinvasive Operationen bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen, Eingriffe zur Behandlung von Blaseninkontinenz und Senkungszuständen der Gebärmutter sowie Brusteingriffe, speziell brusterhaltende Therapien.

## Spezialsprechstunden, Diagnose und Überwachung

Gemäß den oben genannten Schwerpunkten bieten wir neben neben der onkologischen und der Brustsprechstunde auch Spezialsprechstunden mit urodynamischer Untersuchung für sogenannte Beckenboden- und Inkontinenzpatientinnen an. Zum Angebotsspektrum zählt auch eine Sprechstunde bei Risikokonstellationen in der Schwangerschaft.



Dr. Wolfgang Talsky, leitender Oberarzt (links), und Dr. Franz Edler von Koch, Chefarzt

Zur Abklärung von Krankheitszuständen und zur Überwachung von Patientinnen und Gebärenden stehen modernste Verfahren zur Verfügung:

- ◆ Vaginaler und abdominaler Ultraschall mit hochmodernen Geräten inklusive 3D/4D-Sonographie (z. B. GE Voluson E8 Expert)
- ◆ Dopplersonographie
- ◆ Urodynamischer Messplatz
- ◆ Kineto-Kardiotokographie mit zentraler Übertragung (Trium-Viewpoint)
- ◆ Telemetrie
- ◆ Fruchtwasseruntersuchung etc.

## Gynäkologie

Für das breite Spektrum gynäkologischer Erkrankungen wenden wir auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Standards hochmoderne Therapiekonzepte an. Neben den infrage kommenden konservativen Therapieoptionen umfasst unser Leistungsspektrum alle etablierten gynäkologischen Operationen, insbesondere

- ◆ minimalinvasive Chirurgie bei allen gutartigen Erkrankungen des inneren Genitales wie Myomen, Eierstockzysten und -neubildungen, Endometriose, Abszessanierung, Verwachsungslösung, Eileiterschwangerschaft
- ◆ minimalinvasive Chirurgie über Bauchspiegelung bei bösartigen Erkrankungen des inneren Genitales wie Zervix- und Uterusmalignomen
- ◆ operative Hysteroskopie
- ◆ Lasertherapie bei Dysplasien und Condylomen
- ◆ „Single Incision“ Bauchspiegelung (narbenfreie Chirurgie) bei benignen und malignen Erkrankungen des inneren Genitales
- ◆ Eingriffe via Bauchschnitt bei bösartigen Veränderungen des inneren Genitales (Gebärmutter-, Eierstock- und Eileiterkrebs), ggf. mit Entfernung von Lymphknoten (iliakal, paraaortal), Omentektomie, Operation bei Zervixkarzinom, Debulkingoperation mit kompletter Deperitonealisierung inklusive Darmteilresektion mit Anastomose oder Stoma, Organexstirpation/Teilexstirpation, ggf. in Kooperation mit unserer chirurgischen Klinik
- ◆ Vulvateilresektion, Vulvektomie, Wide Excision, inguinale Lymphonodektomie
- ◆ Operationen bei Harninkontinenz und Senkung des Genitales, inklusive Schlingen- und Bandimplantationen, Harnröhrenunterspritzungen und Scheidenfixierungsverfahren

- ◆ Mamma- und Axillachirurgie mit Sentinellymphknotenverfahren axillär und inguinal

Für kleine Eingriffe steht unserer Klinik das organisatorisch effektive Ambulante Operationszentrum (AOZ) mit fest eingeplanten OP-Kapazitäten zur Verfügung. Im notwendigen Fall kann jederzeit eine stationäre Behandlung angeschlossen werden.

Eingebunden in die sich hier vorstellende Klinik ist ein interdisziplinäres, erfolgreich rezertifiziertes Brustzentrum. Durch die so geschaffenen Strukturen wird neben einer leitliniengerechten, qualitätsgesicherten Diagnostik und operativen Therapie auch die onkologische- und strahlentherapeutische Behandlung bis hin zur palliativen Begleitung gewährleistet.

Von November 2009 bis Mai 2011 konnten die Voraussetzungen zur Zertifizierung des gynäkologischen Tumorzentrums geschaffen und die Visitation erfolgreich bestritten werden. Klinikintern wurde Oberärztin Dr. Simone Weiser mit der Leitung dieses gynäkologischen Tumorzentrums betraut. Das onkologische Behandlungsspektrum konnte unter anderem um die chirurgische Therapie des Vulvakarzinoms einschließlich Sentinel-Verfahren sowie die laparoskopische pelvine- und paraaortale Lymphonodektomie bei Uterusmalignomen erweitert werden.

Die gynäkologischen Behandlungs- und Operationszahlen sind wie bereits in den Jahren vor dem Chefarztwechsel weiter gestiegen.

Für das laufende Jahr 2011 kann im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ein Anstieg der DRG Fälle um 72 (2 %) sowie der stationären Operationen um 15 % und der ambulanten Operationen um 16 % registriert werden.

Um dem wachsenden Bedarf auch räumlich gerecht zu werden, wurde die Öffnung eines weiteren Zweibettzimmers sowie ein Umbau genehmigt, der eine neue räumliche Organisation des Brustzentrums sowie der Untersuchungs- und Arztzimmer ermöglicht.

### Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Ein anderer bereits im Namen anklingender Schwerpunkt unserer Klinik ist die Geburtshilfe und die zum engeren Zeitpunkt um die Geburt gehörende Perinatalmedizin. Seit der Implementierung des Perinatalzentrums im neuen Gebäude erreichte die Klinik hier eine herausragende Beliebtheit bei den bayerischen Familien. Eine Stärke des Perinatalzentrums ist die direkte räumliche Nähe von Früh- und Neugeborenenversorgung einschließlich Intensivstation zum Kreißsaal sowie der direkt in den Entbindungsbereich integrierte Operationssaal für Sectios (Kaiserschnitt). Die Klinik ist als Perinatalzentrum der höchsten Stufe anerkannt. Im Jahr 2010 sind die Geburtenzahlen mit 2207 Entbindungen in unserem Kreißsaal erneut leicht angestiegen.

In der Geburtshilfe muss das hohe Aufkommen von Gebärenden weiterhin durch eine frühzeitige Anmeldung geregelt werden. Dabei übersteigt die Zahl der Anfragen das Entbindungskontingent teilweise um 100 %. Um die Versorgung der Familien weiter zu verbessern und der hohen Nachfrage besser gerecht zu werden, wurde im September 2011 der geplante Ausbau der Geburtshilfe mit Erweiterung um zwei Kreißsäle, einen zusätzlichen Überwachungsraum und vier Ein- bis Zweibettzimmer begonnen. Dieser wird voraussichtlich mindestens 18 Monate in Anspruch nehmen.

Nachdem im November 2009 Dr. Franz Graf von Buquoy in seinen wohlverdienten Ruhestand ging,

## Ärzteam

Chefarzt:	Dr. Franz Edler von Koch	Gynäkologe, Geburtshilfe und Perinatalmedizin, gynäkologische Onkologie
Ltd. Oberarzt:	Dr. Wolfgang Talsky	Gynäkologe
Oberärzte/innen:	Dr. Gisela Hauskrecht	Gynäkologin
	Oliver Steinkohl	Gynäkologe
	Peter Braun	Gynäkologe
	Dr. Simone Weiser	Gynäkologin
	Dr. Heike Mutz	Gynäkologin
	Tanja Rübemann	Gynäkologin
Fachärztinnen:	Antje Mainka	Gynäkologin
	Dr. Nadin Vögtle	Gynäkologin
14 Assistenzärzte/innen		

wurde die Chefarztstelle der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Dr. Franz Edler von Koch, zuvor Oberarzt am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität Standort Großhadern, neu besetzt. Diese Neubesetzung brachte für die Abteilung einige strukturelle sowie personelle Neuerungen mit sich. So wurde mit der Umstellung des Oberarztendienstes von der Rufbereitschaft auf einen Anwesenheitsdienst eine weitere Facharztstelle geschaffen.

Auf eine weiterhin erfolgreiche Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen unseres Hauses sowie unseren niedergelassenen Kollegen freut sich das gesamte Team der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe.

### Weiterbildungsermächtigungen

- ◆ Frauenheilkunde und Geburtshilfe 60 Monate
- ◆ Schwerpunktbezeichnung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin wird 2012 beantragt.

# Medizinische Kliniken

von Andreas Eigler und Albert Maier

Die Kliniken für Innere Medizin stellen derzeit mit 220 Betten die größte Fachrichtung im Klinikum Dritter Orden dar. Sie sind seit 2006 schwerpunktmäßig gegliedert, wobei den jeweiligen Teilgebieten in beiden Kliniken der Schwerpunkt „Allgemeine Innere Medizin“ übergeordnet wurde. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass eine stetig wachsende Zahl insbesondere älterer Patienten mit verschiedenen Erkrankungen stationär behandelt wird, wozu neben dem Fachwissen und den technischen Fertigkeiten der Spezialisten der Überblick der sogenannten Generalisten unverzichtbar ist. Beide derzeitigen Chefärzte, Professor Dr. Andreas Eigler und Dr. Albert Maier, haben ihre Ausbildung zum Internisten in der Medizinischen Klinik Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München absolviert. Beide haben den Wert einer umfassenden Kenntnis der gesamten Inneren Medizin schätzen gelernt, bevor sie zusätzliche Fähigkeiten in ihrem jeweiligen Teilgebiet erworben haben. Sie haben auch die Oberärztinnen und Oberärzte ihrer Abteilungen nach diesen Gesichtspunkten ausgewählt. Dies bedeutet, dass in beiden Kliniken einerseits Patienten mit allen internistischen Krankheitsbildern kompetent betreut werden können und andererseits im Bedarfsfall der jeweilige Spezialist auf kürzestem Weg zur Beratung und zur Durchführung seiner teilgebietspezifischen Diagnose- und Therapiemaßnahmen zur Verfügung steht. Durch die enge Verzahnung beider Kliniken ist eine optimale Betreuung polymorbider Patienten möglich.

Ein reibungsloses Rotationssystem garantiert den Assistenzärzten die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin innerhalb der vorgeschriebenen Zeit. Anschließend ist die Weiterbildung in einem Teilgebiet möglich.

# Klinik für Innere Medizin I

## Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie

von Andreas Eigler

In der Klinik für Innere Medizin I werden Patienten mit allen internistischen Erkrankungen behandelt. Die Betreuung der Patienten findet auf fünf Stationen, in der Tagesklinik sowie gemeinsam mit Kollegen der Klinik für Innere Medizin II auf der Intensivstation und in der Notaufnahme statt. Fachliche Schwerpunkte der Klinik für Innere Medizin I sind die Gastroenterologie, die Hämatologie und die internistische Onkologie sowie die Versorgung der internistischen Patienten der Notaufnahme. Der Chefarzt ist überdies organisatorischer Leiter des Gesamtlabors und hat auch die fachliche Verantwortung für die klinisch-chemische Abteilung.

### Entwicklung seit 2008

Die Zunahme endoskopischer Untersuchungen und die Einführung neuer Methoden hatten die Einrichtung eines dritten Endoskopieraumes erforderlich gemacht. Im Rahmen der dafür nötigen Umbaumaßnahmen wurde die Überwachung von Patienten nach endoskopischen Untersuchungen den 2008 erschienenen Leitlinien angepasst. Zusätzlich wurde eine 24-Stunden-Rufbereitschaft für endoskopische Notfalluntersuchungen und Notfalleingriffe etabliert. Diese Neuerungen bedingten die Schaffung einer weiteren Oberarztstelle für die Endoskopie.



Prof. Dr. Andreas Eigler, Chefarzt (links), und Dr. Stephan Weidenhöfer, leitender Oberarzt

Zur Optimierung der Betreuung onkologischer Patienten wurden die bisher auf zwei Stationen verteilten tagesklinischen Plätze in einer neu eingerichteten Einheit zusammengefasst. Außerdem wurde der zunehmenden Anzahl von Tumorpatienten durch Schaffung einer dritten onkologischen Schwerpunktstation Rechnung getragen. Dabei wird nach wie vor darauf geachtet, auf diesen Stationen auch Patienten mit anderen Erkrankungen zu betreuen. Die durch die Deutsche Krebsgesellschaft erfolgten Zertifizierungen zum Darmzentrum (2008) und zum Onkologischen Krebszentrum (2011) waren Anlass, die medikamentöse Tumorthherapie aller Fachabteilungen des Hauses unter der Zuständigkeit

der Oberärzte der 1. Medizinischen Klinik durchführen zu lassen. Auch hierfür wurde ein weiterer Oberarzt eingestellt.

Die Räumlichkeiten der Notaufnahme wurden im Jahr 2011 umgebaut und modernisiert. Neben einem Schock- und Eingriffsraum stehen jetzt vier mit Computerarbeitsplatz, Überwachungsmöglichkeiten und medizinischem Verbrauchsmaterial identisch ausgestattete Räume zur Notfallversorgung bereit. Der Umbau des Wartebereiches für Patienten und Angehörige ist geplant. Um die Wartezeiten der Patienten zu minimieren, wurden die geplanten und planbaren Kontrolluntersuchungen der unfallchirurgischen Patienten 2011 in andere Räume verlegt. Die Bettenvergabe durch die Notaufnahme wird durch einen 2009 eingeführten EDV-basierten Kalender vereinfacht.

In der Klinischen Chemie wurde 2011 eine Laborstraße der jüngsten Generation in Betrieb genommen, wozu ein Umbau in ein Großraumlabor notwendig war. Das neue Gerät kann über 700 Proben mit mehr als 30 Parametern pro Stunde abarbeiten und erfüllt damit im Hinblick auf immer kürzere Patientenverweildauern eine enorm wichtige Funktion.

### **Schwerpunkt Gastroenterologie**

Die Klinik für Innere Medizin I behandelt grundsätzlich Patienten mit allen internistischen Erkrankungen. Im Schwerpunkt Gastroenterologie werden Krankheiten des gesamten Verdauungstraktes, der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse behandelt. Dazu stehen sämtliche endoskopischen Diagnose- und Therapieverfahren zur Verfügung, die für die Patienten aller Abteilungen der Erwachsenenklinik durchgeführt werden: Endoskopien des oberen und unteren Verdau-

ungstraktes, Darstellung von Gallen- und Pankreasgang (ERCP), Single-Ballon-Enteroskopie, pH-Metrie, Manometrie, H<sub>2</sub>-Atemtest. Die rasche endoskopische Stillung von Blutungen im gesamten Magen-Darm-Trakt ist in einer fein abgestimmten Zusammenarbeit mit einem gut trainierten Team von Endoskopieschwestern und Pflegekräften rund um die Uhr möglich. Dabei kommen alle derzeit gängigen Methoden zum Einsatz, eine Grundvoraussetzung für die gefahrlose endoskopische Entfernung von Polypen im gesamten Verdauungstrakt, die ebenfalls mit leitliniengerechten Techniken (Unterspritzung, EMR: endoskopische Mukosaresektion) durchgeführt wird.

Die Entfernung von Steinen aus dem Gallengang, gegebenenfalls nach Zertrümmerung, und die Einlage von Stents aus verschiedenen Materialien in Gallen- und Pankreasgang, Ösophagus, Zwölffingerdarm oder Dickdarm sind weitere Therapieangebote der Abteilung. Die Ultraschalluntersuchungen des Bauchraumes werden für die Patienten beider medizinischen Kliniken erbracht. Kontrastmittelsonographie und Endosonographie mit den jeweiligen Punktionsmöglichkeiten zur Gewebeprobeentnahme ergänzen das Spektrum. Spezialschallköpfe werden insbesondere zur Ultraschalldiagnostik von Darmerkrankungen verwendet. Sowohl für die Endoskopie als auch für sonographische Untersuchungen stehen Geräte der jüngsten Generation zur Verfügung.

### **Onkologisches Zentrum**

Der zweite Schwerpunkt der Klinik liegt in der Betreuung von Patienten mit Tumorerkrankungen jeglicher Art und mit gut- und bösartigen Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems. Es werden alle derzeit gängigen zytostatischen Therapien (Chemotherapie,

Antikörpertherapie, Hormontherapie, Einsatz molekularer Substanzen) durchgeführt. Ausgenommen sind Hochdosis-Chemotherapien mit autologer oder allogener Stammzell- oder Knochenmarktransplantation. Hierfür besteht eine enge Kooperation mit den Hämatoonkologen des Klinikums Schwabing. Patienten werden sowohl stationär wie auch teilstationär in der Tagesklinik betreut. Daneben besteht auch die Möglichkeit einer Behandlung durch die Kollegen der auf dem Klinikumsgelände gelegenen onkologischen Praxis. Von der im Haus gelegenen Strahlentherapiepraxis werden ambulante und stationäre Patienten in hervorragender Zusammenarbeit behandelt. Darüber hinaus wird bei fortgeschrittenen bösartigen oder anderen nicht mehr heilbaren Erkrankungen eine unterstützende und palliative Behandlung angeboten. Hierfür wurden spezielle Patientenzimmer auf mehreren Stationen eingerichtet und entsprechendes Fachpersonal weitergebildet oder neu eingestellt (Palliative-Care-Pflegekräfte, Psychoonkologinnen, eine Kunsttherapeutin, Physiotherapeutinnen sowie Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes und der Seelsorge). Weitere Mitglieder des weitgespannten Netzwerkes des Onkologischen Zentrums sind die Hospizvereine und die Palliativstation Johannis von Gott im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

### Funktionsstelle Notaufnahme

Die internistische Notaufnahme wird von der Medizinischen Klinik I geleitet und oberärztlich betreut. Die Notfallversorgung, in der mehrere Fachgebiete zusammenwirken, ist rund um die Uhr gewährleistet und erfolgt in enger Kooperation mit der Intensivstation, dem Herzkatheterlabor und der Endoskopieabteilung. Für Patienten mit akuten neurologischen Erkrankungen steht ein erfahrener, hauptamtlicher angestellter Neu-

## Ärzte team

Chefarzt:	Prof. Dr. Andreas Eigler	Internist, Gastroenterologe
Ltd. Oberarzt:	Dr. Stephan Weidenhöfer	Internist, Hämatologe und Internistischer Onkologe
Oberärzte/innen:	Dr. Josefine Schreiner	Internistin, Gastroenterologin
	Dr. Ingo Sultmann	Internist, Hämatologe und Internistischer Onkologe, Notfallmedizin
	Tanja Braß	Internistin, Fachkunde Koloskopie, Notfallmedizin
	Dr. Stefan Zewen	Internist, Hämatologe und Internistischer Onkologe
	Dr. Christoph Kaiser	Internist und Gastroenterologe
Fachärzte/innen:	Sebastian Beck	Internist
	Dr. Kathrina Ege	Internistin
	Dr. Juliane Finkenzeller	Internistin
	Philipp Freytag	Internist
	Martina Herdgen	Internistin
13 Assistenzärzte/innen		

rologe zur Verfügung. Durch seine guten Kontakte zu den Neurologischen Kliniken in München sorgt er nötigenfalls für eine rasche Weiterverlegung der Kranken.

Der Chefarzt der Klinik ist Mitorganisator der sogenannten GATE-Kurse (Gastroenterologie, Ausbildung, Training, Endoskopie), einem von der bereits 1913 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten anerkannten Ausbildungskonzept für Endoskopie der Münchner Universitätskliniken und zweier großer städtischer Häuser. Dabei unterstützt ihn einer seiner Oberärzte als Kongresssekretär und Vortragender.

### Weiterbildungsermächtigungen

- ◆ Volle Weiterbildungsermächtigung Innere Medizin
- ◆ 18 Monate Schwerpunkt Gastroenterologie
- ◆ Beantragt: Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie

# Klinik für Innere Medizin II

## Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Internistische Intensivmedizin

von Albert Maier

In der Klinik für Innere Medizin II werden ebenfalls grundsätzlich Patienten mit allen internistischen Erkrankungen behandelt. Schwerpunkte jedoch sind die Fachgebiete Kardiologie und Pneumologie sowie die Betreuung der internistischen Intensivpatienten. Überdies ist die Abteilung von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) als Behandlungszentrum für Typ-2-Diabetiker anerkannt. Der Chefarzt ist fachlicher Leiter des bakteriologischen Labors und als „Antibiotic-Stewardship“-Experte Leiter des entsprechenden Klinikteams.

### Kardiologie

Eine Besonderheit der kardiologischen Abteilung liegt in der Kooperationsform mit dem Herzkatheterlabor im Klinikum, das von niedergelassenen Kollegen geführt wird. Diese seit 1994 überaus erfolgreich praktizierte Zusammenarbeit entspricht dem Modell der heute geförderten Integrierten Versorgung. Die Ärzte des Katheterlabors bieten in zwei 2009 mit den neuesten Geräten ausgestatteten Behandlungsplätzen das gesamte Spektrum der interventionellen Kardiologie inklusive der Elektrophysiologie mit den gängigen Katheter-Ablationsverfahren an. Neben Untersuchungen für ambulante Patienten führen sie sämtliche invasiven diagnostischen und therapeutischen Prozeduren für



Dr. Michael Jakob, leitender Oberarzt (links), Dr. Albert Maier, Chefarzt

die stationären Patienten des Klinikums durch. Im Gegenzug betreuen die Kardiologen der Medizinischen Klinik II alle Patienten des Herzkatheterlabors, die einen stationären Aufenthalt benötigen.

Im Rahmen dieser Kooperation und in einer weiteren Zusammenarbeit mit der hauseigenen Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin werden zum einen Cardio-CT (Darstellung der Herzkranzgefäße durch Computertomographie) und Myokardszintigraphie (nuklearmedizinische Belastungsuntersuchung des Her-

zens) angeboten. Zum anderen wird im Herzkatheterlabor die komplette invasive Diagnostik und Therapie des Herzens und der Herzkranzgefäße in einer täglichen 24-Stunden-Bereitschaft zur Notfallbehandlung von Patienten mit Brustschmerzen bereitgehalten. Die Zertifizierung zur „Chest Pain Unit“ durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie im August 2011 bestätigt die qualitätvolle Zusammenarbeit zwischen den Ärzten des Herzlabor und der II. Medizinischen Klinik.

Die Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (Ablationen von Vorhof- und Kammererhythmusstörungen, Implantation bei Dreikammerschrittmachern und Defibrillatoren) durch drei hocherfahrene Spezialisten auf diesem relativ jungen Gebiet der Kardiologie verschafft dem Klinikum überregionale Bedeutung. Neben den bereits seit längerem an der Klinik etablierten nicht invasiven Techniken (EKG, Herzultraschall, Belastungs- und Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Gefäßultraschall von Venen und Arterien, Herzschrittmacher-/implantierbare Defibrillatorkontrolle) wurden seit 2006 weitere diagnostische Methoden eingeführt. Im Einzelnen sind dies die Stress-Echokardiographie (Ultraschall des Herzens mit Belastung), die Kontrastmittel-Echokardiographie, die Telemetrie zur Herzrhythmusüberwachung von mobilen Patienten auf Normalstation, der Nierenarterien-Ultraschall und die Spiroergometrie (Belastungsuntersuchung kombiniert mit Lungenfunktion, Leistungsdiagnostik). In Anerkennung dieser umfassenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten hat die Landesärztekammer dem Chefarzt der Medizinischen Klinik II in Verbindung mit dem Herzkatheterlabor Nymphenburg die volle Weiterbildungsermächtigung für den Schwerpunkt Kardiologie zuerkannt.

## Pneumologie

Der Bereich Pneumologie wurde 2006 mit der Schaffung einer zusätzlichen Oberarztstelle neu in der Klinik etabliert. Neben den schon vorher praktizierten Untersuchungen (Lungenfunktion, flexible Bronchoskopie) wurden die diagnostischen Möglichkeiten unter hochkompetenter Leitung wesentlich erweitert. So stehen neu zur Verfügung die starre Bronchoskopie mit transbronchialer Biopsie (Lungenspiegelung mit Entnahme von Gewebe durch Punktion in das Lungengewebe), der endobronchiale Ultraschall (Ultraschall in den oberen Luftwegen), die kardiorespiratorische Polygraphie (Schlafuntersuchung bei Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom), die Möglichkeit der allergologischen Testungen und die nicht invasive maschinelle Beatmung.

Als Resultat all dieser Bemühungen konnte die Zahl der mit akuten und chronischen Lungenerkrankungen behandelten Patienten signifikant gesteigert werden. Ebenso konnten auch die therapeutischen Optionen optimiert und jeweils dem aktuellsten Stand des Wissens angepasst werden. Darüber hinaus spielt das Fachgebiet eine wichtige Rolle für die Versorgung von Lungenkrebspatienten im Rahmen des zertifizierten onkologischen Zentrums des Klinikums. Im Mai 2011 wurde dem pulmonologischen Oberarzt eine 24-monatige Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt Pneumologie erteilt.

## Intensivmedizin

Im Bereich internistische Intensivmedizin werden alle Techniken der Herz-Kreislauf-Überwachung sowie der intensivmedizinischen Therapie einschließlich kontinuierlicher Nierenersatzverfahren und maschineller

Beatmung auf aktuellstem Stand angeboten. Neu eingeführt wurde hier die nicht invasive Beatmung unter Federführung des Pneumologen.

Bereits seit 1998 als Behandlungszentrum für Typ-2-Diabetiker von der DDG anerkannt, führt die Klinik neben der regelmäßigen stationären Betreuung dieser Patienten unter der Leitung einer Diabetologin in zunehmender Zahl auch die Beratung und Einstellung von Patientinnen mit Schwangerschafts-Diabetes durch.

Darüber hinaus bietet die Abteilung seit 2006 regelmäßige Schulungen in der Blutgerinnungskontrolle und in der Tabakentwöhnung an.

2011 wurde ein Antibiotic-Stewardship(ABS)-Team unter Leitung von Chefarzt Dr. Albert Maier (ABS-Experte der DGI) aufgebaut, das sich für eine Optimierung der Antibiotikatherapie im gesamten Klinikum engagiert. Eine große Bedeutung kommt dabei auch dem bakteriologischen Labor des Klinikums zu, das ebenfalls unter Leitung von Dr. Maier steht. Hier stehen alle gängigen Nachweismethoden für Bakterien, Viren und

## Ärzteteam

Chefarzt:	Dr. Albert Maier	Internist, Kardiologe, internistische Intensivmedizin
Ltd. Oberarzt:	Dr. Michael Jakob	Internist, Pneumologe, internistische Intensivmedizin, Allergologe
Oberärzte/innen:	Dr. Gudrun Baumann	Internistin, Kardiologin, Notfallmedizin
	Brigitte Kleppmeier	Internistin, Diabetologin DDG
	Dr. Barbara Scheinert	Internistin
Fachärzte/innen:	Dr. Idabelle Jacobsen	Internistin
	Dr. univ. Peter Maier	Internist
	Dr. Ulrike Stimpfle	Internistin

14 Assistenzärzte/innen

Pilze mit Geräten der neuesten Generation zur Verfügung. Seltener Spezialuntersuchungen werden in enger Kooperation mit dem Zentrallabor der Städtischen Kliniken (Medizet) durchgeführt.

## Weiterbildungsermächtigungen

- ◆ Volle Weiterbildungsermächtigung Innere Medizin
- ◆ Volle Weiterbildungsermächtigung Schwerpunkt Kardiologie
- ◆ 24 Monate Schwerpunkt Pneumologie

### **Zukünftige Entwicklungen der internistischen Kliniken:**

Die Zusammenarbeit der beiden internistischen Kliniken wird weiter intensiviert werden. Hierzu wird ein zusätzlicher Assistentenaustausch eingerichtet. Für die fachlichen Schwerpunkte wird eine Verlängerung der Weiterbildungsermächtigung angestrebt, eine Neubeantragung wird für eine Weiterbildungsermächtigung für Hämatologie und internistische Onkologie eingereicht werden. Die zunehmende Zahl älterer, schwer erkrankter Patienten macht den Ausbau der zwischen Intensiv- und Allgemeinpflege angesiedelten sogenannten Intermediate-Care- und der Intensivstation erforderlich. Entsprechende Pläne stehen kurz vor der Realisation. Die Zunahme hochbetagter Patienten muss zu einer weiteren Schwerpunktbildung in der Geriatrie führen und eine entsprechende Schulung und Weiterbildung des Personals nach sich ziehen. Eine zentrale ärztliche Patientenaufnahme sowie eine prästationäre Ambulanz zur Vorbesprechung und Aufklärung von Patienten vor stationären Eingriffen ist in Vorbereitung. Die wachsende Anzahl von Ärztinnen wird einen zunehmenden Bedarf an Teilzeitstellen bedingen sowie flexiblere Arbeitszeiten nötig machen. Bei derzeit zwar einerseits noch sehr hohen Bewerberzahlen ärztlicher Mitarbeiter soll dem andererseits auch schon verbreiteten Ärztemangel Rechnung getragen werden, indem die Ausbildung von Studenten, insbesondere auch im praktischen Jahr, mit einem neuem Curriculum strukturiert und verbessert wird.

Es bleibt oberstes Ziel beider Kliniken für Innere Medizin, neben der notwendigen Spezialisierung eine ganzheitliche Betreuung der Patienten zu garantieren, in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Pflege, für deren Ausbildung dieses Haus vor 100 Jahren errichtet wurde.

# Kindermedizin im Klinikum Dritter Orden – Historischer Rückblick

von Stephan Kellnar

Die zum Klinikum Dritter Orden gehörende Kinderklinik hat ihre historischen Wurzeln in der 1903 von dem Verein „Säuglingsheim München“ auch als Säuglingsheim gegründeten und 1909 unter Mithilfe der Stadt München mit einem Neubau ausgestatteten Kinderklinik an der Lachnerstraße. Neben den beiden Pädiatern, Dr. Otto Rommel und Hofrat Dr. Josef Meier, gehörten von Beginn an Konsiliarärzte für Chirurgie, Orthopädie, Laryngologie und Ophthalmologie zum Ärzteteam. Bis 1939 oblag die Leitung der Kinderklinik Dr. Otto Rommel. Während des Zweiten Weltkrieges wurde die Klinik zum Lazarett umfunktioniert. Erst 1946 konnte der Betrieb unter Chefarzt Dr. Julius Spanier wieder aufgenommen werden. 1955 folgte als pädiatrischer Leiter Dr. Karl Scheppe. Im gleichen Jahr wurde eine Kinderchirurgie etabliert, deren erster Chefarzt Privatdozent Dr. Richard Lutz wurde, ehemals Oberarzt und kommissarischer Leiter der Kinderchirurgischen Klinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, der Kinderklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Das Therapiespektrum der Abteilung reichte schon damals von der Behandlung angeborener Fehlbildungen im Bereich des Magen-Darm-Traktes, des Gehirns und Rückenmarks, der ableitenden Harnwege sowie des Bewegungsapparates bis zur viszeralchirurgischen und traumatologischen Versorgung von Kindern jeder Altersklasse. 1975 wurde Dr. Ludwig Schuster als kinderchirurgischer Chefarzt berufen. Auch er hatte den größten Teil seiner Ausbildung im Dr. von Haunerschen Kinderspital absolviert. Dies gilt ebenso für Professor Dr. Johannes Schöber, der 1984 die Nachfolge von Dr. Karl Scheppe als pädiatrischer Chefarzt antrat.

Um den Anforderungen des stetigen medizinischen Fortschritts, insbesondere in der sich rasch entwickelnden Neonatologie, gerecht zu werden, rückte in den 1980er Jahren eine Generalsanierung der alten Baulichkeiten an der Lachnerstraße immer näher. Alternativ wurde auch ein kompletter Neubau erwogen. Die zunehmende Verflechtung der Fachgebiete innerhalb der modernen Medizin erforderte schließlich eine Anbindung der Kinderklinik an der Lachnerstraße an ein größeres Klinikum. So kam es schließlich 1995 zur Übernahme der Trägerschaft durch die Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens, mit der die genannten Überlegungen realisiert wurden.

Der neue Träger entschied sich für den Neubau einer Kinderklinik nach modernsten Gesichtspunkten auf dem Krankenhausgelände des Dritten Ordens. Der Grundstein für diese neue Klinik wurde am 29. Juli 1998 gelegt. Der Umzug der Kinderklinik in das neu errichtete Klinikgebäude auf dem Gelände des Dritten Ordens erfolgte am 2. Mai 2002.

Mit dem Neubau wurde ein innovatives Klinikkonzept umgesetzt, das sich auch in einer beeindruckenden Architektur widerspiegelt. Hochmoderne Operationssäle, ausgestattet mit einer höchsten hygienischen Anforderungen genügenden „Laminar-air-flow“-Technik in unmittelbarer Anbindung an Intensivstation und Kreißsäle, waren die Voraussetzung für die Entstehung des ersten Mutter-Kind-Zentrums unter einem Dach in München. Neben den diagnostischen und therapeutischen Perspektiven, die sich durch den Neubau eröffneten, konnte auch der Komfort für die kleinen Patienten und ihre Eltern verbessert werden: In jedem Patientenzimmer kann eine Begleitperson übernachten, dabei ist in fast allen Zimmern eine eigene Sanitärzelle integriert. Darüber hinaus bieten wir den Eltern innerhalb des Klinikgebäudes separate Unterbringungsmöglichkeiten an, damit auch auf der Intensivstation der elterliche Kontakt zu den Kindern nicht unterbrochen wird. Außerdem wurden entsprechende Aufenthaltsräume, Bibliotheken, Spielräume sowie die bereits bestehende Klinikschule in die Planung mit einbezogen.

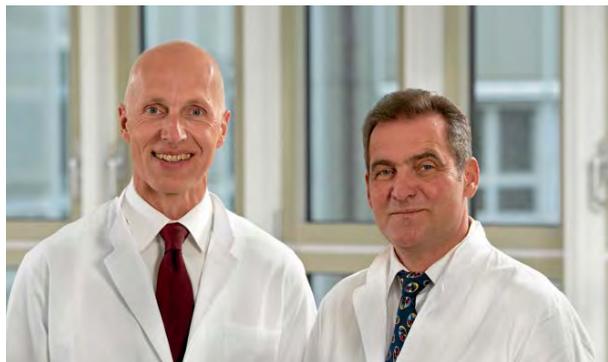
# Klinik für Kinderchirurgie

von Stephan Kellnar

1998 übernahm Prof. Dr. Stephan Kellnar die Leitung der Kinderchirurgischen Abteilung der Kinderklinik an der Lachnerstraße. Die chirurgische Versorgung von Neugeborenen mit Fehlbildungen war schon damals ein Schwerpunkt der Abteilung, der seit dem Jahr 2002 weiter ausgebaut werden konnte: Mit dem Umzug nach Nymphenburg stand ein Perinatalzentrum der Maximalversorgung zur bestmöglichen Betreuung dieser Hochrisikopatienten zur Verfügung.

Die neue Kinderchirurgische Klinik am Klinikum Dritter Orden fand rasch eine breite Akzeptanz in der Münchner Bevölkerung und ist heute eine der größten derartigen Einrichtungen in Deutschland. Allein die Zahl der ambulant behandelten Patienten stieg von 3090 im Jahr 2000 auf 21 312 im Jahr 2010.

Stationär wurden 2010 in den 40 Betten der kinderchirurgischen Klinik 3463 Patienten versorgt. Durch die mit dem Neubau und dem Umzug verbundenen strukturellen Verbesserungen ließ sich auch das Behandlungsspektrum markant erweitern: Die Vernetzung mit den verschiedenen Einrichtungen des Klinikums Dritter Orden wie beispielsweise der Radiologie und der Nuklearmedizin und die Nutzung der zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten (Computertomographie, Kernspintomographie, sämtliche nuklearmedizinischen Verfahren), ermöglichte unter anderem die kompetente Versorgung polytraumatisierter Kinder und Säuglinge.



Prof. Dr. Stephan Kellnar, Chefarzt (links), Dr. Michael Retzlaw, leitender Oberarzt

## Neugeborenenchirurgie

Durch die Vermeidung längerer Transportwege, die bisher zur aufwendigen Diagnostik und Behandlung von Neugeborenen mit komplexen Fehlbildungen notwendig waren, ergab sich jetzt im engen Verbund mit der Geburtshilfe und der Neonatologie auch ein umfassendes Versorgungskonzept von Früh- und Neugeborenen mit erworbenen und angeborenen Erkrankungen, sodass mit der neuen Kinderklinik die Idealform eines Perinatalzentrums der höchsten Versorgungstufe entstanden war. Die Kooperation mit der Praxis „Pränatalmedizin München“ ermöglicht eine gemeinsame interdisziplinäre Betreuung von schwerstkranken

Patienten bereits vor der Geburt; zu diesem Zeitpunkt wird mit den Eltern der Behandlungsplan besprochen und festgelegt. Die besondere Expertise in der Neugeborenenchirurgie mit kompetenten kinderanästhesiologischen und neonatologischen Partnern spiegelt sich in hohen Fallzahlen und Ergebnissen wider, die internationalen Standards entsprechen. Nach Abschluss der stationären Behandlung besteht die Möglichkeit einer ambulanten Anbindung und Förderung in unserem interdisziplinär geführten sozialpädiatrischen Zentrum.

### Kinderchirurgie mit Akzenten

Neben der eingangs genannten Neugeborenenchirurgie wird das gesamte Spektrum der Kinderchirurgie vertreten. Dies kommt auch in der vollen Weiterbildungsermächtigung zum Ausdruck, die dem Chefarzt für das Fach Kinderchirurgie zuerkannt wurde. Die Kindertraumatologie konnte weiter ausgebaut werden und aufgrund der hervorragenden medizinischen wie strukturellen Voraussetzungen wurde die Zulassung zum D-Arzt-Verfahren (Anerkennung als Durchgangsarzt) erlangt, was u. a. auch eine entsprechende Nachbetreuung von ehemals verletzten Kindern ermöglicht. Die Kinderurologie sowie die Hydrozephaluschirurgie wurden als eigenständige Bereiche mit zugehörigen Spezialsprechstunden etabliert.

Die Implantation von Zwerchfellschrittmachern bei Kindern mit angeborenen oder erworbenen Störungen des Atemantriebs (sogenanntes „Undine-Syndrom“) gehört traditionell zu den speziellen Schwerpunkten unserer Klinik, die in Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin überregionale Bedeutung erfahren haben.

## Ärzte team

Chefarzt:	Prof. Dr. Stephan Kellnar	Chirurg, Kinderchirurg
Ltd. Oberarzt:	Dr. Michael Retzlaw	Chirurg, Kinderchirurg
Oberärzte:	Dr. Hubert Greger	Kinderchirurg
	Dr. Olliver Mittermeier	Chirurg, Kinderchirurg
Fachärztin:	Dr. Nicola Niendick	Kinderchirurgin
11 Assistenzärzte/innen		

### Schonende Operationsweisen

Das Prinzip einer schonenden Behandlung der uns anvertrauten kleinen und kleinsten Patienten wird durch den Einsatz minimalinvasiver Operationsverfahren in allen Bereichen der kinderchirurgischen Klinik umgesetzt und führt zu einer erheblichen Verkürzung des stationären Aufenthaltes. Laparoskopische wie thorakoskopische Eingriffe können inzwischen auch bei Neugeborenen und Säuglingen vorgenommen werden. Speziell bei kinderurologischen Eingriffen haben endoskopische, aber auch laparoskopische Verfahren eine breite therapeutische Anwendung gefunden. Auch in der Kindertraumatologie haben sich zur operativen Behandlung von Frakturen der langen Röhrenknochen minimalinvasive Operationsverfahren durchgesetzt. Selbst bei bestimmten Fällen von Hydrozephaluserkrankungen stehen endoskopische Verfahren zur Verfügung, welche eine konventionelle Ventil- und Schlauchableitung vermeidbar machen.

Nicht zuletzt aufgrund der gering belastenden Operationsverfahren beträgt die Verweildauer in der Klinik für Kinderchirurgie lediglich 2,1 Tage. Die Synthese aus „High-Tech-Medizin“ und menschlicher Zuwendung und Wertschätzung ist unser Ziel.

### Weiterbildungsermächtigung

- ◆ Kinderchirurgie 60 Monate

# Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

von Jochen Peters

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin ist in Gestalt ihrer besonderen Schwerpunkte eine Einrichtung der Maximalversorgung und pflegt in anderen Bereichen eine enge Kooperation mit hoch spezialisierten Institutionen im unmittelbaren Umfeld (z. B. Onkologie, Herzchirurgie). Ihr Auftrag besteht in der alters- und entwicklungsgerechten Behandlung von akut und chronisch kranken Kindern sowie in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Studenten.

## Fachliches Spektrum

Neben der Allgemeinpädiatrie wurden in den zurückliegenden Jahren insbesondere die Neonatologie und die pädiatrische Intensivmedizin, die Neuropädiatrie, die kindliche Gastroenterologie, Nephrologie und Kardiologie (Kooperation mit PD Dr. M. Hauser), aber auch die Diabetologie und die Psychosomatik inhaltlich und personell weiterentwickelt. Im eigenen Haus sowie in anderen kooperierenden Geburtskliniken sind wir als Pädiater für die medizinische Versorgung von über 8000 Früh- und Neugeborenen in München verantwortlich. Hervorzuheben ist ferner die enge Zusammenarbeit mit der Praxis „Pränatalmedizin München“, die eine große Zahl von Risikoschwangeren begleitet, deren Kinder nach der Geburt operativ oder intensivmedizinisch behandelt werden müssen.



Dr. Monika Baethmann, leitende Oberärztin (links), und Prof. Dr. Jochen Peters, Chefarzt

Der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin stehen heute alle notwendigen Diagnostik- und Therapieverfahren auf neuestem Stand zur Verfügung. Zu den wichtigsten Neuentwicklungen der letzten Jahre zählen eine moderne neurophysiologische Diagnostik und die pädiatrische Endoskopie. Als neue Behandlungsverfahren sind unter anderem die Hypothermiebehandlung des Neugeborenen nach Geburtsasphyxie und die Dialysebehandlung bei akutem Nierenversagen zu erwähnen. Zur Entlastung der Intensivstation wurde die Früh- und Neugeborenenstation durch die Einführung nicht inva-

siver Beatmungsverfahren zu einer neonatologischen Intermediate-Care-Station aufgewertet. So können auch hier Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von 1000 Gramm fachgerecht versorgt werden.

## Steigende Fallzahlen

Die Kinderklinik kann in den letzten Jahren kontinuierlich steigende Patientenzahlen verzeichnen, sowohl in der stationären als auch in der ambulanten und notfallmäßigen Behandlung.

Patientenzahlen 2010:

4000	stationäre Patienten Allgemeinpädiatrie
500	stationäre Patienten Neonatologie/päd. Intensivmedizin (gemeinsam mit KCh)
Ca. 40 000	ambulante Notfallvorstellungen (gemeinsam mit KCh)
Ca. 1000	Patientenvorstellungen im SPZ
Ca. 1200	teilstationäre Vorstellungen

Ein besonderer Trend liegt dabei in der Zunahme von Patienten im Schulalter sowie von Kindern nach Frühgeburt und mit angeborenen oder chronischen Erkrankungen, die eine zuverlässige Anlaufstelle für ihre Langzeitbetreuung suchen. Diese positive Entwicklung ist sicher auch der modernen und patientenfreundlichen Struktur der Kinderklinik zu verdanken, in der Geburtshilfe, Pädiatrie und Kinderchirurgie unter einem Dach zusammenarbeiten können.

## Undine-Syndrom als Sonderkompetenz

Besondere Erfahrung hat die Kinderklinik bei Patienten mit angeborenem zentralen Hypoventilationssyndrom, dem sogenannten Undine-Syndrom. Diese genetisch bedingte Erkrankung führt besonders im Schlaf zu einer insuffizienten Eigenatmung. Bei der Versorgung dieser Patienten mit sogenannten Zwerchfellschrittmachern ist die Kinderklinik das führende Zentrum Europas. Sie nimmt als deutsches Studienzentrum an einem EU-Projekt zur Verbesserung des Wissens und der Behandlungsqualität dieser seltenen Erkrankung teil.

Mit der Expertise in der Betreuung von Undine-Patienten, neuromuskulär erkrankten und heimbeatmeten Kindern ist als neues Projekt die Einrichtung eines pädiatrischen Schlaflabors an der Kinderklinik vorgesehen, da in München bisher kein vergleichbares Angebot existiert.

## Strukturelle Neuerungen

Drei wesentliche Entwicklungen zur Verbesserung der Patientenbetreuung sind die Einrichtungen der sozialmedizinischen Nachsorge, der Kindertagesklinik und des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ).

Sozialmedizinische Nachsorge ist ein Angebot für Familien mit früh- und neugeborenen Kindern, um nach langen Aufenthalten im Krankenhaus den Übergang in die häusliche Versorgung zu begleiten und Wiederaufnahmen zu vermeiden. Zertifiziert nach den Richtlinien des sogenannten „Bunten Kreises“ ist sie wichtiger Bestandteil des Versorgungskonzeptes für chronisch kranke Kinder an unserer Klinik.

Die Tagesklinik ist eine neue Anlaufstelle für Kinder, die ambulante bzw. teilstationäre Kontrollen oder Diagnostik benötigen, wie z. B. Kernspinuntersuchungen, Endoskopie, Lungenfunktion, Sonographie etc. Ihre Einrichtung hilft stationäre Aufenthalte von Kindern zu vermeiden und entlastet die Allgemeinstationen.

Schließlich wurde im April 2010 durch die Eröffnung des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) die Versorgungslücke für Kinder mit chronischen Erkrankungen oder besonderen Bedürfnissen zwischen der stationären Behandlung in der Klinik und der ambulanten Behandlung durch die niedergelassenen Kinder- und Hausärzte geschlossen. Hier werden Kinder und ihre Familien betreut, deren körperliche, seelische oder soziale Entwicklung infolge einer Erkrankung oder Behinderung gefährdet ist. Als Beispiele sind ehemalige Frühgeborene, Kinder mit angeborenen Fehlbildungen (z. B. Ösophagusatresie, Zwerchfeldefekt, Spina bifida, Lungenmalformationen), Epilepsie, Diabetes mellitus, chronischen Nierenerkrankungen oder Kurzdarmsyndrom zu nennen. Eine besondere Herausforderung stellen darüber hinaus die zahlreichen Kinder dar, die von einer der über 6000 sogenannte seltenen Erkrankungen betroffen sind. Da das Wissen über diese Erkrankungen oft spärlich ist, benötigen sie ein besonders hohes und manchmal kreatives ärztliches und therapeutisches Engagement, um selbst in Einzelfällen die bestmögliche Behandlung anbieten zu können.

Für die weitreichenden Problemstellungen dieser Kinder sind in unserem SPZ neben den Ärzten auch Psychologen, Sozialpädagogen und verschiedene Therapeuten tätig, die in regelmäßigen Teambesprechungen den individuellen Betreuungsbedarf abstimmen. Die erstmalige Einstellung einer Ergotherapeutin, einer Sprachheiltherapeutin und einer Diabetes- und Ernäh-

rungsberaterin bedeutet für die gesamte Kinderklinik eine große Bereicherung.

### **Therapie-Centrum für Essstörungen (TCE)**

Seit vielen Jahren besteht zwischen der Kinderklinik und dem Therapie-Centrum für Essstörungen eine Kooperation in der Behandlung von jungen Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimie. Diese Zusammenarbeit wurde 2006 durch die Übernahme des TCE in die Trägerschaft durch das Klinikum Dritter Orden konsolidiert. Bei starkem Untergewicht und damit einhergehenden medizinischen Komplikationen können die Patienten zur Überwachung und zum Nahrungsaufbau primär stationär in der Kinderklinik behandelt werden. Dieser Aufenthalt ist zugleich Teil einer Motivationsphase mit Blick auf die anschließende psychotherapeutische Behandlung im TCE. Derzeit sind dort 24 Patientinnen in therapeutischen Wohngruppen untergebracht. Dem Trend einer immer früheren Krankheitsmanifestation folgend, wurde im vergangenen Jahr ein spezielles Jugendkonzept für die Altersgruppe der 12- bis 16-Jährigen mit zusätzlichen jugend- und familientherapeutischen Elementen und Unterrichtseinheiten durch die Schule für Kranke entwickelt. Die ersten Erfahrungen sind sehr positiv.

### **Kinderhaus Atemreich**

Im Jahr 2006 wurde mit Spendenmitteln in unmittelbarer Nachbarschaft zur Kinderklinik des Dritten Ordens eine Einrichtung für schwerstkranke Kinder mit chronischer Ateminsuffizienz eröffnet. Hier können bis zu 15 Patienten, die früher nur auf Intensivstationen verschiedener bayerischer Kinderkliniken betreut wurden, trotz ihrer schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einer individuellen, äußerst kin-

derfreundlichen Atmosphäre unter Einbeziehung der Eltern von einem interdisziplinären Team qualifizierter Fachkräfte und Therapeuten versorgt werden. Gleichzeitig ist durch die Kinderklinik des Dritten Ordens eine eventuell nötige medizinische Notfallversorgung jederzeit sichergestellt.

### Kooperationspartner

- ◆ Praxismgemeinschaft „Pränatalmedizin München“, vorgeburtliche Diagnostik und Betreuung von Risikoschwangerschaften und postnatale neonatologische und kinderchirurgische Behandlung der Früh- und Neugeborenen (z. B. Kinder mit angeborenen Fehlbildungen, genetischen Erkrankungen, komplizierte Mehrlingsschwangerschaften etc.)
- ◆ Frauenklinik vom Bayerischen Roten Kreuz, neonatologische Versorgung mit Level II, Intensivstation im Schichtdienst unter Leitung von OÄ Dr. Garhammer (7 Ärzte der Kinderklinik), 3600 Geburten pro Jahr
- ◆ Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH, neonatologische Versorgung (3 Ärzte der Kinderklinik) gemeinsam mit niedergelassenen Kinderärzten (Drs. Trinczek-Gärtner, Neumeier, Schwick), 2400 Geburten pro Jahr
- ◆ Klinikum Dachau, Kinderärztliche Versorgung der Neugeborenen, 2 Ärzte der Kinderklinik, 1000 Geburten pro Jahr

### Weiterbildungsermächtigungen

- ◆ Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- ◆ Schwerpunkt Neonatologie
- ◆ Schwerpunkt Neuropädiatrie
- ◆ Ausbildungsberechtigung für klinische Elektroenzephalographie der DGKN

## Ärzte team

Chefarzt:	Prof. Dr. Jochen Peters	Pädiater, Neonatologie, päd. Intensivmedizin, Notfallmedizin
Ltd. Oberärztin:	Dr. Martina Baethmann	Pädiater, Neuropädiatrie
Oberärzte/innen:	Dr. Angelika Garhammer	Pädiater, Neonatologie
	Dr. Barbara Kleinlein	Pädiater, Neonatologie, päd. Intensivmedizin, Notfallmedizin
	Dr. Steffen Leiz	Pädiater, Neuropädiatrie
	Dr. Slim Saadi	Pädiater, Neonatologie, päd. Gastroenterologie, päd. Ernährungsmedizin (DGKJ)
	Dr. Jochen Noss	Pädiater, Neonatologie, Notfallmedizin, päd. Sonographie DEGUM I, päd. Ernährungsmedizin (DGKJ)
	Dr. Despina Rüssmann	Pädiater, päd. Nephrologie, Notfallmedizin
Fachärzte/innen mit Teilgebetsbezeichnung	Dr. Monika-Maria Borchers	Pädiater, päd. Hämostaseologie
	Dr. Alexander Hohnecker	Pädiater, päd. Hämatologie und Onkologie
	Dr. Reinhard Klinkott	Pädiater, Neonatologie
	Dr. Susanne Rücker	Pädiater, Neonatologie
	Dr. Marina Sindichakis	Pädiater, Diabetologie DDG, Neonatologie
52 Assistenzärzte/innen (Vollzeitstellen), davon 29 Fachärzte/innen und 23 Weiterbildungsassistenten/innen		
Psychologinnen	Dr. Petra Busse-Widmann	Dipl. Psych., Fachpsychologin Diabetes DDG, Paar- und Familientherapeutin DGSF
	Anne Engels	Dipl. Psych., psychol. Psychotherapeutin
	Beate Schreiber-Golwitzer	Dipl. Psych., psychol. Psychotherapeutin
	Jeanette Landgraf-Benzler	Dipl. Psych.

# Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin Nymphenburg

von Hermann Helmberger

## 25 000 Patienten mit 62 000 Leistungen

Das Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin Nymphenburg ist im Jahr 2012 eine an neuesten wissenschaftlichen Standards ausgerichtete und technisch modern ausgestattete Diagnostik- und Therapieabteilung mit breiter Abdeckung des radiologischen und nuklearmedizinischen Spektrums. Die Vereinigung der Fachgebiete Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Kinderradiologie und Nuklearmedizin in all ihren Facetten unter einem Dach eröffnet erhebliche Synergieeffekte für Patienten und betreuende Ärzte.

Als Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums am Klinikum Dritter Orden, des Darm- und Schilddrüsenzentrums an der Maria-Theresia-Klinik, des Traumanetzwerks, der Chest-Pain-Unit und der Gefäßmedizin am Klinikum Dritter Orden ist die Abteilung heute tief in die interdisziplinären Entscheidungsprozesse eingebunden und damit patientennäher orientiert als je zuvor. Der Weiterentwicklung dieses Anspruchs möchten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch in Zukunft gerne stellen.

## Jüngere Geschichte

Die im Jahr 1989 baulich und apparativ unter der Leitung von Chefarzt Dr. E. N. Henkel neu gestaltete



Dr. Ursula Hiener, leitende Oberärztin (links), und Prof. Dr. Hermann Helmberger, Chefarzt

„Strahlenabteilung“ mit den Bereichen Radiologie und Nuklearmedizin wurde mit Arbeitsbeginn des Chefarztnachfolgers – Hermann Helmberger – im Jahr 2000 in Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie/Nuklearmedizin umbenannt. Damit wollte man dem erneut erfolgten technischen Fortschritt beider Fächer, aber auch dem sich ändernden Anforderungsprofil der Abteilung Rechnung tragen.

Unter diesem Aspekt erfolgte in den Jahren 2001 bis 2004 denn auch eine strategische, bauliche und apparative Neuausrichtung: So konnte im Herbst 2001

einer der ersten Mehrschicht-Spiral-Computertomographen (MSCT) in München in Betrieb genommen werden. Aktuell ist dessen zweites Nachfolgemodell, ein 64-Schicht-Spiral-CT im Einsatz. Pünktlich zur Eröffnung der Kinderklinik des Drittens Ordens im Jahr 2002 nahm ein 1,5-Tesla-Magnet-Resonanz-Tomographiegerät (MRT) mit allen Optionen seine Arbeit auf. Bereits 2009 wurde es durch ein innovatives Neuprodukt mit der Möglichkeit der Aufrüstung auf die 3,0-Tesla-Technologie abgelöst. Neben der apparativen Erneuerung der Nuklearmedizin, zweier Durchleuchtungs- und Angiographieanlagen und zweier Ultraschallgeräte ist als besonderer Meilenstein im Jahr 2004 die vollständige Digitalisierung der Abteilung zu nennen. Als eines der ersten Krankenhäuser seiner Größe wagte man die Umstellung auf die elektronische Erstellung, Befundung, Betrachtung, Präsentation und Speicherung von radiologischen und nuklearmedizinischen Untersuchungen. Röntgenfilm und -tüte sowie papiergestützte Arbeitsabläufe gehörten damit der Vergangenheit an. Denn Bilder und Befunde waren nun zu jeder Zeit, an jedem Ort des Klinikums, einschließlich Operationssälen, elektronisch verfügbar.

Unter medizinischen Gesichtspunkten stellte die Übernahme der radiologischen Versorgung der Kinderklinik des Drittens Ordens seit 2002 eine der größten Veränderungen in der Geschichte der Abteilung dar. Angesichts sehr rasch steigender Patientenzahlen und des stetig wachsenden medizinischen Versorgungsspektrums der Kinderklinik arbeiten heute zwei Oberärztinnen und eine Assistenzärztin für die Patienten aus der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Kinderchirurgie. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der MRT-Untersuchung Neugeborener und Säuglinge, zunehmend aber auch ungeborener Kinder im Rahmen der Pränatalmedizin.

## Enge Kooperation mit der Herz- und Gefäßmedizin

Durch eine Kooperation mit den Kollegen des dem Klinikum Dritter Orden angegliederten Herzkatheterlabors gelang es schon kurz nach Einführung der Methode, die Beurteilung der Herzkranzgefäße mit Hilfe der Computertomographie am Klinikum Dritter Orden zu etablieren. Inzwischen kann dieses Verfahren routinemäßig eingesetzt werden und hat seine höchste Aussagekraft im Ausschluss einer Erkrankung der Herzkranzgefäße.

Die Unterstützung interventioneller Maßnahmen durch die Schnittbildtechnik ist in den letzten 10 Jahren zu einem unverzichtbaren Teil des Leistungsspektrums der Abteilung geworden. Neueste Entwicklungen hierzu sind die CT-gestützte Behandlung von Lebermetastasen mit einer eingebrachten Thermo-Sonde und die MRT-geführte Saugbiopsie verdächtiger Herde in der weiblichen Brust. Diese Form der minimalinvasiven Diagnostik und Therapie wird in den kommenden Jahren vor allem in der Tumorbehandlung weiter an Bedeutung gewinnen.

Großer technischer Fortschritt in der Materialentwicklung hat die mittels Katheter durchgeführte Wiedereröffnung junger und älterer Gefäßverschlüsse, insbesondere der Becken- und Beinarterien, zu einem festen Teil der Gefäßmedizin werden lassen. So werden am Klinikum Dritter Orden heute auch die kleinsten Gefäße des Unterschenkels und Fußes über eine Punktion der Leistenarterie aufgesucht und wenn möglich rekanalisiert. Den Patienten kann damit, bei richtigem Einsatz der Verfahren, eine Operation und in vielen Fällen eine Amputation erspart werden. Die Entwicklung zu immer dünneren und innovativeren Materialien wird dabei in den nächsten Jahren anhalten.

## ZRN – an drei Standorten

Schon früh suchte man den Schulterschluss zu den umgebenden Krankenhäusern: exemplarisch ist hierbei die Kooperation mit dem Krankenhaus Neuwittelsbach auf dem Gebiet der MRT seit 2002 zu nennen. Ärztliches und nichtärztliches Personal aus beiden Krankenhäusern versorgt dabei gemeinsam Patienten aus beiden Institutionen. Dieses Modell stand Pate, als im Juli 2006 mit Ausscheiden des Chefarztes Dr. K.-P. Hauser im Krankenhaus Neuwittelsbach eine gemeinsame Abteilung zur Versorgung der Patienten mit radiologischen und nuklearmedizinischen Leistungen auf der Basis einer Trägerkooperation eingerichtet wurde. Das neu geschaffene Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin Nymphenburg (ZRN) versorgt an den drei Standorten Klinikum Dritter Orden, Krankenhaus Neuwittelsbach und Maria-Theresia-Klinik knapp 800 stationäre Betten und leistet etwa 80.000 stationäre und ambulante Untersuchungen im Jahr. Damit steht allen Patienten der drei Kliniken eine hochmoderne radiologische und nuklearmedizinische Diagnostik und interventionelle Therapie mit elektronischer Vernetzung zur Verfügung. Im Rahmen der hieraus resultierenden Leistungsverdichtung gelang es am Krankenhaus Neuwittelsbach, zum 1.1. 2007 das erste nicht an einer Universitätsklinik stationierte PET-CT im Großraum München in Betrieb zu nehmen. Diese seit 2001 auf dem Markt verfügbaren Geräte kombinieren die Stoffwechsellinformationen aus der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit der hohen anatomischen Bildauflösung des Computertomogramms (CT). So profitieren die Patienten der kooperierenden Krankenhäuser von dieser, vor allem in der Krebsbehandlung etablierten, kombinierten Untersuchungsmethode aus anatomischer Darstellung und simultaner Abbildung des Stoffwechsels. Das PET-CT rundet das

nuklearmedizinische Spektrum der Abteilung ab, die am Standort Klinikum Dritter Orden neben der klassischen Nuklearmedizin traditionell die Radiojodtherapie zur Behandlung gutartiger Schilddrüsenerkrankungen vorhält. So stehen dem ZRN am Klinikum Dritter Orden denn auch fünf Betten zur Radiojodtherapie zur Verfügung. Neu eingeführt wurde im Rahmen der Brustkrebsbehandlung die radioaktive Markierung des sogenannten Wächterlymphknotens in der Achselhöhle; ein Verfahren, das den Umfang einer notwendigen Operation entscheidend beeinflusst.

## Hochspezialisierte Mitarbeiter

Zunehmendes Leistungsspektrum, steigende Untersuchungszahlen und höheres Patientenaufkommen haben auch den Bedarf an qualifiziertem Personal deutlich steigen lassen. So arbeiten heute 60 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ZRN gegenüber 15 im Jahr 2000. Aufgrund der Notwendigkeit eines hoch spezialisierten Teams hat die Anzahl an Mitarbeitern mit Zusatzqualifikationen in Radiologie, Mammadiagnostik, Nuklearmedizin, Kinderradiologie und interventioneller Radiologie erheblich zugenommen. Dies spiegelt sich in der erhöhten Zahl von spezialisierten Fachärzten und ausgebildeten MTRAs (Medizinisch-technischen Radiologieassistenten) sowie speziell geschulten medizinischen Fachangestellten wider.

Dem ursprünglichen Ausbildungsauftrag des Klinikums folgend, bietet das ZRN seit Jahren zusammen mit der Firma Philips Healthcare Seminare für MTRA in der Mehrschicht-Computertomographie an. Zudem finden regelmäßig Aktualisierungskurse zur Fachkunde im Strahlenschutz statt. Der Status als Referenzhaus der Firma Philips Healthcare in Süddeutschland verschafft

dem Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin Nymphenburg auch in Zukunft raschen Zugang zu innovativen Technologien.

In der Person von Hermann Helmberger erfährt das Nymphenburger Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin auch nationale Beachtung. Im Jahr 2009 war Professor Helmberger Kongresspräsident des Bayerischen Röntgenkongresses in Murnau, 2012 richtet er als Kongresspräsident den 93. Deutschen Röntgenkongress in Hamburg aus.

### Weiterbildungsermächtigungen

- ◆ Diagnostische Radiologie 60 Monate
- ◆ Schwerpunkt Kinderradiologie 36 Monate
- ◆ Nuklearmedizin 36 Monate

## Ärzte team

Chefarzt:	Prof. Dr. Hermann Helmberger	Diagnostische Radiologie, Fachkunde Nuklearmedizin
Ltd. Oberärztin:	Dr. Ursula Hiener	Radiologie, Kinderradiologie
Oberärzte/innen:	Dr. Paul Hellerhoff	Diagnostische Radiologie
	Dr. Thomas Rüll	Diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin
	Dr. Rupert Schmid	Diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin
	Dr. Minette von Wickede	Diagnostische Radiologie, Kinderradiologie
	Dr. Barbara Knapp	Diagnostische Radiologie
	Dr. Tobias Merten	Radiologie
Fachärzte/innen:	Dr. Paul Andermann	Diagnostische Radiologie
	Dr. Sylvia Bodenmüller	Diagnostische Radiologie
	Dr. Tina Mühlau	Diagnostische Radiologie
	Dr. Isabella Münster	Diagnostische Radiologie
	Dr. Sandra Scheer	Diagnostische Radiologie

4 Assistenzärzte/innen

# Belegärztliche Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen

von Christian Drobik

Die auf das Jahr 1951 zurückgehende HNO-Belegabteilung am Klinikum Dritter Orden wird gegenwärtig von den Ärzten der Gemeinschaftspraxis Dr. Christian Drobik und Dr. Richard De la Chaux sowie von Dr. Hans-Peter Stillenmunkes und Dr. Stefan Tauber geführt. Das im Gesundheitssystem als überaus ökonomisch eingeschätzte Belegarztkonzept gewährleistet überdies eine optimale Verzahnung zwischen der ambulanten Medizin niedergelassener Ärzte und dem stationären Bereich am Klinikum. Es ermöglicht den Patienten, vom selbst gewählten Arzt ihres Vertrauens nicht nur ambulant betreut, sondern auch operativ behandelt werden zu können. Und es ermöglicht auch eine optimale Nutzung des bei den niedergelassenen Ärzten vorhandenen operativen Könnens.

Pro Jahr werden in der hiesigen HNO-Belegabteilung rund 700 operative Eingriffe durchgeführt, etwa 300 davon ambulant. Das Spektrum der Operationen erstreckt sich von den typischen Eingriffen im Kindesalter, wie Polypenentfernungen, Paukenröhrchen-Einlagen oder Mandeloperationen, über die Korrektur der Nasenscheidewand und gehörverbessernde Eingriffe samt Kehlkopfoperationen bis hin zur traumatologischen Versorgung. Einen Schwerpunkt stellt mittlerweile die minimalinvasive Chirurgie der Nasennebenhöhlen dar. Die eingesetzten mikroskopisch-endoskopischen Operationsmethoden sind dabei ebenso zeitgemäß wie die

apparative Ausstattung der modernen Operationssäle. Der Laser findet insbesondere bei der Teilentfernung von Gaumenmandeln und zur schonenden Verbesserung einer behinderten Nasenatmung seine Anwendung. Die zur Resektion und zum Fräsen von Gewebe dienenden hochmodernen sogenannten Shaver ergänzen die Therapiemöglichkeiten bei Zuständen wie der rezidivierenden Polyposis der Nebenhöhlen. Radiofrequenzgeräte kommen z. B. bei Eingriffen zur Beseitigung störender Schnarchgeräusche zum Einsatz.

Viele Operationen können heute vergleichsweise angenehm und dennoch sicher ambulant durchgeführt werden. In dem seit 2005 bestehenden ambulanten OP-Zentrum (AOZ) des Klinikums Dritter Orden finden sich dafür ideale personelle, räumliche und organisatorische Voraussetzungen. Für stationäre Patienten stehen in der HNO-Belegabteilung sieben Betten für Erwachsene in modernen komfortablen Ein- und Zweibettzimmern zur Verfügung. Den Bedürfnissen unserer kleinen HNO-Patienten kann durch die Unterbringung in der kinderchirurgischen Abteilung des Klinikums besonders gut entsprochen werden.

Die HNO-Abteilung ist am Klinikum Dritter Orden seit Jahrzehnten in die Zusammenarbeit der an dieser Einrichtung angesiedelten verschiedenen Fachdisziplinen fest integriert. Bei Bedarf stehen daher jedem HNO-Pa-

tienten die Möglichkeiten des gesamten Klinikums zur Verfügung. Umgekehrt bieten die HNO-Ärzte für Patienten anderer Fachabteilungen des Klinikums eine Konsilsprechstunde an und stehen als Hintergrunddienst für Notfälle auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde rund um die Uhr zur Verfügung. Pro Jahr werden im Konsildienst rund 1500 Patienten HNO-ärztlich untersucht.

## Weitere Belegärzte

Seit 1993 sind Prof. Dr. Heinz Kniha und Dr. Michael Gahlert als Mund-Kiefer- und Gesichtschirurg am Klinikum belegärztlich tätig. In Zusammenarbeit mit dem Chefarzt der Unfallchirurgie, Dr. Manfred Vonderschmitt, werden Knochentransfers vom vorderen Beckenkamm in den Ober- oder Unterkiefer durchgeführt, um zu einem späteren Zeitpunkt Zahnimplantate sicher verankern zu können. Mit dieser Methode sind selbst hochgradig atrophizierte Kieferverhältnisse wieder zahnärztlich implantologisch versorgbar.

Prof. Dr. Christian Gabka hat 1999 die Plastische und Ästhetische Chirurgie am Klinikum des Dritten Ordens etabliert und entscheidend zur Weiterentwicklung der Mamma-Chirurgie in der Gynäkologischen Abteilung beigetragen. Die Schwerpunkte seiner Tätigkeit umfassen die ästhetische und rekonstruktive Brustchirurgie inklusive der primären Brustkrebsbehandlung sowie das gesamte Spektrum der ästhetisch-plastischen Chirurgie.

In der Kinderklinik stehen den niedergelassenen kinderchirurgischen Kollegen Dr. Axel Kohler und Dr. Axel

### Ärzteam

Dr. Christian Drobik	Facharzt für HNO-Heilkunde
Dr. Richard De la Chau	Facharzt für HNO-Heilkunde
Dr. Hans-Peter Stillenmunkes	Facharzt für HNO-Heilkunde
Dr. Stefan Tauber	Facharzt für HNO-Heilkunde

Trammer Belegbetten zur stationären Betreuung ihrer Patienten zur Verfügung.

Die Praxisgemeinschaft Dr. Robert Kipping und Dr. Konrad Scheuerer sowie die Praxis Prof. Dr. Johannes Hamel stellen die operative und konservative Behandlung der angeborenen und erworbenen Fehlbildungen des Stütz- und Bewegungsapparates im Kindesalter sicher. Ein besonderer Behandlungsschwerpunkt liegt auf dem Gebiet der Hüftdysplasien und des Klumpfußes.

### Weitere Belegärzte

Prof. Dr. Christian Gabka	Plastische und Ästhetische Chirurgie
Prof. Dr. Heinz Kniha	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Dr. Michael Gahlert	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Dr. Axel Kohler	Kinderchirurgie
Dr. Axel Trammer	Kinderchirurgie
Dr. Robert Kipping	Kinderorthopädie
Dr. Konrad Scheuerer	Kinderorthopädie
Prof. Dr. Johannes Hamel	Kinderorthopädie

## Ärztliche Kooperationspartner des Klinikums

Eine große Zahl von ärztlichen Kollegen, die in verschiedenen Kooperationsformen mit dem Klinikum vernetzt sind, garantiert ein breites Versorgungsangebot. Als Neurologe und zugleich angestellter Krankenhausarzt steht Dr. Mathias Hartmann den Patienten seit 2004 ganztägig zur Verfügung. Die beispielhafte und in dieser Form einmalige Zusammenarbeit mit dem Herzkatheterlabor Nymphenburg wird an anderer Stelle beschrieben. Seit 2009 betreibt das KfH-Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation, vertreten durch das KfH-Nierenzentrum München, Elsenheimerstraße, Dialyseplätze im Klinikum des Dritten Ordens. Die Praxen im Diagnose- und Therapiezentrum Nymphenburg sind durch die direkte Anbindung an die Klinik unmittelbar in die Betreuung gemeinsamer Patienten eingeschaltet. Konsiliarärzte für Augenheilkunde, Dermatologie und Endokrinologie runden das Spektrum ab. Schließlich ist die langjährige vertrauensvolle Zu-

sammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Dienst von großer Wichtigkeit für die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter.

Die verschiedenen Zentren (Onkologisches Zentrum, Brust- und Gynäkologisches Krebszentrum, Darmkrebszentrum, Chest-Pain-Unit, Traumanetzwerk Süd, Perinatalzentrum, Sozialpädiatrisches Zentrum und Therapiezentrum für Essstörungen) wären ohne die enge Kooperation mit einer Vielfalt von externen Partnern nicht existenzfähig. Universitäts-, Akut- und Rehakliniken, Hospize und Einrichtungen der speziellen ambulanten Palliativversorgung, Arztpraxen, Selbsthilfegruppen und Sanitätshäuser seien beispielhaft genannt. Sie namentlich aufzuführen würde den Rahmen dieser Darstellung sprengen. Die große Zahl ist ein Beleg für die Komplexität der heutigen medizinischen Versorgung.

### **Neurologie**

–Dr. Mathias Hartmann

### **Herzkatheterlabor**

Praxis Burgstraße

–Dr. Ulrich Renner

–Dr. Jack Nisenbaum

–Prof. Dr. Ulrich Busch

–Dr. Markus Matula

–Dr. Angelika Ertl

–Dr. Theodor Rampp

Praxis Weinstraße

–Dr. Peter Bosilianoff

–Dr. Dieter Vaterrodt

–Dr. Gabriele Betzl

–Dr. Karl-Heinz Henneke

–Dr. Axel Schwarz

–Prof. Dr. Thomas Korte

–Prof. Dr. Christian Mewes

–Prof. Dr. Almuth Pforte

### **KfH-Nierenzentrum**

–PD. Dr. Stephan Lederer

–PD. Dr. Holger Schmid

–Dr. Florian Häller

### **Diagnose- und Therapiezentrum Nymphenburg am Klinikum Dritter Orden**

Gemeinschaftspraxis für Pathologie

–Dr. Dieter Dienemann

–Dr. Jürgen Hölzl

–Dr. Sibylle Eisenlohr

Praxis für Strahlentherapie

–Dr. Beatrice Schymura

–Dr. Martin Thoma

–Dr. Barbara Pöllinger

Hämato-Onkologische

Gemeinschaftspraxis

–Prof. Dr. Christoph Salat

–Dr. Oliver Stoetzer

Herz-Gefäß-Zentrum Nymphenburg

–Dr. Peter Bosiljanoff

–Dr. Dieter Vaterrodt

–Dr. Gabriele Betzl

–Dr. Karl-Heinz Henneke

–Dr. Axel Schwarz

–Prof. Dr. Thomas Korte

–Prof. Dr. Christian Mewes

–Prof. Dr. Almuth Pforte

Zahnärztliche Behandlungseinheit

–Dr. Kim Grabosch

Kinderkardiologische Praxis

–PD Dr. Michael Hauser

Gemeinschaftspraxis für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie

–Dr. Adam Alfred

–Klaus Werner Heuschen

–Thilo Palloks

Konsiliarärzte

–Dr. Rainer Magoley, Augenarzt

–Dr. Walter Vogt, Augenarzt

–Dr. Christoph Dieterle, Internist, Endokrinologe

–Oberärzte der Klinik für Dermatologie und  
Allergologie der TU München

(Dir. Prof. Dr. Johannes Ring)

### **Betriebsärztlicher Dienst**

–Dr. Renate Aumüller

# Krankenpflege am Klinikum Dritter Orden – Ein Blick auf Geschichte und Gegenwart

von Veronika Fleischmann

Seit der Gründung der „Krankenanstalt des Dritten Ordens“ im Jahre 1912 unterlag sowohl die Organisation der Pflege in unserer Einrichtung als auch das allgemeine Berufsbild der Pflege einem kontinuierlichen Wandel.

In den ersten Jahrzehnten nach der Gründung des heutigen Klinikums waren es lange noch vornehmlich Drittordensschwestern, die das pflegerische Erscheinungsbild im „Dritten Orden“ prägten. Dies änderte sich in den 1970er Jahren, als vermehrt auch „weltliche“ Schwestern als Pflegerinnen eingestellt wurden. Die Gesamtleitung der Pflege oblag seit 1912 der Hausoberin, die zugleich auch für den Bereich der Hauswirtschaft zuständig war. Die verantwortliche Leitung der einzelnen Stationen wurde jeweils in die Hand einer Drittordensschwester gegeben. Später, um 1970, wurden diese Leitungsaufgaben nach und nach auch an „weltliche“ Schwestern übertragen.

## **Pflegerischer Alltag – „rund um die Uhr“**

Der Alltag in den frühen Jahren des heutigen Klinikums Dritter Orden war geprägt durch weitläufige Stationen mit über 70 Patienten. In den großen Krankenzimmern, sogenannten Krankensälen, lagen je sechs bis acht Patienten. Deren Verweildauer betrug in der Regel

mehrere Wochen oder gar Monate. Auf die Einhaltung der klar vorgegebenen Besuchszeiten wurde streng geachtet. Speisen wurden teilweise direkt auf den Stationen zubereitet.

Die Drittordensschwestern arbeiteten in den ersten Jahrzehnten nahezu „rund um die Uhr“, also ohne vorgegebene Arbeitszeiten. Das Arbeiten im Schichtdienst, wie es heute üblich ist, und entsprechende gesetzliche Vorgaben, die beispielsweise die Wochenarbeitszeit oder Ruhezeiten regelten, gab es damals noch nicht. Stattdessen wurde im „geteilten Dienst“ gearbeitet, der im Kern Arbeitszeiten montags bis sonntags von 7.00 bis 12:30 Uhr und von 14.30 bis 19.00 Uhr umfasste. Die sogenannte Mittagswache, die den Zeitraum von 12.30 bis 14.30 Uhr übernahm, wurde flexibel geregelt. Der Nachtdienst deckte von 19.00 bis 07.00 Uhr des nächsten Tages die verbleibenden zwölf Stunden ab.

## **Leistungsstruktur im Wandel**

Im Jahr 1989 veränderte sich mit der Ablösung der Hausoberin Sr. Cosma Bliem auch die zu Beginn beschriebene Leistungsstruktur in der Pflege. Schwester Irmgard Stallhofer, heute Geschäftsführerin des Klinikums, übernahm zum damaligen Zeitpunkt die Pflege-

dienstleitung. In den folgenden Jahren lenkte sie gemeinsam mit ihrer Stellvertretung, Frau Liane Schwab, die Geschicke im pflegerischen Bereich. Der hauswirtschaftliche Bereich wurde in diesen Jahren einer Hauswirtschaftsleiterin übertragen.

Aufgrund der stark gestiegenen Mitarbeiterzahl und der zunehmenden Komplexität an Aufgaben, die heute an die pflegerische Leitung eines Krankenhauses mit der Größe des Dritten Ordens gestellt werden, wurde es in den letzten Jahren erforderlich, die Pflegedienstleitung erneut zu erweitern. Unter dem Titel der Pflegedirektion umfasst sie gegenwärtig eine Pflegedirektorin, deren Vertretung sowie zwei Bereichsleitungen.

## **Pflege und Baulichkeiten**

Im Laufe der Jahrzehnte wurde das Klinikum Dritter Orden mehrmals umgebaut und erweitert. Dies geschah zum einen, um den wachsenden Patientenzahlen gerecht zu werden, zum anderen wurde dabei aber auch den neuesten Erkenntnissen der stationären Pflege und Versorgung der Patienten Rechnung getragen. Zu den baulichen und räumlichen Entwicklungen zählten beispielsweise die Einrichtung der interdisziplinären Intensivstation, der Übergang von großen Krankenzimmern zu kleineren Patientenzimmern mit ein bis maximal vier Betten und die Schaffung von überschaubaren 24-Betten-Stationen.

Die Integration der Kinderklinik an der Lachnerstraße im Mai 2002 in das Betriebsgelände des Dritten Ordens stellte für das Klinikum einen bedeutenden baulichen Zuwachs dar. Damit verbunden war auch eine umfangreiche Erweiterung des Pflegepersonals um Pflegekräfte aus der Kinderkrankenpflege. Die wach-

sende Zahl „kleiner“ Patienten, die jährlich in der Kinderklinik behandelt werden, spricht dafür, dass das innige Vertrauen in die pflegerische und ärztliche Behandlung auch nach dem Umzug der „Lachnerklinik“ auf das Klinikgelände des Dritten Ordens fortbesteht.

## **Neues Berufsbild**

Die gesellschaftliche Entwicklung und der medizinisch-pflegerische Fortschritt besonders in den letzten 20 Jahren haben das Berufsbild der Pflege verändert. Neben einem fundierten Grundwissen wird von den Pflegenden mittlerweile auch zunehmend spezialisiertes Fachwissen gefordert.

Die Berufsfachschule für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege des Klinikums Dritter Orden leistet dabei eine fundierte Ausbildung in der Kranken- beziehungsweise Kinderkrankenpflege. Basierend auf dem Krankenpflegegesetz liegt die Sicherstellung der praktischen Ausbildung der Schüler im Aufgabenbereich des Klinikums beziehungsweise des Pflegedienstes und ist diesem auch ein großes Anliegen. Speziell ausgebildete „Praxisanleiter“ auf den Stationen übernehmen diese Aufgabe.

Neben dieser gesetzlichen Vorgabe sieht es die Pflegedirektion auch als ihre Verpflichtung an, die praktische Pflegeausbildung auf einem hohen Qualitätsniveau zu halten, denn die Schüler von heute sind der pflegerische Nachwuchs von morgen.

Auch die Weiterqualifikation ihrer Mitarbeiter, zum Beispiel in den Fachgebieten Onkologie, Palliativpflege und Wundmanagement, ist der Pflegedirektion ein großes Anliegen. Insbesondere für die Stationsleitungen

haben das Aufgabenspektrum und die Verantwortung rund um den Stationsalltag zugenommen. Stand für die Stationsleitung früher die unmittelbare Patientenversorgung im Vordergrund, so sind in den letzten Jahren deutlich mehr administrative und qualitätssichernde Aufgaben hinzugekommen. Um sicherzustellen, dass sie das notwendige Rüstzeug für diese Aufgabe an der Hand haben, ist die erfolgreiche Absolvierung des Weiterbildungskurses zur Leitung einer Station für alle Stationsleitungen und deren Stellvertretung heute verpflichtend. Ansatzweise bereits in den 1980er Jahren begonnen, wird dieser Weiterbildungskurs seit 1995 regelmäßig vom Klinikum Dritter Orden für seine Mitarbeiter angeboten.

### **Pflege und christliches Menschenbild**

Mit ihrer Arbeit legten die Drittordensschwestern den Grundstein für die Pflege im Klinikum und prägen diese bis in die heutige Zeit maßgeblich. Auch wenn die Zahl derer, die noch aktiv in der Pflege tätig sind, heute auf acht Drittordensschwestern zurückgegangen ist, so lebt doch der Leitgedanke der Schwesternschaft – die Zuwendung zum Patienten und seinen Angehörigen sowie der würdevolle und respektvolle Umgang miteinander – mit dem „weltlichen“ Pflegepersonal im Klinikum fort. Gegenwärtig beschäftigt das Klinikum Dritter Orden 600 Mitarbeiter in der Pflege, die in Voll- oder Teilzeit ihren Dienst leisten.

Das Klinikum Dritter Orden versteht Pflege heute als qualifizierte, patientenorientierte Betreuung, die zur

Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit, zur Linderung von Schmerzen und zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit allen anderen Bereichen des Hauses. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Ärzten basiert im Dritten Orden auf einer langen Tradition und wird von beiden Seiten fortwährend gepflegt. Durch die Kooperation von vernetztem Denken und Arbeiten profitieren alle Mitarbeiter und besonders die Patienten.

Im Rahmen der Beratung und Prävention sieht die Pflege ihre Aufgabe auch in der Unterstützung von gesundheitsförderlichem Verhalten. Sie orientiert sich an einem ganzheitlichen, christlichen Menschenbild und bezieht daher Körper, Seele und Geist mit ein. Um auch auf die seelsorgerischen oder spirituellen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können, arbeitet die Pflege eng mit dem Team der Seelsorge zusammen.

Nicht zuletzt aufgrund der demographischen Entwicklung in unserer Gesellschaft werden auch in den nächsten Jahren die Anforderungen an die Pflege weiter steigen. Vor dem Hintergrund gegenwärtig sehr bewegter krankenhauspoltischer Zeiten und eines wachsenden Mangels an qualifizierten Pflegekräften werden in den nächsten Jahren besondere Anstrengungen nötig sein.

Im Rückblick auf die vergangenen 100 Jahre sehen wir für uns Ansporn und Verpflichtung, auch in Zukunft für eine persönliche, kompetente und dem Menschen zugewandte Pflege in unserem Haus zu sorgen.

# Verwaltungsdienst

von Markus Morell

100 Jahre Krankenhausgeschichte sind naturgemäß auch 100 Jahre Verwaltungsgeschichte, denn in einem solchen Zeitraum spiegelt sich eine große Bandbreite von Verwaltungsaufgaben wider. Jede Zeit hat ihre speziellen Anforderungen, was beim Rückblick auf ein volles Jahrhundert besonders zum Ausdruck kommt. Vieles aus den Gründungstagen wäre heute wohl nicht mehr denkbar, wie etwa die fast autarke Selbstversorgung eines Krankenhauses mit eigener Viehzucht und Landwirtschaft. Manches hingegen hat sich bis heute kaum verändert. So stufen beispielsweise die Versicherungsträger schon damals die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus als zu lang ein.

Anfangs umfasste die Verwaltung eines Krankenhauses von der Größe des Dritten Ordens Aufgaben wie die Buchführung, eine Personal- und Patientenverwaltung sowie auch noch die Organisation eines mit dem Krankenhaus verbundenen Wirtschaftsbetriebes. Zu diesen klassischen Verwaltungstätigkeiten sind heute zahlreiche neue Bereiche hinzugekommen. Geschuldet ist diese Entwicklung insbesondere den sich wandelnden gesundheitspolitischen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Krankenhäuser werden mittlerweile als Wirtschaftsunternehmen betrachtet, die im Wettbewerb mit anderen medizinischen Leistungsanbietern stehen und den Spagat zwischen einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und begrenzten finanzi-

ellen Mitteln schaffen müssen. Vor diesem Hintergrund nehmen Sektoren wie die Qualitätssicherung und das sogenannte Controlling im heutigen Klinikmanagement eine zentrale Rolle ein. Manche in den Anfängen bereits bestehenden Aufgabenbereiche wurden deutlich umfangreicher und durch neue Abteilungen ergänzt. Andere Belange wie beispielsweise die Haus- oder gar die Landwirtschaft rückten in den Hintergrund.

## Land- und Hauswirtschaft als früherer Schwerpunkt

Betrachtet man die historische Bilderkette unseres Krankenhausgeländes, so beeindruckt über die 100 Jahre hinweg allein schon die kontinuierliche Vergrößerung der Baulichkeiten. Anfangs gab es nur das ursprüngliche Krankenhausgebäude mit integrierter Küche, mit Backstube und Metzgerei, das umgeben war von einer weiten, freien Fläche. Schon bald kamen darauf noch ein Wäschereigebäude mit Näherei, einige Ökonomiegebäude wie Schweine-, Hasen- und Hühnerställe, aber auch Werkstätten (u. a. Schreinerei, Schusterei) und Gewächshäuser für den Gemüseanbau hinzu. Die meisten Arbeiten in diesen Bereichen wurden von Ordensschwestern ausgeführt. Dass damit neben dem Wirtschafts- auch der Verwaltungsdienst mehr wurde, spiegelt sich in der Tatsache, dass

das 1927 errichtete Franziskushaus neben anderen Zweckbestimmungen nun auch als Verwaltungsgebäude genutzt wurde. Da durch den Neubau der alte Krankenhausbau noch dezidiert einer rein medizinischen Nutzung zugeführt werden konnte, wuchs auch das zu verwaltende Patientenaufkommen.

Als im Laufe der Zeit die freie Restfläche auf dem Krankenhausareal durch Erweiterungsbauten immer kleiner wurde, verlagerte man 1957 die landwirtschaftlichen Gebäude auf das angepachtete Gelände der Blütenburg nach München-Obermenzing. Dort blieben sie bis zur endgültigen Auflösung der Landwirtschaft im Jahr 1975.

Vor diesem Hintergrund war die Verwaltung des Krankenhauses über einen langen Zeitraum denn auch schwerpunktmäßig mit der Organisation des Wirtschaftsbereiches befasst, was auch die Zahl der damals Beschäftigten bestätigt. So lag der Anteil der diesem Sektor zuzuordnenden Mitarbeiter bezogen auf die Gesamtzahl der im Verwaltungs- und Wirtschaftsdienst Beschäftigten bei 90 %. Im Vergleich dazu macht der auf den Wirtschaftsdienst entfallende Personalanteil im Jahr 2011 nur noch 32 % aus.

Auch andere Zahlen bestätigen diesen Wandel. In Verwaltung und Wirtschaft waren 1938 insgesamt 105 Personen tätig. Mit 12 Mitarbeitern machte der Verwaltungsdienst lediglich einen Anteil von 10,25 % aus. Fast 90 % waren in den wirtschaftlichen Diensten beschäftigt. Mittlerweile hat sich das Verhältnis umgekehrt: Von den gegenwärtig 133 in Verwaltung und Wirtschaft tätigen Mitarbeitern werden mit 90 Beschäftigten über 67 % heute in der Verwaltung benötigt. 43 oder etwas mehr als 32 % der Beschäftigten arbeiten noch in der Hauswirtschaft.

## Vom Aufnahmebüro zum Patientenmanagement

Aus der Patientenverwaltung bzw. dem „Aufnahmebüro“ vergangener Tage hat sich in unserer Zeit ein modernes Patientenmanagement entwickelt. 40 Mitarbeiter kümmern sich heute allein um die administrative Abwicklung des gesamten Patientenaufenthalts von der Aufnahme bis zur Entlassung. Im Jahr 2011 wurden in unserem Haus fast 28 000 Patienten stationär betreut (Erwachsenen- und Kinderklinik), mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 6,38 Tagen. Im Vergleich dazu betrug im Jahr 1926 die Zahl der behandelten Patienten 2875, mit einer Verweildauer von 20,8 Tagen. Das seit dem Jahr 2004 in allen deutschen Krankenhäusern eingeführte Abrechnungssystem der Fallpauschalen (DRGs) brachte zudem eine markante Veränderung der Aufgaben in der Patientenverwaltung mit sich und macht die diesbezügliche Verwaltungsarbeit heute sehr komplex.

## Soziale Beratung

Die im Organigramm des Klinikums der Verwaltung zugeordnete soziale Beratung hat sich zu einer wichtigen Ergänzung des ärztlichen und pflegerischen Behandlungsauftrages entwickelt. In einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem unterstützen die Mitarbeiterinnen die Patienten bei der Organisation bzw. Vernetzung ambulanter und stationärer Hilfen im Falle vorliegender Pflegebedürftigkeit oder Behinderung, bei Themen wie Betreuungsrecht und Patientenverfügung, bei der Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen, bei Kontaktaufnahme mit den Kostenträgern und der Aufklärung über mögliche Finanzierungshilfen.

## Personalabteilung

Nachdem bis in die 1960er Jahre überwiegend Drittordensschwwestern im Krankenhaus gearbeitet haben – mit Ausnahme der Ärzte und einigen wenigen weltlichen Mitarbeitern – war die Personalabteilung in den ersten Jahrzehnten nach Gründung des Hauses ein sehr überschaubarer Bereich.

Mittlerweile sind nur noch wenige Ordensschwwestern im Einsatz, die große Mehrheit des Personals setzt sich aus weltlichen Mitarbeitern zusammen – im Durchschnitt sind etwa 1500 Mitarbeiter in unserem Klinikum beschäftigt, was etwa 1000 Vollzeitkräften entspricht.

Im Vergleich zu den Anfangsjahren haben sich die Rahmenbedingungen für die Personalarbeit grundlegend geändert. Neben der gestiegenen Anzahl der zu betreuenden Mitarbeiter führten auch etliche neue gesetzliche Regelungen (z. B. das Arbeitszeit- bzw. Arbeitsschutzgesetz, das Tarifrecht, das Mutterschutzgesetz bzw. die Elternzeitregelungen) dazu, dass mittlerweile 16 Mitarbeiterinnen in der Personalverwaltung tätig sind. Das Personalcontrolling (Erstellung von Kennzahlen, Stellenplänen, Statistiken etc.), die Betreuung der elektronischen Dienstplanung und die Organisation der Vermietung unserer zahlreichen Personalwohnungen sind Aufgaben, die in den vergangenen Jahren der Personalabteilung zusätzlich übertragen wurden.

Um diesen modernen Aufgaben entsprechen zu können, hat sich im Laufe der Jahre auch die technische Ausstattung in der Personalabteilung gewandelt – angefangen von der einfachen Schreibmaschine über die Buchungsautomaten zum Lochkartensystem bis hin zur heutigen modernen EDV-Ausstattung.

## Finanzbuchhaltung

Die Finanzbuchhaltung bildete bereits in den Anfängen unter Leitung von Sr. Bernhilde Frey den Kern der Verwaltung. Seither sind auch in diesem Bereich die quantitativen, aber auch die qualitativen Anforderungen um ein Vielfaches gestiegen. Hierzu haben u. a. die zahlreichen gesetzlichen und steuerrechtlichen Regelungen beigetragen. Fünf Mitarbeiter waren im Jahr 2011 für die Kreditoren-, Debitoren-, Sachbuchhaltung und die Anlagenbuchhaltung zuständig.

Mit der Erfassung aller Geschäftsvorfälle liefert die Finanzbuchhaltung die Datenbasis für ein umfassendes Berichtswesen zur wirtschaftlichen Steuerung des Klinikums. Das Berichtswesen ist eine wesentliche Aufgabe der Controllingabteilung, die sich in das sogenannte medizinische Controlling mit rund 30 Mitarbeitern und in ein kaufmännisches Controlling mit zwei Mitarbeitern aufteilt. In dem zuerst genannten Controllingbereich sorgen zwei Ärzte für eine fachgerechte und kontinuierliche Kommunikation zwischen unserem Klinikum und den Versicherungsträgern bzw. mit deren Medizinischem Dienst. Das kaufmännische Controlling sorgt sich um das Berichtswesen und die regelmäßige Vorbereitung der Verhandlungen mit den Versicherungsträgern, bereitet Statistiken auf und nimmt Teil an der bundesweiten Kalkulation der Fallpauschalen unter der Federführung des Institutes für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK).

Die Einführung der Fallpauschalen hat auch im Klinikum Dritter Orden neue Berufsgruppen entstehen lassen. Die sogenannten Kodierkräfte verschlüsseln die Diagnosen der behandelten Patienten und bereiten so den Fall zur Rechnungsstellung vor. Und um den ärztlichen Dienst von den stetig steigenden administrati-

ven Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung (Aktensortierung, Erstellen von Dokumentationen, Arztbriefschreibung etc.) zu entlasten, wurde 2004 die Gruppe der Medizinischen Dokumentationsassistenten eingeführt.

## Wirtschaftsabteilung

War der Wirtschaftsbereich bis in die 1970er Jahre noch geprägt von der weitestgehend autarken Versorgung des Krankenhauses, so verteilen sich die Tätigkeiten der Wirtschaftsabteilung unserer Tage im wesentlichen auf fünf Bereiche. Der Einkauf beschafft die medizinischen Investitions- und Verbrauchsgüter und orientiert sich dabei sowohl an der medizinischen Notwendigkeit als auch an wirtschaftlichen Kriterien.

Bereits seit Jahren erfolgt die Versorgung der verschiedenen Abteilungen im Haus mit Verbrauchsgütern aller Art über ein sehr effizientes, spezielles Logistikkonzept, das ermöglicht, dass elektronisch bestellte Waren „just in time“ fertig konfiguriert in die Abteilungen geliefert werden können. Dabei ist die Zahl der medizinischen Artikel mit den Ansprüchen früherer Jahre in keiner Weise mehr vergleichbar. Beispielsweise sind heute in unserem Haus 8050 verschiedene medizinische Artikel und etwa 300 verschiedene Büroartikel hinterlegt. Musste man früher mit wenigen Artikeln auskommen, so zeigt die jetzige Vielfalt die große Bandbreite und Komplexität in der Patientenbehandlung unserer Tage.

In der Hauswirtschaft liegt der Schwerpunkt in der Wäscheversorgung. Die Patientenwäsche und Dienstkleidung wird seit einigen Jahren durch eine Fremdwäscherei aufbereitet – im Durchschnitt fallen 568 Tonnen Wäsche im Jahr an. Zusätzlich ist die Hauswirtschaft

auch für die Näherei und die Kontrolle der Reinigungsarbeiten im Haus zuständig.

Die Zubereitung der Speisen sowohl für die Patienten als auch für die Mitarbeiter erfolgt in der hauseigenen Küche des Klinikums; täglich werden etwa 1800 Mahlzeiten zubereitet. Großer Wert wird dabei neben einer großen Auswahl auf eine ausgewogene Ernährung gelegt, wobei speziell für Gemüse und Obst seit einigen Jahren eine Bio-Zertifizierung vorliegt. Wie im gesamten Klinikum spielt auch in der Küche die Hygiene eine große Rolle und so wurde – um mögliche Infektionsquellen über die Speiserversorgung zu vermeiden – ein spezielles Kontrollsystem (HACCP) eingeführt. Unserem Leitbild gemäß sehen wir uns auch besonders in der Wirtschaftsabteilung dem Schutz der Umwelt verpflichtet. Seit geraumer Zeit gibt es in unserem Haus ein Umweltmanagement, das im Rahmen des unter der Federführung der Stadt München durchgeführten Projektes ÖKOPROFIT jährlich überprüft wird.

## Qualitäts- und Risikomanagement

Seit dem Jahr 2001 hat unser Klinikum ein strukturiertes Qualitätsmanagement aufgebaut. Die heute dafür zuständige Abteilung der Organisationsentwicklung umfasst die Bereiche Qualitätsmanagement, Risikomanagement sowie das Prozessmanagement und bindet auch den Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und des Marketings mit ein. Das Konzept der Organisationsentwicklung beschreibt den Veränderungsprozess von Organisationen und ihrer Mitarbeiter, mit dem Ziel, die Effektivität der Arbeit zu steigern und die Mitarbeiterzufriedenheit zu fördern. Gerade in unserer so vielschichtig gewordenen Arbeitswelt ist es wichtig, die Arbeitsabläufe immer wieder zu überdenken und zu

strukturieren und auch Arbeitsergebnisse zu überprüfen, z. B. durch Mitarbeiter- und Patientenbefragungen. Das Qualitätsmanagement unterstützt die ständige Weiterentwicklung unseres Klinikums im Sinne der Patienten und der Mitarbeiter.

Im Rahmen eines Risikomanagements wurde im Jahr 2008 das sogenannte Critical Incident Reporting System (CIRS) eingeführt. Ziel des Systems ist die klinikweite Erfassung von „Beinahe-Zwischenfällen“ im Rahmen der Patientenversorgung. In CIRS-Foren werden die Zwischenfälle von den in den betreffenden Bereichen tätigen Mitarbeitern analysiert und Verbesserungsmaßnahmen entwickelt. Die Betreuung des Systems und der Foren obliegt der Abteilung Organisationsentwicklung, die auch die zahlreichen Zertifizierungen und Audits im Klinikum vorbereitet und begleitet.

## Recht und EDV

Die Vielfalt und Komplexität der Tätigkeiten im Krankenhaus machten im Jahr 2011 eine neue Abteilung „Recht und Verträge“ erforderlich, die sich schwerpunktmäßig mit der Überprüfung von Verträgen, mit rechtlichen Problemen im Betriebsalltag und mit Haftpflichtfällen beschäftigt. Angegliedert an diese Abteilung ist die interprofessionelle Fortbildung, die alle internen und externen Fortbildungsveranstaltungen im Haus koordiniert.

Die Informationstechnologie hielt früh im Krankenhaus Dritter Orden Einzug, beschränkte sich jedoch bis Ende der 1970er Jahre eher auf die Unterstützung der administrativen Tätigkeiten. Im Jahre 2012 ist die Informationstechnologie integraler Bestandteil auch des klinischen Alltags. Das im Jahre 1999 eingeführ-

te Krankenhausinformationssystem wurde stetig erweitert mit dem Ziel einer einheitlichen elektronischen Krankenakte.

Mittlerweile sind in unserer EDV-Abteilung zehn Mitarbeiter tätig. Deren Aufgabenbereich gliedert sich zum einen in die Bereitstellung der technischen Infrastruktur mit ca. 100 Servern und ca. 800 Arbeitsplatzrechnern, zum anderen in die Betreuung der Anwender, in die Einbindung und Bereitstellung der unterschiedlichen Programme und die Betreuung von Schnittstellen zu Medizingeräten.

## Haus- und Medizintechnik

Das bauliche Wachstum des Klinikums sowie auch die stetig zunehmende Komplexität technischer Einrichtungen stellt die technische Abteilung, mit mittlerweile 27 Mitarbeitern, vor große Herausforderungen. Die Schwerpunkte dieser Abteilung gliedern sich in Elektrotechnik, Bau- und Versorgungstechnik und Medizintechnik. Der Bereich der Medizintechnik mit drei Mitarbeitern ist im Hinblick auf die 100-jährige Geschichte des Klinikums ein vergleichsweise junger Bereich. Die rasanten Entwicklungen in der Medizintechnik und deren Bedeutung für die Patientenversorgung machten diese weitere Spezialisierung notwendig.

Im Rückblick auf die vergangenen Jahre gewann die Betreuung der technischen Anlagen immer mehr an Bedeutung, während die Wartungsarbeiten aufgrund der hohen Spezialisierungen mittlerweile sogar immer öfter von externen Firmen durchgeführt werden müssen. Die Überwachung der Anlagen erfolgt heutzutage fast ausschließlich computergestützt.

Neben dem Bauunterhalt bringt sich die technische Abteilung auch maßgeblich in die bauliche Weiterentwicklung des Klinikums ein. Als aktuelle Projekte sind hier die Aufstockung der Kinderklinik zu nennen und die Planungen zur Erweiterung und Sanierung des Funktionsbaus, u. a. mit OP-Abteilung, Radiologie, Zentralsterilisation und Intermediate-Care-Station.

## Verwaltungsleitung

Als im Jahr 2002 die ehemalige Kinderklinik an der Lachnerstraße in München-Neuhausen als Kinderklinik Dritter Orden in den fertiggestellten Neubau auf dem Krankenhausgelände integriert wurde, war ein erneuter großer Einschnitt in die Verwaltungsstruktur unseres Hauses notwendig geworden. Um die Vielzahl geänderter und erweiterter Aufgaben bewältigen zu können, mussten moderne, den Herausforderungen der Zeit angemessene Organisationsformen gefunden und umgesetzt werden.

In der Leitung des Krankenhauses wurde zwischen der Position der Generaloberin als Vertreterin des Krankenhausträgers und dem als Betriebsleitung des Krankenhauses eingesetzten Direktorium die zusätzliche Stelle der Geschäftsführerin eingefügt. Dieses Amt muss laut Geschäftsordnung immer von einer Ordensschwester wahrgenommen werden. Mit der Berufung einer Ordensschwester als Geschäftsführerin dokumentierte die Gemeinschaft der Drittordensschwestern als Trägerin des Krankenhauses ganz bewusst, dass sie sich weiterhin intensiv in dessen Leitung engagieren und die Zukunft des Hauses mitgestalten will. Das seit 1991 bestehende klassische Dreierdirektorium aus Ärztlichem, Verwaltungs- und Pflegedirektor wurde 2002 auf sieben Mitglieder erweitert. Ärztlicher und Pflegedirektor bekamen im Rahmen dieses Leitungs-

gremiums jeweils einen Stellvertreter und die Verwaltung wurde in die Bereiche Finanzen und Bau/Technik mit je einem Verwaltungsdirektor aufgeteilt. Mit dem ruhestandsbedingten Ausscheiden des für den Bereich Bau/Technik zuständigen Verwaltungsdirektors im Jahr 2011 übernahm der bisherige kaufmännische Direktor als Gesamtverwaltungsleiter nun auch den für Technik und Bauwesen zuständigen Bereich. Das derzeitige Direktorium besteht also aus sechs Mitgliedern.

Diese Umstrukturierung brachte etliche Vorteile mit sich, u. a. kurze Kommunikations- und Entscheidungswege im Alltag sowie regelmäßigen und engen Informationsaustausch zwischen Schwesternschaft und Krankenhaus, das seit 2007 „Klinikum“ genannt wird. Die Schwestern wissen über die wesentlichen Abläufe und Entwicklungen stets Bescheid und können nach wie vor ihren Einfluss auf die Führung des Hauses ausüben.

## Resümee

Summarisch hat sich parallel zum medizinischen Fortschritt und einhergehend mit den von einem Krankenhaus jeweils sowohl erwarteten als auch ihm zugeordneten Aufgaben über die Jahrzehnte auch in der Verwaltung und im Wirtschaftsbereich ein kontinuierlicher Strukturwandel vollzogen. Beschränkte sich etwa 1938 die Verwaltung überwiegend noch auf die Buchführung, Lohnabrechnung und Leistungsfakturierung, so ist die deutlich umfassendere Organisationsstruktur im Jahr 2012 die konsequente Folge der vielen Neuerungen und der raschen, dynamischen Entwicklung im Gesundheits- und Krankenhauswesen gerade in den letzten Jahrzehnten.

# Verwaltungsgeschichte im Gespräch – ein Interview mit Sr. Irmenhilde Winkler

Das Interview führten Sr. Irmgard Stallhofer und Markus Morell

## Zu welcher Zeit waren Sie in der Krankenhausverwaltung tätig?

Im Krankenhaus war ich von April 1955 bis Februar 1964 in der Verwaltung eingesetzt, was auch meiner kaufmännischen Vorbildung entgegenkam. Anschließend wechselte ich als Ökonomin in die Verwaltung des Mutterhauses.

## Wie gestaltete sich die Struktur der Verwaltung?

Die Krankenhausverwaltung war im Wesentlichen im westlichen Teil des Franziskushauses untergebracht und umfasste die Bereiche Pforte/Telefon, Patientenaufnahme sowie die Patientenabrechnung, Buchhaltung und Kasse. Es waren dort nur Ordensschwwestern eingesetzt, in der Patientenaufnahme Sr. Irmentraud als Leiterin, des Weiteren Sr. Edelgard und Sr. Balda, für die Patientenabrechnung Sr. Adjuta. Die Krankenhausbuchhaltung oblag Sr. Desithea, im Kassenbüro waren wir zu viert – Sr. Romelia und ich, Sr. Agnesia und Sr. Castula, die auch in der Buchhaltung aushalf. 1963 wurde eine weltliche Mitarbeiterin für die Buchhaltung eingestellt.

Das Büro unserer damaligen Verwaltungsleiterin, Sr. Bernhilde, war ebenfalls im Franziskushaus untergebracht. Sr. Bernhilde war eine Institution im Haus und war seit Mai 1925 in der Krankenhausverwaltung tätig. Früher wurde in den Krankenhäusern die Buchhaltung nach der Kameralistik geführt. Sr. Bernhilde führte die

kaufmännische Buchhaltung ein und entwickelte sich im Laufe der Zeit zu einer Kapazität auf diesem Gebiet. Die Verwaltungsschwwestern von anderen Ordenskrankenhäusern (z. B. Barmherzige Schwestern, Missionschwwestern aus Tutzing) gingen den gleichen Weg und suchten bei ihr immer wieder Rat und Hilfe.

Die Lohnbuchhaltung wurde maschinell durchgeführt, der Lohn in bar persönlich ausgezahlt. Im Zuge der Erweiterung des Krankenhauses musste zunehmend mehr Personal eingestellt werden. Dadurch wurde der Geldtransport von den Banken hierher immer risikoreicher, sodass auf Überweisung umgestellt wurde. Dabei gab es anfangs mit einem großen Teil des Personals Schwierigkeiten, da z. B. die Hausangestellten über keine ausreichende Bankverbindung verfügten und erst einmal ein Girokonto anlegen mussten.

Das Büro der Hausoberin Sr. Theobilla und das Wirtschaftsbüro waren im östlichen Teil des Franziskushauses untergebracht. Sr. Salome oblag der Einkauf für den Krankenhausbedarf, Sr. Nila arbeitete mit ihr und kümmerte sich um das hauswirtschaftliche weltliche Personal. Die geprüften Rechnungen des Bedarfs an Wirtschaftsgütern und Lebensmitteln wurden von Sr. Bernhilde zur Zahlung freigegeben. Der hauseigene Metzger rechnete die Kosten und Erträge der Schlachtungen im Kassenbüro ab.

### Wie wurde das Krankenhaus-Budget mit den Krankenkassen verhandelt?

Die Pflegesatzverhandlung mit der AOK war – zumindest in der Zeit, die ich erlebt habe – vergleichsweise einfach. Sr. Desithea bereitete die Unterlagen in der Buchhaltung vor. Sr. Bernhilde und der damalige Leiter der AOK verhandelten miteinander. Die Pflegesätze der 1. und 2. Klasse wurden von Sr. Bernhilde festgesetzt. Ärzte waren damals an der Verhandlung nicht beteiligt.

Die Patienten haben zum großen Teil die Aufenthaltsrechnungen bar gezahlt. Die ambulanten internen und chirurgischen Leistungen wurden im Kassenbüro wöchentlich abgerechnet. Immer wieder gab es natürlich Patienten, die ihre Rechnungen nicht begleichen konnten. Gleichwohl wurden auch sie behandelt, dann eben ohne Bezahlung. Einige unserer schönen Ölbilder im Haus stammen von Patienten, die Künstler waren, und mit der Überlassung eines Gemäldes ihren Krankenhausaufenthalt finanzierten.

### Wie haben Sie die Zusammenarbeit von Verwaltung und Ärzten in dieser Zeit erlebt?

Die Zusammenarbeit mit den Ärzten war insgesamt gut. Damals gab es ja im Vergleich zu heute ganz wenige Ärzte im Haus. Die Ärzte wurden von den Chefärzten eingestellt. In der Pflege, im OP, Röntgen und Labor und auch in wirtschaftlichen Bereichen waren noch zahlreiche Schwestern tätig. Das dafür notwendige Personal wurde von der Hausoberin eingestellt. Die Atmosphäre im Haus war sehr familiär.

### Wer entschied über Anschaffungen, Baumaßnahmen und ähnliches?

Die Genehmigung notwendiger Anschaffungen lief über Sr. Bernhilde. Größere Baumaßnahmen wurden natürlich vom Präses und dem Vereinsvorstand be-

schlossen. Für den laufenden Bauunterhalt war Franz Xaver Huf als sogenannter Hausarchitekt zuständig. Die laufenden Reparaturen wurden von den Arbeitern der Hauswerkstätte vorgenommen. In besonderer Erinnerung sind mir Sr. Juventia, die die Arbeiten beaufsichtigte, Sr. Kreszenz, die kleine Reparaturen für die Schwestern machte, Sr. Ägidia, die für die Heizung zuständig war und der Pfleger Stark, der die Operationsinstrumente instand hielt.

### Was waren aus Ihrer Sicht wichtige Wegmarken in der Entwicklung der Verwaltung unseres Hauses?

Nach den Anfangsjahren im Krankenhaus war es sicher eine gute Fügung, als Sr. Bernhilde sich mit ihrem großen Fachwissen der Verwaltung des Hauses angenommen hat. In ihrer tatkräftigen und zielstrebigem Art hat sie ganz wesentlich zu einer guten Entwicklung des Hauses beigetragen. Sie war zwar sehr streng, hat aber viel aufgebaut und nach vorne gebracht.

Bis in die 1960er Jahre war unser Haus geprägt von vielen Mitschwestern. Mit dem weiteren Ausbau des Krankenhauses wurden immer mehr weltliche Mitarbeiter eingestellt, was sich natürlich auch im Verwaltungsbereich auswirkte. In den fünfziger und Anfang der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts wurde der Verwaltungsaufwand immer größer. Die Verwaltung bekam freigewordene ärztliche Räume im Franziskushaus dazu, um für das eingestellte freie Personal Platz zu haben.

1969 kam als Assistent von Sr. Bernhilde Georg Köhler ins Haus, der dann nach dem plötzlichen Tod von Sr. Bernhilde 1972 die Leitung der Verwaltung übernahm und später Verwaltungsdirektor wurde. Georg Köhler prägte bis zu seinem Ruhestand im Frühjahr 2011 die Geschicke des Hauses wesentlich mit.

Ein besonderes Ereignis der jüngeren Zeit war für unser Krankenhaus natürlich auch der Neubau und die

Inbetriebnahme unserer Kinderklinik im Jahr 2002, die neben der Erweiterung des medizinischen Leistungsspektrums auch eine einschneidende Umstrukturierung in der Krankenhausleitung und in der Verwaltung mit sich brachte.

In den letzten 20 Jahren veränderte sich die Krankenhauslandschaft immer schneller – sicher bedingt durch viele gesellschaftliche Veränderungen, durch ständig neue gesetzliche Vorschriften in der Krankenhaus-

finanzierung, durch neue Arbeitszeitgesetze, durch wachsenden Personalbedarf, durch den enormen medizinischen Fortschritt, durch den raschen Rückgang der Zahl der Ordensschwestern, durch die vielen Um- und Neubaumaßnahmen. All dies hat unser Krankenhaus in den letzten Jahren sehr verändert. Gott sei Dank, dass es eine gute Entwicklung war und wir heute nach 100 Jahren bewegter Krankenhausgeschichte ein leistungsfähiges und gutes Klinikum zum Wohl unserer Patienten sein können.





# Anhang

# Verzeichnisse

<b>Verzeichnis der Chefärzte des Klinikums Dritter Orden</b>	
<b>Chirurgische Kliniken</b>	
Geheimrat Prof. Dr. Carl Schindler	1912 – 1940
Prof. Dr. Alois Scheicher	1941 – 1962
Dr. Anton Weidinger, 1. Chirurgische Abteilung	1963 – 1972
Dr. Bernhard Permanetter, 2. Chirurgische Abteilung	1963 – 1986
Dr. Otto Wiesend, 1. Chirurgische Abteilung	1972 – 1991
Dr. Eberhard Pütterich, 2. Chirurgische Abteilung	1987 – 2010
Dr. Sieghard Garbe, 1. Chirurgische Abteilung	1992 – 2006
Dr. Manfred Vonderschmitt, Klinik für Gelenkersatz, orthopädische Chirurgie und Unfall-/Wiederherstellungschirurgie	seit 2006
Dr. Detlef Krenz, Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie	seit 2010
<b>Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie</b>	
Prof. Dr. Fritz Brunner	1912 – 1951
Dr. Walter Brunner	1957 – 1980
Dr. Helmut Leix	1980 – 1996
Dr. Franz Graf von Buquoy	1996 – 2009
Dr. Franz Edler von Koch	seit 2009
<b>Kliniken für Innere Medizin</b>	
Prof. Dr. Hugo Kämmerer	1930 – 1953
Prof. Dr. Walter Constantin Meyer	1953 – 1962
Prof. Dr. Paul Böhm, 1. Innere Abteilung	1963 – 1983
Dr. Johannes Maria Venhofen, 2. Innere Abteilung	1963 – 1982
Dr. Dieter Lindner, 2. Innere Abteilung	1983 – 2006

Dr. Peter Weidinger, 1. Innere Abteilung	1984 – 2008
Dr. Albert Maier, Klinik für Innere Medizin 2	seit 2006
Prof. Dr. Andreas Eigler, Klinik für Innere Medizin 1	seit 2008
<b>Radiologie</b>	
Dr. Erwin Schön	1941 – 1973
Dr. Ernst Nikolaus Henkel, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin	1973 – 2000
Prof. Dr. Herrmann Helmberger, Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin Nymphenburg	seit 2000
<b>Anästhesie</b>	
Dr. Ottmar Zierl	1965 – 1988
Dr. Jürgen Postel, Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	1990 – 2003
Dr. Nikolaus Rank	seit 2003
<b>Pädiatrie, 1903 – 2002 Kinderklinik an der Lachnerstraße, seit 2002 Klinikum Dritter Orden</b>	
Dr. Otto Rommel	1903 – 1939
Dr. Zimmermann	1939 – 1946
Dr. Julius Spanier	1946 – 1955
Dr. Karl J. Scheppe	1955 – 1983
Prof. Dr. Johannes Schöber	1984 – 2003
Prof. Dr. Jochen Peters	seit 2004
<b>Kinderchirurgie, 1955 – 2002 Kinderklinik an der Lachnerstraße, seit 2002 Klinikum Dritter Orden</b>	
Priv.-Doz. Dr. Richard Josef Lutz	1955 – 1975
Dr. Ludwig Schuster	1975 – 1998
Prof. Dr. Stephan Kellnar	seit 1998

### Verzeichnis der Generaloberinnen der Schwesternschaft des Dritten Ordens

Sr. Paula Friedl	1912 – 1914
Sr. Gabriele Elisabeth Gräfin von Tattenbach	1914 – 1945
Sr. Caritas Egger	1945 – 1951
Sr. Firmina Zirkl	1951 – 1957
Sr. Serena Wolferseder	1957 – 1964
Sr. Augustine Graßl	1964 – 1980
Sr. Volkmara Schötz	1980 – 1991
Sr. Hubertine Holzmayr	1991 – 2002
Sr. Elisabeth Seidl	seit 2002

### Verzeichnis der Präsidés der Schwesternschaft

P. Petrus Eder	1902 – 1908
P. Canisius König	1908 – 1921
P. Salvian Kraus	1921 – 1923
P. Theodor Götz	1923 – 1950
P. Wunibald Wendel	1950 – 1967
P. Simpert Kienle	1967 – 1986
P. Manuel Baderhuber	1986 – 1989

### Verzeichnis der geistlichen Assistenten der Schwesternschaft

P. Christian Häfele	1989 – 1991
P. Hadrian Lucke	1991 – 1995
P. Eduard Stuchlik	1995 – 2001
P. Christian Heinrich Hien	2001 – 2010
P. Heribert Leibold	seit 2010

### Verzeichnis der Oberinnen/Pflegedienstleitungen des Klinikums

Sr. Paula Friedl	1912 – 1914
Sr. Sebastiana Stumpf	1914 – 1916
Sr. Helene Stöcker	1916 – 1922
Sr. Renate Fesenmair	1922 – 1955
Sr. Pelagia Betka	1925 – 1929

Sr. Ethelburga Weiß	1929 – 1931
Sr. Theobilla Fichtl	1931 – 1957
Sr. Firmina Zirkl	1957 – 1969
Sr. Cosma Bliem	1970 – 1988
<b>Verzeichnis der Pflegedienstleitungen/Pflegedirektorinnen des Klinikums</b>	
Sr. Irmgard Stallhofer	1988 – 2001
Liane Schwab	2001 – 2010
Veronika Fleischmann	seit 2010
<b>Verzeichnis der Verwaltungsdirektoren des Klinikums</b>	
Sr. Bernhilde Frey	1925 – 1972
Georg Köhler	1972 – 2011
Markus Morell	seit 2001
<b>Verzeichnis der Leiter(innen) der Krankenpflegeschule</b>	
<b>Präfektin/Meisterin/Schulleitung</b>	
Sr. Renata Fesenmeier	1917 – 1921
Sr. Judith Hasinger	1925 – 1957
Sr. Sixta Zeller	1946 – 1975
Sr. Renate Schulz	1975 – 1986
Sr. Silveria Eichacker	1986 – 2007
<b>Ärztliche Schulleiter</b>	
Prof. Dr. Carl Schindler	1912 – 1949
Prof. Dr. Alois Scheicher	1949 – 1964
Dr. Bernhard Permanetter	1964 – 1993
Dr. Helmut Oberhofer	1993 – 1995
Dr. Hans Peter Aicher	1995 – 2002
Dr. Barbara Scheinert	2002 – 2007
<b>Verzeichnis der Leiterinnen der Kinderkrankenpflegeschule</b>	
Sr. Lydia Maier	1970 – 2007
<b>Gesamtschulleitung</b>	
Sr. Elfriede Retzer, Ärztin und Dipl.-Berufspäd. (univ.)	seit 2007

