

Sehr geehrter Besucher unserer Homepage,

bereits seit 2005 veröffentlicht die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Ev. Waldkrankenhauses Spandau regelmäßig ausführliche Jahresberichte, um Eltern und Fachkreisen die erzielte Behandlungs- und Prozessqualität der verschiedenen Bereiche der Klinik transparent zu machen.

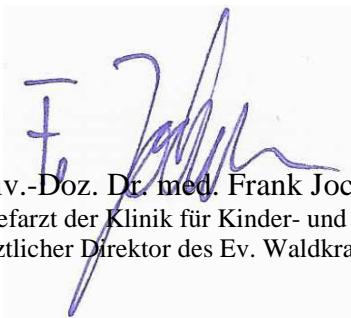
Bis zur Fertigstellung unseres aktuellen Jahresberichtes mit den Zahlen aus allen Bereichen der Klinik für 2012, finden Sie hier die Ergebnisqualität zu sehr unreifen Frühgeborenen als Auszug kommentiert dargestellt (vgl. unten). Im Jahresbericht ist zusätzlich die freiwillige und vergleichende Darstellung unserer Behandlungsergebnisse mit den Daten des Vermont Oxford Neonatal Networks (VON) (einem weltweiten Zusammenschluss von mehr als 850 neonatologischen Zentren auf allen Kontinenten, die zusammen mehr als 53.000 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht <1.500g pro Jahr erfassen) in bewährter Form enthalten. Die Auswertung des umfangreichen Datensatzes des VON für das vergangene Jahr dauert jeweils bis in die zweite Jahreshälfte und beeinflusst dadurch den Erscheinungstermin unseres Jahresberichtes. Am Vermont Oxford Neonatal Network nehmen wir als eine von nur drei deutschen Kliniken teil.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 26. Mai 2009 für alle Neonatologien in Deutschland verbindlich festgelegt, dass für den Teilbereich der sehr unreifen Frühgeborenen die Ergebnisqualität der Behandlung in festgelegter Struktur auf den Internetseiten der jeweiligen Krankenhäuser veröffentlicht werden muss. Die folgenden Seiten enthalten die vom G-BA vorgegebenen Tabellen, versehen mit Kommentaren um Sie auch für Leser verständlich zu machen die sich mit Medizin nicht professionell beschäftigen.

Ich begrüße diese neue Regelung. Durch strukturierte Veröffentlichung der Behandlungsqualität wird der Vergleich zwischen Einrichtungen einfacher und transparenter. Außerdem entstehen durch die Vergleichsmöglichkeit Anreize, die neonatologische Behandlungsqualität in Deutschland weiter zu verbessern.

Ich freue mich über Ihre Anregungen oder Kommentare.

Berlin, Mai 2013



Priv.-Doz. Dr. med. Frank Jochum
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Ärztlicher Direktor des Ev. Waldkrankenhauses Spandau

Kommentierte Darstellung der neonatologischen Behandlungsqualität 2012

Unter Berücksichtigung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin / Bereich Neonatologie
Ev. Waldkrankenhaus Spandau / Berlin

Das Behandlungsergebnis eines Krankenhauses wird von der Schwere eines medizinischen Problems beeinflusst.

Sollen medizinische Leistungen vergleichend beurteilt werden, so ist es notwendig, einen Überblick über den Schweregrad der Erkrankungen der Patienten zu gewinnen, die in den zu vergleichenden Kliniken behandelt werden. Dieser Grundsatz ist auch für den Vergleich von neonatologischen Einrichtungen zu berücksichtigen. In der folgenden Tabelle finden Sie maßgebliche Größen dargestellt, die bei Neugeborenen einen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben.

Die wichtigste Größe für die Beurteilung des Risikos von Frühgeborenen ist das **Geburts-gewicht**, das mit der Schwangerschaftsdauer, also der Reife der Frühgeborenen, korreliert. Eigentlich wäre die Reife das noch bessere Kriterium, um das Risiko eines Frühgeborenen abschätzen zu können. Da die Reife aber nicht immer einfach und sicher zu bestimmen ist, hat der G-BA das Geburtsgewicht zur Abschätzung des Risikoprofils vorgegeben. Schwerwiegende **angeborene Fehlbildungen**, die **Geburt außerhalb eines Zentrum** (so dass ein Notfall-frühgeborenentransport notwendig wird), **Mehrlingsschwangerschaft** und **männliches Geschlecht** sind negativ mit dem Behandlungserfolg verknüpft (vgl. Erklärung des G-BA; unten).

Tabelle I: Übersicht und Risikoprofil über Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht <1.500g Geburtsgewicht, Neonatologie / Perinatalzentrum Level I des Ev. Waldkrankenhauses Spandau / 2012

	Letztes Kalenderjahr	5-Jahres-Ergebnisse*
Geburtsjahrgang	2012	Dargestellt sind die Geburtenjahrgänge von 2008 bis 2012
Gesamtzahl der Kinder < 1.500g (n)	32	149
<500g (n)	0	1
500-749g, (n)	7	21
750-999g, (n)	11	40
1.000-1.249g, (n)	8	43
1.250-1.499g, (n)	6	44
Männlich, n [%]	12 [37 %]	Nicht erfasst
Mehrlingskinder, n [%]	8 [25 %]	
Außerhalb geboren; n [%]	4 [12,5 %]	Nicht erfasst
Gestationsalter Median (Minimum-Maximum)	28,5 SSW	Nicht erfasst
Kinder mit Prognose entscheidenden, angeborenen Fehlbildungen, n [%]		4(Potter Sequenz; 3xHypopl. Linksherz; Analatresie)

Die Tabelle enthält die Anzahl aller Lebendgeborenen, einschließlich der im Kreißaal verstorbenen oder fehlgebildet geborenen Kinder sowie alle während der Neonatalperiode verlegten oder von außen zugewiesenen Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1.500g. Bis zu 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin verlegte und ggf. auch verstorbene Kinder werden von beiden Perinatalzentren (verlegendes und aufnehmendes) in obiger Tabelle geführt.

Erläuterung: das Sterberisiko ist umso höher, je geringer das Geburtsgewicht und das Gestationsalter (berechnet nach der Naegle-Regel, evtl. korrigiert nach geburtshilflichem Ultraschall) sind. Ebenfalls besteht ein erhöhtes Sterberisiko bei Prognose entscheidenden, angeborenen Fehlbildungen, männlichem Geschlecht, Geburt außerhalb des Perinatalzentrums und bei Mehrlingen. Die %-Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Früh- und Termingeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500g Geburtsgewicht.

Tabelle und Anmerkungen entsprechen der Tabelle 1 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses; nach der Veröffentlichung im BAnz. Nr. 76 (S. 1 794) vom 26.05.2009.

In der folgenden Tabelle sind Anzahl und Überlebensrate der behandelten Frühgeborenen unserer Klinik aufgeführt. Die Darstellung ist so gewählt, dass bei einer Auswertung nach den Risikofaktoren Geburtsgewicht und Reife (Schwangerschaftswochen = SSW) Risikogruppen gebildet werden können. Dadurch kann der Behandlungserfolg auch getrennt für verschiedene Risikogruppen beurteilt werden kann.

Interpretationshilfe zur folgenden Tabelle 2: Im Perinatalzentrum Level I des Ev. Waldkrankenhauses Spandau wurden 2012 32 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500g behandelt. Davon konnte bei 28 Frühgeborenen die Behandlung erfolgreich beendet werden.

**Tabelle 2: Anzahl und Überlebensrate sehr unreifer Frühgeborener / In- und Outborn (<1.500g Geburtsgewicht), 2012
Neonatalogie / Perinatalzentrum Level I des Ev. Waldkrankenhauses Spandau.**

Geburtsgewicht / SSW	≤23	24	25	26	27	28	29	30	31	≥32	Summe	Überlebensrate in [%]
< 500g											0	
500g - 749g	(2) [1]	1 (1)		2							3 (4)	43
750g - 999g			2	4		1	2	2			11	100
1.000g – 1.249g				1		1	3	2	1		8	100
1.250g – 1.499g							1		1	4	6	100
Summe	0 (3)	1 (1)	2	7	0	2	6	4	2	4	28 (4)	88
Überlebensrate [%]	0	50	100	100		100	100	100	100	100	88%	n=32

Die Tabelle enthält die Anzahl aller Lebendgeborenen einschließlich der im Kreißaal verstorbenen oder fehlgebildet geborenen Kinder sowie alle während der Neonatalperiode verlegten oder von außen zugewiesenen Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1.500g. Die Anzahl der Verstorbenen wird in runden Klammern aufgeführt und ist in der „Spaltensumme“ nicht enthalten (z. B. 20(1)=n 21). Bis zu 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin verlegte und ggf. auch verstorbene Kinder werden von beiden Perinatalzentren (verlegendes und aufnehmendes) in obiger Tabelle geführt. Angegeben werden Ergebnisse bis zur (ersten) Entlassung oder Verlegung.

Erläuterung: Entsprechend der AWMF Leitlinie 024-019 (letzte Aktualisierung 12/2007) der Fachgesellschaften ist die Versorgung von Frühgeborenen < 25 SSW von ethischen und medizinischen Aspekten abhängig. Daher sind die Überlebensraten dieser Frühgeborenen bei der Interpretation der Versorgungsqualität nur eingeschränkt zu bewerten.

() Anzahl der verstorbenen Kinder; SSW= Schwangerschaftswoche.

[] Anzahl der verstorbenen Kinder Outborn

Tabelle und Anhang entsprechen Tabelle 2 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses; nach der Veröffentlichung im BAnz. Nr. 76 (S. 1 794) vom 26.05.2009.

Die folgende Tabelle 2a ist wie Tabelle 2 gestaltet. Hier sind Anzahl und Überlebensrate der Frühgeborenen aufgeführt die im eigenen Zentrum geboren wurden („inborn“). Die Darstellung ist, analog Tabelle 2 so gewählt, dass bei einer Auswertung nach den Risikofaktoren Geburtsgewicht und Reife (Schwangerschaftswochen = SSW) Risikogruppen gebildet werden können. Dadurch kann der Behandlungserfolg auch getrennt für verschiedene Risikogruppen beurteilt werden kann.

Interpretationshilfe zur folgenden Tabelle 2a: Im Perinatalzentrum Level I des Ev. Waldkrankenhauses Spandau wurden 2012 30 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500g geboren (Inborn). Davon konnte bei 27 Frühgeborenen die Behandlung erfolgreich beendet werden.

Tabelle 2a: Anzahl und Überlebensrate sehr unreifer Frühgeborener / Inborn (<1.500g Geburtsgewicht), 2012

Neonatologie / Perinatalzentrum Level I des Ev. Waldkrankenhauses Spandau.

Geburtsgewicht / SSW	≤23	24	25	26	27	28	29	30	31	≥32	Summe	Überlebensrate in [%]
< 500g											0	
500g - 749g	(2)	1 (1)		2							3 (3)	50
750g - 999g			2	4		1	2	2			11	100
1.000g – 1.249g				1		1	3	1	1		7	100
1.250g – 1.499g							1		1	4	6	100
Summe	0 (2)	1 (1)	2	7	0	2	6	3	2	4	27 (3)	90
Überlebensrate [%]	0	50	100	100		100	100	100	100	100	90%	n=30

Die Tabelle enthält die Anzahl aller Lebendgeborenen einschließlich der im Kreißaal verstorbenen oder fehlgebildet geborenen Kinder sowie alle während der Neonatalperiode verlegten oder von außen zugewiesenen Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1.500g. Die Anzahl der Verstorbenen wird in runden Klammern aufgeführt und ist in der „Spaltensumme“ nicht enthalten (z. B. 20(1)=n 21). Bis zu 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin verlegte und ggf. auch verstorbene Kinder werden von beiden Perinatalzentren (verlegendes und aufnehmendes) in obiger Tabelle geführt. Angegeben werden Ergebnisse bis zur (ersten) Entlassung oder Verlegung.

Erläuterung: Entsprechend der AWMF Leitlinie 024-019 (letzte Aktualisierung 12/2007) der Fachgesellschaften ist die Versorgung von Frühgeborenen < 25 SSW von ethischen und medizinischen Aspekten abhängig. Daher sind die Überlebensraten dieser Frühgeborenen bei der Interpretation der Versorgungsqualität nur eingeschränkt bewertbar.

() Anzahl der verstorbenen Kinder; SSW= Schwangerschaftswoche.

*Nach Verlegung verstorben.

Statistiker arbeiten gern mit großen Zahlen, am besten mit vielen tausend Beobachtungen, um den Einfluss des Zufalls auf den untersuchten Zusammenhang zu minimieren. Im Vergleich dazu sind die Behandlungszahlen von sehr unreifen Frühgeborenen weltweit an allen Zentren klein. So stellt sich bei der Beurteilung des Behandlungserfolges einer Einrichtung die Frage, ob ein Ergebnis durch Zufall zustande gekommen ist, oder ob es wirklich die Qualität der Behandlung widerspiegelt. Ist ein Ergebnis möglicherweise nur durch Zufall gut, so ist daran nichts zu beanstanden, da daraus ja kein Schaden entstanden ist. Problematisch ist der Einfluss des Zufalls insbesondere bei der Beurteilung schlechter Ergebnisse.

Um den Einfluss des Zufalls zu minimieren, können die Ergebnisse mehrerer Jahre zusammengefasst werden. So kann mit größeren Zahlen gerechnet werden. Statistisch wird das Ergebnis dadurch sicherer und ist weniger dem Einfluss des Zufalls ausgesetzt. Leider können nicht unbeschränkt Daten zusammengefasst werden. Ändert sich z. B. die Therapie maßgeblich, so ist eine gemeinsame Auswertung unter Umständen nicht mehr sinnvoll. Darum wurde in der folgenden Tabelle 3 vom G-BA das Zusammenführen von Jahresergebnissen für maximal 5 Jahrgänge gefordert.

Interpretationshilfe zur folgenden Tabelle 3: Im Perinatalzentrum Level I des Ev. Waldkrankenhauses Spandau wurden von 2008-2012 149 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500g Geboren. Davon konnte bei 136 Frühgeborenen die Behandlung erfolgreich beendet werden.

Tabelle 3: Anzahl und Überlebensrate sehr unreifer Frühgeborener (<1.500g Geburtsgewicht), 5-Kalenderjahres-Ergebnisse. Dargestellt sind die Geburtsjahrgänge 2008-2012. Neonatologie des Ev. Waldkrankenhauses Spandau.

Geburtsgewicht / SSW	≤23	24	25	26	27	28	29	30	31	≥32	Summe	Überlebensrate in %
< 500g	(1)										0 (1)	0
500g - 749g	(4)	3 (2)	4 (1)	3 (1)	2	1	0				13 (8)	62
750g - 999g			7	12	3 (3)	7	3	4	1		37 (3)	93
1.000g – 1.249g		1		1	7	14	8 (1)	5	3	3	42 (1)	98
1.250g – 1.499g						2	5	11	6	20	44 (0)	100
Summe	(5)	4(2)	11(1)	16(1)	12(3)	24	16(1)	20	10	23	136(13)	91
Überlebensrate [%]	0	67	92	94	80	100	94	100	100	100	91	n=149

Die Tabelle enthält die Anzahl aller Lebendgeborenen einschließlich der im Kreißsaal verstorbenen oder fehlgebildet geborenen Kinder, sowie alle während der Neonatalperiode verlegten oder von außen zugewiesenen Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1.500g. Die Anzahl der Verstorbenen wird in runden Klammern aufgeführt. Bis zu 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin verlegte und ggf. auch verstorbene Kinder werden von beiden Perinatalzentren (verlegendes und aufnehmendes) in obiger Tabelle geführt. Angegeben werden Ergebnisse bis zur (ersten) Entlassung oder Verlegung.

Erläuterung: Entsprechend der AWMF Leitlinie 024-019 (letzte Aktualisierung 12/2007) der Fachgesellschaften ist die Versorgung von Frühgeborenen < 25 SSW von ethischen und medizinischen Aspekten abhängig. Daher sind die Überlebensraten dieser Frühgeborenen bei der Interpretation der Versorgungsqualität nur eingeschränkt bewertbar.

() Anzahl der verstorbenen Kinder; SSW= Schwangerschaftswoche.

Tabelle und Anhang entsprechen Tabelle 3 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses; nach der Veröffentlichung im BAnz. Nr. 76 (S. 1 794) vom 26.05.2009.

Die Anzahl der verstorbenen Patienten ist, unter Berücksichtigung des Risikoprofils einer Einrichtung, ein grobes Maß, um die Behandlungsqualität eines Zentrums beurteilen zu können. Das Auftreten typischer Komplikationen – unter deren Folgen die überlebenden

Frühgeborenen und deren Familien unter Umständen ein Leben Lang zu leiden haben – wird darum zusätzlich zur Beurteilung der Behandlungsqualität herangezogen (vgl. Tab.4):

Interpretationshilfe zur folgenden Tabelle 4: Die Tabelle macht Angaben zur Lebensqualität (Kurzzeit-Morbidität) der entlassenen Frühgeborenen (ohne Verstorbene). Im oberen Teil der Tabelle sind Angaben für das vergangene Behandlungsjahr, darunter die zusammengefassten Ergebnisse der letzten 5 Jahre in gleicher Darstellung aufgeführt. Dargestellt sind die absoluten Zahlen und zusätzlich die Prozentwerte „()“ jeweils bezogen auf die Untergruppe.

Tabelle 4: Kurzzeit-Morbidität: Gehirnblutungen (IVH), Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) und nekrotisierende Enterokolitis (NEC) bei Früh- und Termingeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500g (in Absolutzahlen und in Prozent)

Behandlungszeitraum 2012 / Gewichtsklasse	<500g	500-749g	750-999g	1.000-1.249g	1.250-1.499g	<1.500g (Summe)
Anzahl der Kinder, n (%)	0	3	11	8	6	28
Nicht sonographiert, n (%)	0	0	0	0	0	0
Keine IVH, n (%)	0	2	11	8	6	27
IVH-Grad 1, n (%)	0	0	0	0	0	0
IVH-Grad 2, n (%)	0	1	0	0	0	1
IVH-Grad 3, n (%)	0	0	0	0	0	0
IVH-Grad 4, n (%)	0	0	0	0	0	0
Fundus nicht untersucht, n (%)	0	0	0	0	0	0
Retinopathie (ROP) mit Operation	0	1	0	0	0	1
NEC mit Operation oder Verlegung, n (%)	0	0	0	0	0	0
Entlassen nach Hause ohne IVH > II°, ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf und ohne Operation einer NEC und ohne Laser- oder Kryotherapie einer ROP, n (%)		1	11	8	6	26 (93)
5-Jahres-Ergebnisse / Gewichtsklasse. Dargestellt sind die Geburtsjahrgänge von 2008-2012	<500g	500-749g	750-999g	1.000-1.249g	1.250-1.499g	<1.500g (Summe)
Anzahl der Kinder, n (%)		13(10)	37(27)	42 (31)	44 (32)	136 (100)
Nicht sonographiert, n (%)		0	0	0	0	0
Keine IVH, n (%)		8 (62)	33 (89)	36 (86)	42 (96)	119 (88)
IVH-Grad 1, n (%)		0	1 (3)	2 (5)	0	3 (2,2)
IVH-Grad 2, n (%)		4 (31)	2 (6)	1 (2)	2 (4)	8 (5,9)
IVH-Grad 3, n (%)		0	0	2 (5)	0	2 (1,5)
IVH-Grad 4, n (%)		1 (8)	1 (2)	1 (2)	0	4 (2,9)
Fundus nicht untersucht, n (%)		0	0	0	0	0
Retinopathie (ROP) mit Operation		1 (8)	0	0	0	1 (0,7)
NEC mit Operation oder Verlegung, n (%)		0	1 (2)	0	0	1 (0,7)
Entlassen nach Hause ohne IVH > II°, ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf und ohne Operation einer NEC und ohne Laser- oder Kryotherapie einer ROP, n (%)		11 (85)	36 (97)	39 (93)	44(100)	130 (95,6)

Die Tabelle bezieht sich auf alle im Berichtszeitraum Geborenen (auch die außerhalb des Perinatalzentrums Geborenen) im Perinatalzentrum behandelten und schließlich bis zum Berichtstermin (31. Mai des Folgejahres) nach Behandlung lebend entlassenen oder verlegten Kinder (Zeile 1 Anzahl der Kinder). Kinder, die nicht bis zum Berichtstermin entlassen oder verlegt wurden, werden nur in der kumulativen Ergebnisdarstellung aufgeführt. Die % Zahlen in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der Kinder in der jeweiligen Gewichtsklasse. Dargestellt sind alle Blutungen, die während des (ersten) stationären Aufenthaltes diagnostiziert wurden.

Tabelle und Anhang entsprechen Tabelle 4 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses; nach der Veröffentlichung im BAnz. Nr. 76 (S. 1 794) vom 26.05.2009).

°Die Spalten „IVH-Grad 4“ enthalten zwei bei Geburt bereits vorliegende nach Lou Ann Papile nicht klassifizierbare Parenchymblutungen bei 2 Frühgeborenen aus dem Jahr 2011.

Wird sich ein Frühgeborenes normal entwickeln? Ist wirklich keine Beeinträchtigung nach Frühgeburtlichkeit zurückgeblieben? Diese Fragen können leider nicht durch einfache Untersuchungen beantwortet werden. Zur endgültigen Klärung muss der Verlauf der Ent-

wicklung abgewartet und beobachtet werden. Eine erste Einschätzung ist darum leider erst Monate nach der Entlassung aus der stationären Behandlung möglich. An Häufigkeit von Erkrankungen, die ehemalige Frühgeborene langfristig begleiten, der sogenannten „Langzeitmorbidity“, lässt sich sehr nachhaltig die Behandlungsqualität eines Zentrums in Bezug auf die überlebenden Frühgeborenen unter Berücksichtigung des Risikoprofils (vgl. oben) beurteilen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat darum eine verpflichtende entwicklungsdiagnostische Nachuntersuchung eingeführt. Hierbei wird die Entwicklung der ehemaligen Frühgeborenen systematisch untersucht. Diese wird im korrigierten Alter (vgl. unten) von 20 Monaten durchgeführt.

Tabelle 5: Vollständigkeitsanalyse der entwicklungsdiagnostischen Nachuntersuchung im Reife korrigierten Alter von 2 Jahren. Kumulierte Darstellung der letzten 5 untersuchten Geburtsjahrgänge* ab 2008*. Darstellung der Geburtsjahrgänge ab 2008.

Geburtsgewichtsklasse	<500g	500-749g	750-999g	1.000-1.249g	1.250-1.499g	<1.500g (Summe)
Lebend entlassen, n	0	6	14	18	29	67
	0					
Zur Nachuntersuchung einbestellt, (n)	0	5	13	18	29	65
Zur Nachuntersuchung erschienen, (n)	0	5	12	16	25	58
Entwicklungsdiagnostik nicht möglich, (n)		1 ^o		1 [^]		2
				o		

Reife korrigiert bedeutet, dass das Kind 2 Jahre nach dem errechneten Termin untersucht wird.

* Die Erfassung beginnt mit dem Jahr 2008 und wird jedes Jahr um einen Jahrgang erweitert bis fünf Jahrgänge komplett sind.

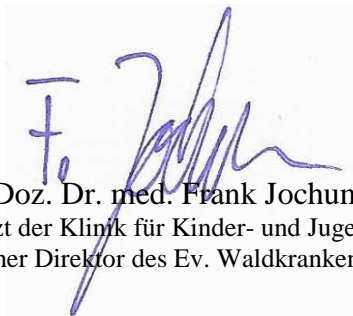
^oNach Entlassung verstorben; [^]Verlegt.

Tabelle und Anhang entsprechen Tabelle 5 nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses; nach der Veröffentlichung im BAnz. Nr. 76 (S. 1 794) vom 26.05.2009.

Wünschen Sie weitere Informationen zu unserer Qualitätssicherung in der Neonatologie, oder haben Sie Fragen zu unseren Behandlungsergebnissen, können Sie gerne unseren ausführlichen Klinik-Jahresbericht anfordern oder einen Termin für ein persönliches Gespräch über das Sekretariat der Klinik vereinbaren.

Ich freue mich über Ihre Anregungen oder Kommentare.

Berlin, Mai 2013



Priv- Doz. Dr. med. Frank Jochum
 Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Ärztlicher Direktor des Ev. Waldkrankenhauses Spandau