

Mitteilungen der Deutschen „Gesellschaft für Kinderchirurgie“

Redaktion: F. Höpner (München) · S. Hofmann v. Kap-herr † (Mainz) ·
K. Gdanietz (Berlin)

Personalia

Herr **Dr. med. Michael Barthel**, ehemaliger Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universität Lübeck, ist seit 1. Mai 2002 Chefarzt der Kinderchirurgie im Kinderzentrum Gilead der von Bodelschwinghschen Anstalten Bielefeld-Bethel.

Herr **Dr. Florian Eble** ist seit dem 1. 8. 02 neuer leitender Kinderchirurg in der Klinik für Viszeral-, Tumor- und Kinderchirurgie, Klinikum Am Gesundbrunnen, Heilbronn. Herr Dr. Eble war vor-

her Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

Die Mitgliederversammlung des 119ten Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wählte am 9. Mai 2002 als Vertreter des Gebietes Kinderchirurgie Herr **Prof. Dr. med. Klaus Heller**, Frankfurt am Main, in das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ab 1. Juli 2002.

Allgemeine Mitteilungen

**Protokoll der Ordentlichen Mitgliederversammlung
der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
15. September 2001 in Freiburg
Tagungsraum C – Kultur- und Kongresszentrum Liederhalle**

Begrüßung durch den Präsidenten Prof. Engert

1. Ernennung des Protokollführer

In Vertretung des Vize-Präsidenten Prof. Mau übernimmt auf Vorschlag des Präsidenten PD Dr. Lorenz nach Zustimmung der anwesenden Mitglieder die Protokollführung.

2. Das Protokoll der ordentlichen Mitgliederversammlung vom 04. 05. 2001 in München wird genehmigt.

3. Bericht des Präsidenten

a. Prof. Engert überreicht Herrn Doz. Dr. med. habil. József Schäfer (Budapest/Ungarn) die Ernennungsurkunde zum Korrespondierenden Mitglied wie auch den Herren Prof. Dr. med. Leif Olsen (Uppsala/Schweden) und Prof. Dr. med. A. Pintér (Pécs/Ungarn) ihre Ernennungsurkunden zu **Ehrenmitgliedern** der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie. Vorangestellt wird jeweils die Würdigung der Leistungen dieser Kinderchirurgen in ihren jeweiligen Ländern sowie für die Interessen der Deutschen Kinderchirurgie. Es folgen Danksagungen der Gewürdigten, wobei sich Prof. Pintér nachdrücklich für eine Wiederbelebung der Kontakte zwischen ungarischen und deutschen Kinderchirurgen ausspricht.

b. Es werden erstmals Posterpreise gesplittet vergeben: 1. für die beste klinische, 2. für die beste wissenschaftliche Präsentation. Sie gehen an die Gruppe Klaunick/Wiersbitzky/Beck/Lorenz/Festge (Greifswald) für das Poster *Seltener Fall eines Appendixcarcinoides mit Lymphknotenmetastase im Kindesalter* sowie an die Gruppe Noll/Menardi/Spitz/Pierro (Köln/Inns-

bruck/London) für das Poster *Medizinische Kenntnisse von Eltern kinderchirurgischer Patienten und der Effekt von zusätzlichen Informationsmaterialien*.

Der **Richard-Drachter-Preis** 2001 wird Herrn PD Dr. med. H. Till für die Arbeit „Die fetale Nebennierenrindentransplantation im syngenem Rattenmodell“ verliehen. Der Präsident begründet das einstimmige Urteil der Gutachter und des Vorstandes.

Anträge für den Richard-Drachter-Preis 2003 und für den John-Herbie-Johnston-Preis 2002 sind jeweils bis zum 31. 12. des Vorjahres beim Präsidenten einzureichen. Wegen fehlender Anträge wird der Ilse-Krause-Nachwuchs-Preis in diesem Jahr ausgesetzt und erst wieder im Jahre 2003 vergeben. Hingewiesen wird auf einen neuen Preis: Den Marianne- und Rudolph-Haver-Preis für Urologie und Kinderurologie, der mit 15 000 DM dotiert ist und erstmals von der Ernst Moritz-Arndt-Universität Greifswald im Jahre 2002 vergeben wird (Deadline 31. 3. 2002) – „*Dekanat der Med. Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Fleischmannstr. 8, 17487 Greifswald, Tel.: 0 38 34/8 65 00; Fax: 0 38 34/86 50 02, E-mail: dekamed@uni-greifswald.de*“

c. Prof. Engert informiert über Probleme in den Leitungen einzelner Kinderchirurgischer Kliniken, wieder- oder neuzubesetzende Positionen sowie Änderungen in Klinikstrukturen. Ursachen für die angesprochenen Probleme sind teilweise fehlende Kompetenz. Der Präsident ruft die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie zu **weiterer Spezialisierung, zum Erwerb von Kompetenz und Mobilität** auf!

d. Prof. Bennek wird aufgefordert bzgl. des Chirurgen-Kongresses vom 7. bis zum 10. 5. 2002 in Berlin zu berichten. Es werden die Themen noch einmal bekanntgegeben und ausgelegt und auf die anstehende Deadline, den 28. 9. 2001, hingewiesen. Themenvorschläge für die 6 Sitzungen sind:

1. Schädel-Hirn-Trauma
2. Postoperativer Ileus
3. Dringliche Neugeborenen-Chirurgie

4. Innovative operative Techniken
5. Digitale Bildgebung in Diagnostik und Therapie
Freie Themen.

Bezüglich des Anmelde- und Auswahlverfahrens wird erstmals ein neues Review-Procedere – allein durch Kinderchirurgen – vorgenommen.

Prof. Bennek weist noch einmal auf die nächste Veranstaltung der **Akademie** für Kinderchirurgische Fortbildung in Leipzig vom 2. bis zum 4. 11. 2001 hin, die nach dem Willen der Gesellschaft als fortlaufender Teil der Weiterbildung festgeschrieben werden soll. Bisher haben sich nur 38 Teilnehmer angemeldet!

- e. Der Präsident nimmt in Fortführung seines Berichtes zu **pädiatrisch-kinderchirurgischen Problemen** Stellung. Eine Umfrage des Präsidenten an alle Klinikchefs bezüglich bestehender Probleme wurde von 10 Kliniken! beantwortet. Die Antworten waren in der Mehrzahl positiv und ließen eine im Schnitt gute Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Kinderchirurgie erkennen. Deutlich wurden aber grundsätzliche Probleme, die im Wesentlichen darin bestehen, dass nicht an allen Universitätskliniken Kinderchirurgen tätig sind, in der Wahl neuer Leitender Kinderchirurgen an den Universitäten häufig der „schmalste“ Kinderchirurg berufen wird, ein Großteil kinderchirurgischer Patienten vom Pädiater nach wie vor zum Organspezialisten geschickt wird und sich auch in der Praxis dieses Procedere nachweisen lässt. Wegen der genannten und weiterer Probleme wurde in der Vergangenheit versucht, eine interdisziplinäre pädiatrisch-kinderchirurgische Kommission zur Bearbeitung der „Thematik“ zu institutionalisieren. Der Versuch misslang aus verschiedenen Gründen. In Übereinstimmung mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie wird eine gemeinsame Kommission mit den Kollegen Gahr (Dresden), R. Keimer (Stuttgart), U. Hofmann (Hannover) und J. Engert (Bochum) aktiv werden. Zwei weitere Kollegen werden noch benannt. Der Präsident sieht aber in der Teilnahme des Tagungspräsidenten 2001 Herrn Prof. Waag an der Eröffnung des Freiburger-Kongresses, in gemeinsamen Erklärungen zur postoperativen Schmerzbehandlung, in einer gemeinsamen AEP-Kommission mit den Pädiatern, zunehmend mehr Einladungen zu gemeinsamen Kongressen, im gemeinsamen Vorgehen in der Kinderonkologie, in den Konsensbemühungen in fachübergreifenden Richtlinien sowie auch im gemeinsamen kinderchirurgisch-urologischen Kongress der ESPU in Regensburg 2004 etc., deutliche Anzeichen einer stärkeren Integration der Kinderchirurgie in die Belange der Kindermedizin. Auch bzgl. des Zuganges der Kinderchirurgie zur **Intensivmedizin** wurde jetzt von den Proff. Höpner und Mau mit dem Vorstand der GNPI ein Papier erarbeitet, das die Voraussetzung zu einer intensivmedizinischen Betreuung im Kindesalter nicht mehr allein den Facharzt für Pädiatrie zur Voraussetzung hat, sondern dass der Zugang auch über den Facharzt für Kinderchirurgie – selbstverständlich mit zusätzlicher Qualifizierung – ermöglicht. Dies gilt auch für die Leitung einer kinderchirurgischen bzw. interdisziplinären Intensivstation. Der Präsident berichtet über das seinerzeit von der Gesellschaft erstellte Gutachten bezüglich **Unter- und Fehlversorgung** kinderchirurgischer Patienten für den Sachverständigenrat und die bisher enttäuschende Reaktion des Sachverständigenrates, der Tatsachenbeschreibungen durch die jeweiligen Gesell-

schaften mehr oder weniger als „berufspolitische Äußerungen“ abtat. Hier bleibt der DGKC nur der Weg über die Vorleistung durch prospektive Studien und die Qualitätssicherung, um deutlich zu machen, wo die spezifisch-kinderchirurgischen Erkrankungen ihre Behandlung finden müssen. Die gleiche Thematik betreffend sind positive Ansätze in der Versorgung kinderchirurgischer Patienten sowie der Erfassung spezieller kinderchirurgischer Betreuung in Hessen zu nennen.

- f. Prof. Engert gibt in Ergänzung seiner Informationen zum Stand der neuen **Weiterbildungsordnung**, wie sie im Wesentlichen dem Protokoll der Mitgliederversammlung vom 04. 05. 2001 entnommen werden können, bekannt, dass der Deutsche Ärztetag den sogenannten Paraphenteil zustimmend zur Kenntnis genommen hat, in dem die Weiterbildung in den **Gebieten, Schwerpunkten** und **Bereichen** wie auch für **Befähigungsnachweise** geregelt ist. In den schneidenden Disziplinen besteht Einigkeit über die Notwendigkeit einer grundsätzlich identischen Basisausbildung, die nicht nur im jeweiligen Fach abgeleistet werden kann. Die Inhalte stehen weitgehend fest. Bis Ende Oktober sind von den Weiterbildungskommissionen der Gesellschaften die Inhalte und der Umfang der neuen Weiterbildung zu erarbeiten; in einer Klausur-Tagung am 28. 11. 2001 in Berlin wird das Problem des Querabgleichs der angrenzenden Fachgebiete gelöst werden müssen. Diesbezüglich gibt es eine einstimmige Vorstandsentscheidung, dass die Gesellschaften für Traumatologie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie und Thoraxchirurgie aufgefordert werden, ihre *expressis verbis* niedergelegten Forderungen zur fachspezifischen Versorgung **in jedem Lebensalter** zurückzunehmen.
- g. Aus der **Strukturkommission** der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die sich eine neue Struktur zu geben bereit war, berichtet der Präsident, dass die Forderungen der Fachgesellschaften Plastische Chirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie und Kinderchirurgie:
- Delegation der Vertreter im Vorstand ausschließlich durch die Fachgesellschaften
 - Ausübung der präsidialen Funktion im Rotationsprinzip nach föderalistischen Grundsätzen
 - Keine Zwangsdoppelmitgliedschaft, da sie vor allem unter Berücksichtigung der Resultate des Treffens der Schatzmeister der Mehrzahl der Mitglieder der Gesellschaften in dieser Form nicht vermittelbar ist
 - Umfassende und eindeutige Definition der Fachvertretung der Allgemein Chirurgie
 - Klare Definition und Abgrenzung der Aufgaben von BDC und DGC unter besonderer Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen **nicht** akzeptiert wurden.
- Stattdessen favorisiert die Strukturkommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, vertreten durch die Allgemein Chirurgen, Viszeralchirurgen und Traumatologen, eine Zwangsdoppel-Mitgliedschaft aller Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und in der jeweiligen Fachgesellschaft sowie eine Leitungsstruktur, in der 4 Präsidenten, 1 Generalsekretär und 1 Schatzmeister – gewählt durch die Mitgliederversammlung – der Vertreter der Allgemein Chirurgen, der Vertreter der Viszeralchirurgen, der Vertreter der Traumatologen sowie der BDC-Präsident **alle** Entscheidungen gegenüber Plastischen-, Herz-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgen majorisieren können. Ein Vetorecht einzelner Gesellschaften ist nicht vorgesehen.

Während Vorstand und Mitgliederversammlung eine Zwangsdoppelmitgliedschaft übereinstimmend ablehnten, bleibt die Frage, ob der neuen Leitungsstruktur, die zumindest gegenüber dem Ist-Zustand keine Veränderung, d. h. auch keinen Nachteil erbringen würde, zugestimmt werden soll, offen. Der Präsident und der Stellvertretende Präsident werden neue Kontakte mit den „kleineren“ Gebieten aufnehmen.

- h.** Bezüglich der **Arbeitsgemeinschaften** der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie wurde vom Vorstand beschlossen, dass jeweils zum Jahresende Berichte über die jeweiligen Aktivitäten eingefordert werden. Um die Forderung, die Arbeitsgemeinschaften mit Leben zu erfüllen, durchzusetzen, wird die „Unterstützung“ des Sekretärs angeboten.

4. Bericht des Sekretärs

Dr. Albrecht berichtet über das Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, das als zentraler Anlaufpunkt für alle Belange innerhalb der Gesellschaft fungieren soll. Die Adresse ist: Langenbeck-Virchow-Haus, Doris Lorenzen, Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin. Tel. 0 30/28 00 43 70, Fax 0 30 28 00 43 79, e-mail doris.lorenzen@web.de. Damit verbunden ist der Übergang zu einer elektronischen Übermittlung und Archivierung des Schriftverkehrs innerhalb der Gesellschaft. Weiterhin soll die Web-Seite der Gesellschaft (www.dgkic.de) aktualisiert resp. überarbeitet werden. Da diese Maßnahmen auch entsprechende finanzielle Aufwendungen mit sich bringen, wurde die Gesellschaft zur Stellungnahme aufgefordert... Der materiellen Realisierung des Sekretariats wurde per Handzeichen ohne Gegenstimme zugestimmt. Gesucht wird in diesem Zusammenhang ein Ort für die sachgerechte Archivierung und Pflege vorhandener Handakten und Dokumente der DGKC, der zudem möglichst kostenarm zu betreiben sein sollte.

5. DRG-Arbeitsgruppe – Berichterstattung

Dr. Reifferscheid gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der DRG-Einführung aus Sicht der kindermedizinischen Fächer. Details sind in diesem Zusammenhang auch über die Homepage der GKinD (www.gkind.de) abzurufen. Die Tätigkeit der entsprechenden Arbeitsgemeinschaft sei zunächst für ein weiteres Jahr finanziell gesichert.

Seit 15. 08. ist die aktuelle Version 2.1 des OP-Kataloges OPS-301 aus dem Internet abrufbar. Geplant ist eine jährliche Anpassung. Bemerkte Fehlercodes sollen zur Änderung an CA Dr. Reifferscheid weitergeleitet werden!

Allgemeine Codier-Richtlinien liegen allen Kliniken bereits in gebundener Form vor. Die ab 1. 1. 2002 verbindlichen speziellen Codier-Richtlinien sind ab Oktober im Internet abrufbar. Sie werden derzeit von der verbändeübergreifenden AG DRG bearbeitet. Veränderungen bzw. Einarbeitungen sind noch bis zum 01. 10. möglich, dann geht die Endfassung in Druck. Sie ist dann zunächst die verbindliche Basis zur Ermittlung der Relativgewichte. Unabhängig davon wird eine optimale Verschlüsselung der 20 häufigsten Diagnosen des Faches von Dr. Reifferscheid erstellt und über GkinD auf deren Homepage veröffentlicht.

Ab 01. 01. 2004 gibt dann das Fallpauschalengesetz verpflichtend die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen vor. Optional ist bereits ab 01. 01. 2003 eine Bindung an das System möglich, wobei ein Mindererlösausgleich und eine 2-jährige Budgetneutralität garantiert werden.

In einer Konvergenzphase erfolgt in 2005–2006 ein schrittweiser Abbau dieser Ausgleichsmechanismen, bevor ab 2007

einheitlich und ausschließlich die Fallkosten nach DRG's abgerechnet werden. Mit zusätzlichen Regulationsmechanismen (Mindestzahlregelung, Kostenstabilität) und Kontrollen (Abrechnungs-, Fehlbelegungs- und Codierungsprüfungen) muss dann gerechnet werden.

In der anschließenden Diskussion wird mit Blick auf das Kinderchirurgische Fach ein sinnvolles Fallmanagement angemahnt (M. Hemminghaus), wobei hier jeweils hausinterne Regelungen getroffen werden müssen.

Prof. Holschneider ruft in diesem Zusammenhang auf, **begutachtungsrelevante Behandlungsfehler** im Zusammenhang mit typischen kinderchirurgischen Erkrankungen zu registrieren, die bei Versorgung durch fachfremde Kollegen entstanden sind. Denkbar wäre eine Bündelung entsprechender Fälle und Weiterleitung an die BÄK.

Der Präsident erinnert im Zusammenhang mit der Bündelung von begutachtungsrelevanten Behandlungsfehlern und Weiterleitung an die BÄK an grundsätzliche Vorbehalte des Vorstandes, dieses Material an die BÄK weiterzuleiten. Stattdessen sollten begutachtungsrelevante Behandlungsfehler und ihre juristische Aufarbeitung zentral an die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie bekannt gegeben werden.

6. Bericht des Schatzmeisters

Prof. Helmig gibt den Finanzbericht für das zurückliegende Jahr. Er betont, dass die Beiträge für die DGKC vorerst stabil bleiben und exakt in Euro umgerechnet werden. Bezüglich der Finanzen werden Schatzmeister und Vorstand der Gesellschaft in offener Abstimmung ohne Gegenstimmen und bei 2 Enthaltungen entlastet.

7. Finanzen

Der Präsident informiert die Mitglieder, dass sich trotz höherer Aufwendungen durch anteilige Finanzierung der GkinD (DRG)-Unkosten, Sekretariatsaufwendungen, Beteiligung am Pädiater-Kinderchirurgen-Herbstkongress und Zentralblatt-Finanzierung **derzeit** noch keine zwingenden Gründe für eine Beitragserhöhung ergeben.

8. Anträge/Wahlen

- a.** Neue Anträge auf Mitgliedschaft in der DGKC liegen dem Präsidenten nicht vor.

- b.** Nachdem Dr. Reifferscheid bereits auf kassenseitige Vorgaben hinsichtlich der Formulierung von bindenden Leitlinien für alle Fächer (Disease Management) hingewiesen hatte, lässt der Präsident über einen Antrag von Herrn PD Dr. Schmittenebecher – im Auftrage des Qualitätszirkels der Bayerischen Kinderchirurgen – der die Erarbeitung einer Evidenz-basierenden S3-Leitlinie in interdisziplinärem Rahmen, in diesem Falle mit den Urologen, zu einer kinderurologischen Erkrankung angeboten hatte, diskutieren und fordert Herrn Prof. Joppich als Verantwortlichen der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie für die Leitlinien zur Stellungnahme auf. In der Diskussion (Präsident, Joppich, Schmittenebecher, Hofmann, Hofmann von Kap-herr...) überwiegen Argumente für die Erarbeitung der 1. S3-Leitlinie zu einem rein kinderchirurgischen Krankheitsbild und ausschließlich unter Mitwirkung von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie als Pilotstudie.

Bis Ende des Jahres soll im Qualitätszirkel der Gesellschaft (U. Hofmann) ein Vorschlag und ggf. auch ein Modus für die Umsetzung erarbeitet werden.

- c.** Der Präsident verliert den **Antrag** der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands, die Amtszeit des amtierenden

Präsidenten zur Erhaltung der Kontinuität in den laufenden berufspolitischen Verhandlungen zu verlängern. Nach Information des Präsidenten kann diesem Antrag aus satzungsmäßigen Gründen nicht stattgegeben werden, da der Vize-Präsident bereits gewählt ist und eine Wiederwahl des amtierenden Präsidenten zum Zeitpunkt der Wahl des Vize-Präsidenten hätte stattfinden müssen. Grundsätzlich ist eine Wiederwahl des amtierenden Präsidenten nach der Satzung möglich, muss aber zeitgerecht – wie angegeben – erfolgen.

Der Antrag der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands wird daraufhin zurückgezogen. Der Präsident unterstreicht jedoch, dass der vergleichsweise frühe Amtswechsel nach jeweils 2 Jahren in der Tat eine Diskontinuität in der Amtsführung und damit für die Gesellschaft in ihrer Innen- und Außenwirkung Nachteile haben kann.

Insofern sollte durchaus über eine Satzungsänderung mit einer Verlängerung der Präsidentschaft auf 3 Jahre nachgedacht werden.

- d. Der Präsident berichtet über seine persönlichen Bemühungen sowie die des Vorstandes, Kandidaten für die nächste Präsidentschaft zu „rekrutieren“ und übergibt das weitere Procedere zur Wahl des nächsten Vize-Präsidenten an den stellvertretenden Präsidenten Prof. Hofmann von Kap-herr. Der stellvertretende Präsident nimmt wie anschließend die Professoren Heller und Waag zu den Gründen für das Fehlen geeigneter Nachfolger für das Präsidentenamt aus der Sicht des Vorstandes Stellung und unterbreitet den Mitgliedern den Vorschlag des Vorstandes, den amtierenden Präsidenten als Kandidaten zum nächsten Vize-Präsidenten zu empfehlen. Nach Diskussion wird letztlich ohne Gegenstimme und mit einer Stimmenthaltung diesem Vorschlag des Vorstandes zugestimmt. Der Empfehlung durch M. Hemminghaus an Herrn Prof. Heller sich zur Wahl zum nächsten Vize-Präsidenten zu stellen, entgegnet Prof. Heller, dass er aus dargelegten Gründen nicht zur Verfügung stünde. Dr. Hofmann regt an, Vor-

schläge für diesbezügliche Satzungsänderungen der Satzungskommission zu unterbreiten.

- e. Der Sekretär Dr. Albrecht leitet die geheime Wahl des neuen Vize-Präsidenten. Der amtierende Präsident Prof. Engert wird von den 86 noch anwesenden Stimmberechtigten als einziger Kandidat mit 66 Ja- und 4 Nein-Stimmen sowie 3 Enthaltungen bei 13 ungültigen Stimmen als neuer Vize-Präsident gewählt. Prof. Engert bemängelt den Mangel an freiwilligen Bewerbern um das Amt des Präsidenten, den hohen Anteil ungültiger Stimmen, nimmt aber die Wahl für das Präsidentenamt 2004/2005 unter der Voraussetzung mentaler und physischer Befähigung an. Er bedankt sich für das wieder ausgesprochene Vertrauen der Mitglieder. Prof. Hofmann von Kap-herr bittet daraufhin um Bestätigung seiner um 2 Jahre verlängerten Tätigkeit als Stellvertretender Präsident. Dies geschieht in offener Abstimmung ohne Gegenstimmen bei 6 Stimmenthaltungen. Prof. Hofmann von Kap-herr dankt für das ihm entgegengebrachte Vertrauen.
- f. Der Präsident gibt den Beschluss des Vorstandes, Herrn Prof. Heller dem Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie vorzuschlagen, bekannt. Gegenvorschläge werden nicht gemacht. In offener Abstimmung wird Prof. Heller ohne Gegenstimmen bei einer Stimmenthaltung gewählt und nimmt die Wahl dankend an.
- g. Da aus Zeitgründen noch nicht alle Anträge vom Präsidium und vom Vorstand der Gesellschaft „bearbeitet“ werden konnten, werden weitere Anträge zurückgestellt.

Die Sitzung endet um 18.15 Uhr.

Prof. Dr. med. J. Engert
geschäftsf. Präsident

PD Dr. med. Ch. Lorenz
Protokollführer