

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie



Mitteilungen des Präsidenten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vom 23.-25. Juni tagten in Berlin der erweiterte Vorstand unserer Fachgesellschaft und anschließend die Chefarzte der kinderchirurgischen Kliniken mit den Vertretern des BNKD im Rahmen des sog. Konsultationstreffens.

Der Vorstand traf sich im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin, in dessen Eingangsbereich seit kurzem ein silberner Baustein mit der Aufschrift „Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie in memoriam Prof. Dr. Fritz Rehbein“ hängt. Im Vorstand wurde das von Bernd Tillig federführend entworfene Strukturpapier beschlossen. Es soll nicht nur die von unserer Fachgesellschaft bevorzugte Struktur künftiger kinderchirurgischer Arbeit für unsere Partner sichtbar machen, sondern auch uns selbst Leitfaden für unsere Aktivitäten sein. Eine der zentralen Aussagen ist sicher das klare Nein zu alleinstehenden und autark konzipierten Ein-Mann-Abteilungen mit einer Art Feigenblattfunktion für Perinatalzentren Level 1 und das Ja zu übergeordneten Zusammenschlüssen, Kooperationen, Arbeitsteilungen, Einbindungen, Austauschprozessen und damit auch Zentralisierungen. Hier müssen wir alle zum Wohle einer qualitativ hochwertigen Kinderchirurgie aufeinander zugehen und miteinander reden, um in den strukturell ganz unterschiedlich aufgestellten Regionen der Republik den jeweils adäquaten Weg zu finden. Sie alle sollten das Strukturpapier studieren, das nach wenigen redaktionellen Änderungen zeitnah auf unserer Internetseite veröffentlicht wird. Wir haben beschlossen, in drei Regionen das Papier auf seine praktische Umsetzbarkeit zu überprüfen, und werden auf die Kollegen zugehen mit der Bitte, am runden Tisch mit allen kinderchirurgischen Vertretern der entsprechenden Region ein „Plenspiel“ durchzuführen und dem Vorstand die aufgetretenen „Pros“ und „Kontras“ zurück zu melden.

Ebenso wichtig ist es, dass wir mit der Qualitätssicherung in der Neugeborenenchirurgie einen Schritt vorankommen. Für vier Indexdiagnosen wurden Qualitätskriterien erarbeitet, aktuell bemühen sich Udo Rolle und sein Team in Frankfurt um die Finanzierung eines entsprechenden Registers über einen Fond des gBA zur Versorgungsforschung. Parallel werden die elektronischen Erhebungstools von einem 12-köpfigen Expertenteam vorbereitet. Wir haben einen Start zum 01.01.2018 im Kopf. Die im Förderantrag vorgesehenen studentischen Hilfskräfte sollen die Eingaben unterstützen und helfen, die Vollständigkeit der Daten zu gewährleisten.

Die Vorbereitungen zur „Einheit der Chirurgie“ stehen weiterhin auf der Tagesordnung. Unser Sekretär Petra Degenhardt und der Schatzmeister Stuart Hosie waren im Früh-

sommer zwei Tage auf Rügen, um mit den Vertretern aller Fachgesellschaften, die der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie angehören, über die formalen (Satzungs-) und finanziellen (Beitrags-) Aspekte zu diskutieren. Wenn alle Mitglieder der beteiligten Fachgesellschaften auch Mitglieder der DGCH sind, gibt das durch die schiere Größe dieser Community der DGCH politisch eine so viel größere Schlagkraft in den Gesprächen mit den Landes- und Bundespolitikern, dass alleine dieser Aspekt für die Umsetzung spricht. Wir werden demnächst aber auch umfangreichere und konkrete Infos zu den darüber hinaus gehenden Vorteilen der Doppelmitgliedschaft kommunizieren.

Bernd Tillig hatte das diesjährige Konsultationstreffen der kinderchirurgischen Chefarzte mit den Vertretern des BNKD in Berlin vorbereitet. Ausgehend von einer Reflektion der „Situation der operativen und konservativen Kinder- und Jugendmedizin in Europa“ sowie der „Zukunft des Gesundheitsstandortes Deutschland“ galt der Fokus der „Digitalisierung in der Medizin“, den „mobilen Technologien im Alltag von Ärzten und Patienten“ sowie der „Künstlichen Intelligenz“ als möglichem Arzt-Ersatz. Berufspolitische Themen waren „Kriterien zur Erteilung von Weiterbildungsermächtigungen“ nach der Novellierung der MWBO, das bereits o.e. „Register zur Neugeborenenchirurgie“ und Neues zu „DRG und Kodierung“. 42 Klinik- resp. Abteilungsleiter waren nach Berlin gekommen und genossen neben den Beratungen das von Ulrike Tillig vorbereitete Rahmenprogramm. Bezüglich der Teilnahme sehe ich – vor allem in Anbetracht der Tatsache, dass bei diesem Treffen oft wichtige und zukunftsweisende Aspekte diskutiert werden – durchaus „Luft nach oben“ (auch und in diesem Jahr besonders unter den Ordinarien) und möchte alle leitenden Kollegen bitten, sich das nächstjährige Treffen vom 08.-10. Juni 2018 in Frankfurt/Main bereits jetzt in die Agenda zu schreiben. Der Termin liegt definitiv nach den Pfingst- und vor den Sommerferien und ist wegen Messe-bedingter Probleme mit Hotelkapazitäten etwas nach vorne gerutscht.

Ausgehend von Stellenausschreibungen im Deutschen Ärzteblatt hinterfrage ich immer wieder einmal die kinderchirurgische „Realität“ in Kliniken für „Allgemeine, Viszeral-, Gefäß-, Thorax- und Kinderchirurgie“ respektive in Kinderkliniken mit PNZ Level 1 und 2. Ich bekomme die verschiedensten Kooperationsmodelle zurückgemeldet, der kooperierende Kinderchirurg ist aber in aller Regel nicht auf der Webside verzeichnet. Ich möchte auch im Zusammenhang mit dem o.e. Strukturpapier eine Übersicht über die verschiedenen Kooperations-Konstrukte zusammenstellen und werde die Abteilungs- und Klinikleiter anschreiben und

Correspondence

Dr. Joachim Suß

Abteilung für Kinderchirurgie

Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Liliencronstraße 130

22149 Hamburg

Tel 040/67377216

Fax 040/67377380

j.suss@kkh-wilhelmstift.de

Internetadresse der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie:

<http://www.dgkch.de>

Eur J Pediatr Surg 2017;27: 373–386

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0939-7248

bitten, mir entsprechende Informationen zuzuleiten. Zusätzlich schlage ich vor, dass Sie mit den Kooperationspartnern über eine „Sichtbarmachung“ ihrer Kooperation auf den Web-sides sprechen, damit die kinderchirurgische Arbeit in der Öffentlichkeit mehr und deutlicher wahrgenommen wird.

Kurz vor Redaktionsschluss dieser Ausgabe habe ich mit Prof. Hakenberg (Deutsche Gesellschaft für Urologie) und Mitarbeitern der BÄK zusammengesessen, um letzte redaktionelle Anpassungen unseres gemeinsamen Antrags auf „Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugendurologie“ an die sich immer wieder einmal etwas ändernde Systematik der BÄK abzusprechen. Hier und da wünschte man eine Konkretisierung unserer sehr knapp gehaltenen Inhaltsbeschreibungen, an anderen Stellen wurde gestrafft, in der Summe hat sich nichts Relevantes geändert und unser gemeinsamer Antrag geht jetzt in die Gremien von BÄK und LÄKs. Die Gespräche verliefen erneut in sehr kollegialer und angenehmer Atmosphäre und bestätigten die positive Entwicklung im Verhältnis unserer beiden Fachgesellschaften.

Im September findet der Jahreskongress der DGKJ unter Beteiligung der DGKCH in Köln statt. Frau Ludwikowski als unsere Kongresspräsidentin hat viele interessante interdisziplinäre Sitzungen mitgestaltet. Zudem gibt es einen kinderchirurgischen Stammtisch, bei dem wir alle kinderchirurgischen Kongressteilnehmer gerne begrüßen würden (anmelden!). Ich hoffe, viele von Ihnen in Köln zu treffen, und verbleibe mit herzlichen Grüßen aus dem ICE auf der Rückfahrt von Berlin

Ihr P. Schmittenbecher.

Mitteilungen der Geschäftsstelle

Sehr geehrte, liebe Mitglieder,

Mitte des Jahres und es stehen wieder einige Informationen und Bitten aus der Geschäftsstelle an.

Preise der DGKCH 2019:

Bitte beachten Sie die Deadlines für die Bewerbungen um den Ilse-Krause-Nachwuchs-Preis und John-Herby-Johnston-Preis am 30.06.2018. Alle benötigten Informationen und Statuten finden Sie auf der Homepage. Für Rückfragen steht Ihnen auch jederzeit die Geschäftsstelle zur Verfügung.

Aktualisierung Mitgliedsprofil:

Turnusgemäß möchte ich Sie daran erinnern, Ihr Mitgliedsprofil auf der Homepage gegebenenfalls zu aktualisieren. Insbesondere bei einem Positionswechsel verweise ich an dieser Stelle auf unsere Beitragsordnung, die jederzeit auf der Homepage abrufbar ist. Wenn Sie Rückfragen haben oder Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte während Sie am Internet sitzen in den unten angegebenen Bürozeiten telefonisch an die Geschäftsstelle, dann kann ich Ihnen sofort helfen.

Online-Kongresskalender 2017:

Für eine lückenlose Führung des Kongresskalenders auf unserer Homepage, darf ich wieder um Mitteilung von Veranstaltungsterminen bitten.

DGKCH-Mitteilungen/Kategorien „Interessantes/Wichtiges von Mitgliedern für Mitglieder“ und „Personalia“

Wir freuen uns immer über Neuigkeiten und Informationen, mögen sie noch so klein sein. Sie können Ihre Nachrichten

gerne jederzeit zu den vorgenannten Kategorien an Dr. Suß und/oder die Geschäftsstelle per Mail schicken. Wenn Sie die Auflistung aller Kategorien und/oder die Deadlines der einzelnen Ausgaben interessieren, dann können Sie dies jederzeit auf unserer Homepage auf der Startseite unter „Mitteilungen“ abrufen.

Ich wünsche allen eine schöne Sommer- und Ferienzeit!
Herzliche Grüße
Ihre

Doris Lorenzen

Leiterin der Geschäftsstelle

Telefonische Bürozeiten: Mo+Di 9-12h, Mi+Do 12-15h

Ehrenmitglied der DGKCH

Laudatio für Herrn Prof. Dr. Harald Mau

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie trägt Herrn Prof. Dr. med. Harald Mau die Ehrenmitgliedschaft der Gesellschaft für Kinderchirurgie an in Würdigung seiner Verdienste für die Kinderchirurgie und seiner berufspolitischen Aktivitäten für die ärztliche Freiberuflichkeit und Berufsfreiheit.

Prof. Dr. Harald Mau wurde am 01.03.1941 in Wien geboren.

Nach seiner Schulzeit in Berlin studierte er von 1958 bis 1964 an der dortigen Humboldt-Universität Medizin. Es folgte eine sechsjährige Pflichtassistenten- und Facharztweiterbildung an der Kinderchirurgischen Klinik des Städtischen Klinikum Berlin-Buch bei Frau Dr. Ilse Krause, der Namensgeberin des Ilse-Krause-Nachwuchspreises unserer Gesellschaft. Eine weitere chirurgische Ausbildung erhielt er 1972 bis 1973 am Zentralklinikum für Herz- und Thoraxchirurgie Bad Berka.

1974 begann seine Tätigkeit an der Charité. 1978 wurde er mit dem Aufbau der Kinderchirurgie an der Charité betraut. Schritt für Schritt etablierte er mit bekannter hoher Einsatzbereitschaft und Streitbarkeit dort eine universitäre Kinderchirurgie. Nach der Habilitation 1980 wurde er 1983 Abteilungsleiter, 1984 erfolgte die Berufung zum ordentlichen Professor für Kinderchirurgie. Von 1989 bis zu seinem Abschied in den Ruhestand 2009 stand Herr Prof. Dr. Harald Mau der Kinderchirurgischen Klinik an der Charité als Direktor vor. Er meisterte unter anderem den schwierigen Parcours der Zusammenführung von 2 universitären Standorten in das neue Kinderzentrum am Campus Virchow Klinikum. Für die Kinderchirurgie ist es sein bleibender Verdienst, unser Fachgebiet in der Charité erfolgreich etabliert zu haben.

Herr Prof. Dr. Harald Mau gehörte schon immer zu den engagierten Förderern des Gedankens und der Praxis einer möglichst engen interdisziplinären Zusammenarbeit von Kinderchirurgen und Pädiatern sowie Kinderanästhesisten, Kinderradiologen und den anderen chirurgischen Disziplinen als Partner.

Er galt als ein generöser kinderchirurgischer Lehrer. Es wird berichtet, dass man sehr aufmerksam und schnell sein musste, um ihm bei rekonstruktiven Operationen folgen zu können. Seine Operationsskizzen entsprachen architektonischen Meisterstücken.

Mit den größten Herausforderungen sah sich Herr Prof. Mau konfrontiert, als er das Amt des Dekans der Medizinischen Fakultät an der Charité von 1990 bis 1995 innehatte, in einer Zeit, in der immer wieder die Abwicklung der Charité zur Debatte stand. Die dringenden Erfordernisse zur Neuorganisation der Charité erforderten von ihm Standhaftigkeit und Diplomatie.

In der Akademischen Feier zur Verabschiedung von Herrn Prof. Dr. Mau als Dekan 1995 würdigte der damalige Senator für Wissenschaft und Forschung des Landes Berlin Herrn Prof. Dr. Mau „als einen lauterer und entschlossenen Mann der ersten Stunde, dessen Erfolge mit Augen zu sehen, mit Ohren zu hören und mit Händen zu greifen sind. Der Name Harald Mau wird mit der Neustrukturierung der Hochschulmedizin in Berlin und der Erneuerung der Charité für immer verbunden sein“.

Trotz seiner vielfältigen Verpflichtungen als Leiter einer Universitätsklinik hatte Prof. Dr. Mau stets die Interessen der gesamten Ärzteschaft im Blick. Er bekleidete Positionen in der Ärzteschaft, die dem Bekanntheitsgrad der Kinderchirurgie zu Gute kamen, da er in seinen Funktionen klar als Kinderchirurg wahrgenommen wurde und stets betont hat, als Kinderchirurg für die gesamte Ärzteschaft zu sprechen.

Er setzte sich für die ärztliche Freiberuflichkeit und Berufsfreiheit ein und gründete 1989 den Virchowbund, den ersten freien Verband von Ärzten und Zahnärzten in der DDR. Im Herbst 1990 fusionierten der Virchowbund und der damalige Verband der niedergelassenen Ärzte zum NAV-Virchow-Bund, dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands. Herr Prof. Dr. Harald Mau gehört bis heute zu den Aktiven des NAV-Virchow Bundes, der sein Engagement mit der Verleihung der Kaspar-Roos-Medaille 2010 würdigte.

Seit 1990 ist Prof. Dr. Mau Mitglied der Delegiertenversammlung der Berliner Ärztekammer. Für die „Allianz Berliner Ärzte“ wurde er als Vertreter kürzlich wieder bestätigt. Seit 2011 ist Prof. Dr. Mau Vorstandsmitglied der Berliner Ärztekammer.

Aktuell engagiert sich Prof. Dr. Mau mit großem Einsatz für die Versorgung und Integration von Flüchtlingen.

Aufgrund seiner unermüdlichen Aktivität, seinen oft kritischen Interventionen und dem Drang nach Erneuerung und Entwicklung ist Prof. Dr. Mau als Person sicher nicht unumstritten und polarisierend. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie ist jedoch überzeugt von seinem besonderen Engagement für die Kinderchirurgie und seinem positivem Wirken für unseren Berufsstand.

Wir sind stolz, Herrn Prof. Dr. Harald Mau als Ehrenmitglied der DGKCH begrüßen zu dürfen.

Mitteilungen der Akademie

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

im Namen der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie laden wir Sie/Euch herzlich zur 52. Akademie für Kinderchirurgie nach Graz ein.

Dort erwartet Sie ein 2-tägiges Programm mit dem Schwerpunkt am Kopf, Hals und Thorax. Alle wichtigen Operationen, vom Neugeborenen bis zum Adoleszenten, werden von exzellenten Vortragenden für Sie aufbereitet. Vertiefend bieten wir 4 Workshops an, die Sie nacheinander durchlaufen können.

Themen

KOPF, HALS, WIRBELSÄULE: Fetale Chirurgie der Meningocele, Shunt-Chirurgie bei Hydrocephalus, Mediale und laterale Halszysten, Schilddrüsenchirurgie
SPEISERÖHRE: Ösophagusatresie mit tracheo-ösophagealer Fistel, Long-Gap Ösophagusatresie, Gastro-ösophageale Refluxkrankheit

LUFTRÖHRE, LUNGE: Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM), Thorakale Notfälle (Drainagen, Punktionen, Operationen, Trachealchirurgie (Tracheotomie, Tracheostomie, Resektionen)

ZWERCHFELL, ONKOLOGIE: Zwerchfellhernie: Operationsstrategien und Ergebnisse, Vaskuläre Anomalien Hals/Thorax, Maligne Tumore Hals/Thorax

THORAXWAND/VARIA: Thoraxwanddeformitäten, Chirurgie entzündlicher Erkrankungen im Thorax, Zentrale Katheter bzw. Portsysteme

WORKSHOPS: Tracheo-Bronchoskopie (starr, flexibel), Ösophagusstenosen: Endoskopie, Bougierungen, Dilatationen, Mitomycin; Kinderradiologische Befundung – Thorax, Gastro-ösophageale Funktionsuntersuchung

Wissenschaftliche Leitung: Univ.Prof. Dr. Holger Till Univ. Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie Graz

Tagungssekretariat: Gudrun Raber Univ.Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie Auenbruggerplatz 34, 8036 Graz Tel.: +43 316 385 13762 Fax: +43 316 385 13775 E-mail: kinderchirurgie@medunigraz.at

Tagungsort: Hörsaalzentrum der Medizinischen Universität Graz LKH-Universitätsklinikum Graz Auenbruggerplatz 50, 8036 Graz

Tagungszeit: Freitag, 3.11.2017, 08.30 – 18.00 Uhr Samstag, 4.11.2017, 08.30 – 16.00

See you in Graz,
Beste Grüße

Ihr/Euer
Holger Till

Mitteilungen zu Kongressen 2017

Sehr geehrte Mitglieder, liebe Kolleginnen und Kollegen,

vom 21. – 24. März 2017 fand die 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie im Rahmen des 134. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im ICM München statt. Das Thema des Kongresses „Verantwortung, Vertrauen und Sicherheit“ begleitete uns durch diese Woche. Partnerland waren die Niederlande. Im Rahmen der Mitgliederversammlung während des Kongresses wurde Prof. Dr. Dick Tibboel, Univ.-Prof. für Pädiatrie der Erasmus-Universität in Rotterdam (NL), Direktor der Kinderintensivstation und Leiter der Forschungsabteilung des Sophia Kinderkrankenhauses, zum neuen Ehrenmitglied unserer Gesellschaft ernannt. Prof. Marc Wijnen wurde eingeladen, zur Zentralisierung der Neugeborenenchirurgie in den Niederlanden zu referieren, und Prof. Horst Scharbatke berichtete über die postnatale Therapie bei Zwerchfellhernien in den Niederlanden.

Das Organisationsteam bedankt sich bei allen Kolleginnen und Kollegen, die uns aktiv unterstützt haben. Unser besonderer Dank geht an die Reviewer, die Vorsitzenden, die Mitgliedern, die Poster und Vorträge vorbereitet haben, sowie die aktiven Zuhörer, die mit einer reichen Diskussion zum Gelingen des Kongresses beigetragen haben. Es nahmen genau 150 Mitglieder der DGKCH an der Jahrestagung teil.

Vor dem Vortragsprogramm begann der Kongress am Dienstag mit den beiden Workshops „Minimalinvasive Kinderchirurgie – wie ich es mache“ und „Die verletzte Kinderhand – klinische Untersuchung und Basistechniken der Handchirurgie“, die Herr Dr. Richter aus Bonn durchführte, die sehr

gut besucht waren und sehr viel positives Echo erhielten. Der Workshop „Erfolgreiche Arzt-Patientengespräche“, der am Mittwoch angeboten wurde, erhielt sehr gute Beurteilungen, wurde aber leider nicht sehr stark in Anspruch genommen.

Zum Thema Verantwortung erfolgte die Auftaktveranstaltung: Versorgungslandschaften in der Kinderchirurgie. Das Problem der Zentralisierung und Mindestmengen wurde intensiv diskutiert. Prof. Mark Wijnen aus Utrecht stellte uns das niederländische Modell der Zentralisierung vor, Prof. Rolle konnte anhand von Krankenhausdaten die Versorgungssituation der Neugeborenen in Deutschland darstellen zusätzlich wurde mit Vertretern der GKV und privaten Krankenversicherungen deren Sichtweise zur Strukturierung der Neugeborenenmedizin in Deutschland sehr rege diskutiert.

Das „präinatale und postnatale Management von Kindern mit Zwerchfellhernien“ wurde mit zwei hervorragenden Übersichtsvorträgen durch Lucas Wessel und Horst Scharbatke präsentiert. Hier wurde erneut auf die Notwendigkeit der Zentralisierung in der Versorgung eingegangen.

Interdisziplinäre Sitzungen mit der DGPRÄG zur Verbrennungsmedizin und DGN zum Thema Hydrozephalus betonte die wichtige Zusammenarbeit mit den verschiedenen Gesellschaften und zeigte die hohe fachliche Kompetenz. Der Gero-Wesener-Preis des BNKD ging an Frau Katharina Schriek für den Vortrag „Brustentwicklung und -korrekturbedarf in der Pubertät nach Latzverbrühungen im Kindesalter“.

Das Thema der Transition wurde interdisziplinär mit wichtigen Beiträgen thematisiert. Die Sitzung der Jung-Kinderchirurgen zum Thema „Weiterbildung, Veränderung, Probleme, neue Modelle“ zeigte zum einen die derzeitige Ausbildungssituation in Deutschland, aber auch im Vergleich die Situation in Nordamerika. Der Wegfall von klassischen Ausbildungsoperationen wie der Pyeloplastik und Lernmethoden für die Laparoskopie wurden diskutiert, aber auch neue Arbeitsmodelle wie Teilzeit und Arbeit in der Schwangerschaft in Deutschland wurden gezeigt. Hier bestehen zwischen den einzelnen Abteilungen und Kliniken große Unterschiede und Vieles wird unterschiedlich bewertet.

Besonders interessant war die Sitzung Kinderchirurgische Forschung. Der Preis der DGKCH für den besten Vortrag erhielt Dr. Omid Madadi-Sanjani aus Hannover (MHH) mit dem Titel: „Zytokin-Profil der Leber korreliert nicht mit der Prognose der Gallengangsatresie“.

Die Abschlussitzung „Der besondere Fall und die kinderchirurgische Versorgung von Migranten“ zeigte uns, dass durch sprachliche Probleme aber auch kulturelle Unterschiede sehr viel Zeit und Engagement benötigt wird, damit erfolgreiche Behandlungen möglich werden. Dies zeigte zum Abschluss nochmals, wie wichtig Verantwortung, Vertrauen und Sicherheit auch in diesem Bereich sind.

Einladen möchten wir alle Kolleginnen und Kollegen sehr herzlich zu unserer Herbsttagung vom 20.9.-23.09.2017 in Köln und wünschen uns eine aktive Teilnahme und Mitgestaltung von Euch!

Barbara Ludwikowski
Kongresspräsidentin der DGKCH
Mechtild Sinnig und Manfred Jablonski
Kongresssekretäre der DGKCH

Mitteilungen zu Kongressen 2018

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Im Jahre 2018 werden wir die Jahrestagung der DGKCH auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin abhalten. Kongresspräsident der DGCH ist erstmalig ein Kinderchirurg: Prof. Dr. med. Jörg Fuchs aus Tübingen. Das Motto der Jahrestagung ist Tradition – Innovation – Globalisierung. Auch die Deutsche Gesellschaft für Viszeralmedizin hält die Jahrestagung dort ab. Alle weiteren Fachgesellschaften innerhalb der DGCH (Deutsche Gesellschaft für Gefäßmedizin und Gefäßchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen, Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie und Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) sind ebenfalls vertreten. Es wird vonseiten der DGCH angestrebt, vermehrt interdisziplinäre Sitzungen zu organisieren. Des Weiteren werden wie jedes Jahr Workshops von den unterschiedlichen Fachgesellschaften angeboten, die von allen Mitgliedern der DGCH bzw. der beteiligten Fachgesellschaften der DGCH besucht werden können. Workshops sind zahlungspflichtig.

Thematik für die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 17.-20. April 2018 in City-Cube Berlin

1. Europäische Netzworkebildung in der Chirurgie
Gemeinsame Sitzung DGKCH und DGAV, u.a. mit internationalen Referenten
2. MIC in der pädiatrischen Thoraxchirurgie: Innovation vs. Tradition
Gemeinsame Sitzung DGKCH und DGT
3. Distale Unterarmfrakturen im Kindes- und Jugendalter: konservativ vs. operativ
Gemeinsame Sitzung DGKCH und DGU
4. Korrektur von Bauchwanddefekten: Tradition und Innovation?
5. Globalisierung und internationale Personalakquise
Gemeinsame Sitzung DGKCH und DHV (Deutscher Hochschulverband)
6. Kinderonkochirurgie Update-Sitzung mit internationalen (Prof. Shamberger, Boston) und nationalen (Prof. Dirksen) Experten
7. Kinderurologie: "Hypospadie – Update"
8. Forum Junge Kinderchirurgie: Update Weiterbildung
9. Innovative Weiterbildungskonzepte
Gemeinsame Sitzung DGCH und DGKCH (eine der Hauptsitzungen der Jahrestagung)
10. Internationale Kooperation mit Entwicklungsländern – Tradition vs. Innovation?

Geplante Workshops der DGKCH auf der Jahrestagung der DGCH:

1. Unterschiedliche Formen der Wundversorgung in der Kinderchirurgie
2. Versorgung der suprakondylären Humerusfraktur im Kindesalter
3. Minimal-Invasive Chirurgie
4. Patchversorgung bei der angeborenen Zwerchfellhernie
5. Scientific Marketing in der Kinderchirurgie

Die Deadline für die Vortragsanmeldung ist der 30.09.2017.

Thematik für den Kongress der Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ, DGSPJ, DGKCH und BeKD) vom 12.-15.09.2018 in Leipzig

Die Herbsttagung der DGKCH unter dem Dach der DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin) wurde in „Kongress für Kinder- und Jugendmedizin“ umbenannt, damit alle sich mit Kindern und Jugendlichen beschäftigenden Disziplinen sich dort auch vertreten fühlen.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie und der Berufsverband Kinderkrankenpflege laden zum gemeinsamen Kongress für Kinder- und Jugendmedizin vom 12.-15. September 2018 nach Leipzig ein. Es ist seit über 100 Jahren das größte kindermedizinische Zusammentreffen im deutschsprachigen Europa. Diese Tradition verpflichtet zu einem aktuellen und breitgefächerten Programm. Im Kongresszentrum Leipzig (CCL) werden wir uns gemeinsam in 80 Sitzungen und 40 Workshops diesem Anspruch stellen.

Den über 30 Subspezialitäten der Pädiatrie gerecht zu werden, ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Sie gelingt nur durch thematische Bündelung mit Orientierung an Schwerpunktthemen:

1. Akut- und Notfallmedizin
2. Gesundes Leben
3. Kein Kind wird zurückgelassen

Zu dem Kongress für Kinder- und Jugendmedizin wurden immer schon Kinderärzte aus dem Ausland geladen. Dieses Mal werden Vorträge von Kinderärzten aus der Volksrepublik China, Taiwan und Singapur im Rahmen eines dreitägigen „Sino-German-Symposium“ in das Programm mit aufgenommen.

Für die Kinderchirurgie sind folgende Themenkomplexen vorgesehen:

1. Plenarsitzung Schädel-Hirn-Trauma
Auswirkungen/Langzeitfolgen des leichten und mittelschweren Schädel-Hirn-Trauma; Neuropädiatrisch/Intensivmedizinische Aspekte
Stand der Leitlinie SHT/Überblick SHT im Kindesalter
Rehabilitation nach SHT
2. Plenarsitzung Inklusion (Kein Kind wird zurückgelassen)
3. Sino-Deutsches Symposium (Englischsprachig)
China ist Gastland auf dem Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2018. Aus unterschiedlichen Bereichen (auch Chirurgie) werden Vorträge gehalten, um eine Vorstellung der Versorgung in China zu erhalten.
4. Langzeitverläufe von frühkindlichen Gastro-Intestinalen Erkrankungen
Gemeinsame Sitzung DGKCH und GPGE
5. Narkoselangzeitfolgen
Gemeinsame Sitzung DGKCH, DGKJ und WAKKA
6. Akutes Abdomen aus Sicht der jeweiligen Fachgesellschaft
Gemeinsame Sitzung DGKCH, DGKJ, GPGE, Kinderradiologie
7. Leistungssport im Kindesalter
Gemeinsame Sitzung DGKCH und DGKJ
8. Thermische Verletzungen: Prävention, Behandlung, Folgen
Gemeinsame Sitzung DGKCH, DGKJ, WAKKA
9. Das Problem der Notfallambulanz: ist die ZNA eine Lösung?
Gemeinsame Sitzung DGKCH und DGKJ

Da der Kongress erst in gut 15 Monaten stattfinden wird, sind noch nicht alle Themen und gemeinsame Sitzungen, ebenso wie Workshops der DGKCH, bis ins Detail geplant. Die endgültige Planung ist erst zum diesjährigen Kongress für Kinder- und Jugendmedizin in Köln vorgesehen.

Lucas Wessel

Mitteilungen zu Personen

Herrn Prof. Dr. med. habil. Otto Andreas Festge zum 75. Geburtstag am 12.06.2017

Ihre kinderchirurgischen Kolleginnen und Kollegen, die Sie in Ihrer jahrzehntelangen ärztlichen Tätigkeit kennen- und wertschätzen gelernt haben, gratulieren Ihnen herzlich zu Ihrem Jubiläum.

Sie haben mit Ihrer hohen fachlichen und menschlichen Kompetenz und Ihrem weit über das Fachgebiet der Kinderchirurgie wirkenden Engagement Ihre Umgebung stets beeindruckt, beeinflusst und viele Ihrer Mitarbeiter nachhaltig durch Ihre bürgerlich-humanistische und naturwissenschaftliche Denkweise geprägt. Ihre geistige Unabhängigkeit im repressiven Staat der DDR, die Sie sich bis heute bewahrt haben, Ihre kritische (auch selbstkritische!) Denkweise hat Ihnen nicht nur bei Ihren Freunden Respekt eingebracht. Sie trugen mit Ihrer für einen Chirurgen nicht selbstverständlichen funktionellen pathophysiologischen Denkweise zur wissenschaftlichen Entwicklung der Kinderchirurgie bei. Sie haben die Klinik für Kinderchirurgie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald nicht nur als ordentlicher Professor über 2 Jahrzehnte geleitet und entwickelt, sondern mit Ihrem enormen Einsatz in verschiedenen Leitungsfunktionen der Universität Greifswald auch deren weitere Entwicklung durch den Erhalt und den Ausbau der Medizinischen Fakultät in der Nachwendezeit mitbestimmt. Nach Ihrer Emeritierung sind Sie weiterhin unermüdlich in der Schlichtungsstelle der Norddeutschen Ärztekammern ärztlich im Interesse der Konfliktbefriedung zwischen Patienten und Ärzteschaft tätig.

Wir möchten Ihren Geburtstag zum Anlass nehmen und uns bei Ihnen für diese bewundernswerte Lebensleistung bedanken.

Harald von Suchodoletz

Laudatio

Prof. Dr. Joachim Bennek zum 80. Geburtstag

Wir ehren heute Professor Joachim Bennek aus Anlass seines 80-jährigen Geburtstages.

...

Es war im Dezember letzten Jahres, als ich im Rahmen meiner wiedererlangten Leidenschaft für den Hockeysport bei einem großen Turnier in Indien beschäftigt war und plötzlich mein Telefon klingelte.

Es meldete sich „Bennek, aus Leipzig“. Natürlich war ich überrascht. Ich wusste selbstverständlich von Joachim Benneks Ehrentag im April 2017, hatte allerdings nicht erwartet, dass er mich bitten würde, die Laudatio anlässlich seines 80. Geburtstages auf dem bereits angekündigten Symposium zu halten.

...

Sie können sich sicher vorstellen, was für eine unbeschreibliche Ehre und Herausforderung diese Anfrage für mich darstellte.

Ich kenne Professor Bennek inzwischen seit über 28 Jahren, als Studierender, PJ-ler, Arzt im Praktikum, Arzt in Weiterbildung, Facharzt, Oberarzt und als Freund.

Deshalb fühlte ich mich dann doch perfekt in die Lage versetzt, meiner Funktion als Laudator nachzukommen.

...

Sehr geehrter Herr Professor Bennek, lieber Joachim, sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde, liebe Festgemeinde

wir haben uns heute hier versammelt, um einen ganz besonderen Menschen, Arzt und Kollegen zu ehren.

...

Ich möchte dazu zunächst einige Facetten des Lebens von Professor Bennek beleuchten, die mir wichtig erscheinen.

...

Sie sehen hinter mir eine kleine Diaschau ablaufen, die neben verschiedenen Kollegen und Schülern von Prof. Bennek, Stationen aus seinem klinischen Leben und insbesondere auch Bilder seiner wissenschaftlichen Arbeiten zeigt.

Ich bitte jetzt schon um Entschuldigung, wenn ich eine Persönlichkeit oder ein wichtiges Ereignis vergessen haben sollte.

...

Joachim Bennek ist ein Pionier der Kinderchirurgie.

Geprägt durch seinen Lehrer Prof. Fritz Meissner widmete Joachim Bennek sein berufliches Leben der Kinderchirurgie mit all ihren Bereichen.

Bemerkenswert ist dabei insbesondere die Selbstverständlichkeit Joachim Benneks, mit der er immer zum Ausdruck brachte, dass unser faszinierendes Fach eine eigenständige Spezialisierung der Chirurgie und Kindermedizin ist.

Dass bedeutet, dass die Kinderchirurgie voll verantwortlich für alle relevanten chirurgischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters in der Krankenversorgung, aber auch besonders der Forschung und Lehre ist.

Joachim Bennek ist für mich die personifizierte Einheit von Krankenversorgung, Forschung und Lehre bzw. Aus- und Weiterbildung, eben eine klassisch akademische Persönlichkeit.

...

Diese Konstellation findet man, mit allem Respekt, in der heutigen Kinderchirurgie nur noch sehr selten. Gerade in der jetzigen Zeit, in der die Ökonomisierung der Medizin, der Kostendruck und die Überversorgung dazu führt, dass Kinder wieder verstärkt von Organspezialisten der Erwachsenenmedizin versorgt werden, wünsche ich mir tatkräftige und entschiedene Partner und Unterstützer unserer Ideen wie Joachim Bennek.

Momentan befindet sich die Kinderchirurgie in einer schwierigen Situation. Es muss die Entscheidung getroffen werden, ob und inwieweit die Kinderchirurgie eine flächendeckende Versorgung realisieren kann und gleichzeitig die erforderliche Zentralisierung der Betreuung von seltenen kinderchirurgischen Erkrankungen erreicht wird.

Eine umfassende und gleichzeitig zentralisierte kinderchirurgische Versorgung war zu Wirkzeiten von Prof. Bennek selbstverständlich. Es war für unsere Patienten, betroffene Familien und einweisende Kolleginnen und Kollegen vollkommen logisch, dass bei kinderchirurgischen Problemen die Oststrasse aufgesucht wurde.

Über die jetzt vorliegende Situation der zunehmend dezentralen Versorgung auch von komplexen kinderchirurgischen Krankheitsbildern muss ich Ihnen im sich anschließenden wissenschaftlichen Teil berichten.

...

Lassen Sie mich jetzt wieder zum eigentlichen, erfreulichen Anlass unseres Zusammenseins zurückkehren.

...

Prof. Bennek kann auf eine herausragende persönliche und klinisch-wissenschaftliche Laufbahn zurückblicken, die jetzt mit den mir wichtigsten Aspekten vorstellen möchte.

...

Ich hatte das Glück, dass mir die hervorragende Festrede von Prof. Kurt Gdanietz anlässlich des 75. Geburtstages von Joachim Bennek bei der Vorbereitung dieser Laudatio zur Verfügung stand und habe mich daraus entsprechend bedient.

...

Geboren wurde Joachim Bennek am 27.04.1937 in Leipzig. Er ging in Großdalg und Leipzig zu Schule.

...

Nach dem erfolgreichen Abitur im Jahr 1955 und dem Studium der Humanmedizin, das er 1960 gleichzeitig mit dem Abschluß seiner Dissertation A (so hieß das damals) „Zur unterschiedlichen chemischen Struktur der Brust- und Bauchorta bei Rindern und Pferden im Alterslauf“ beendete, hegte Prof. Bennek schon immer den Wunsch, Kinderchirurg zu werden.

Allerdings begann seine ärztliche Karriere zunächst als Pflichtassistent im Krankenhaus Zwenckau und danach in der Allgemeinchirurgie des Klinikums St. Elisabeth in Leipzig.

...

Joachim Bennek genoss im Anschluss eine breite, chirurgische Ausbildung.

Zunächst wie eben erwähnt als Allgemeinchirurg, aber dann auch relativ zeitig als Kinderchirurg bei Prof. Fritz Meissner seit dem Mai 1963.

...

Es war gewiss nicht von Nachteil, dass Joachim Bennek sehr zeitig für die Privatstation von Fritz Meißner zuständig war und seinem Lehrmeister unermüdlich und immerwährend zur Seite stand.

...

Die weitere Laufbahn verlief, typisch für Joachim Bennek, sehr zielstrebig. Prof. Bennek wurde Fach- und Oberarzt.

...

Seine Leidenschaft galt neben der eigentlichen Kinderchirurgie vor allem der kinderchirurgischen Intensivmedizin und dabei insbesondere der Überwachung der Patienten, heute heißt das neu-deutsch mit einem weit verbreiteten Anglizismus „Monitoring“.

...

Das Engagement für bessere Überwachungssysteme führte zu einem Meilenstein für Prof. Benneks klinisch-wissenschaftliche Entwicklung, aber mehr noch für die kinderchirurgisch erkrankten Kinder, nämlich zu seiner Habilitation „Die Ergebnisse des zentralen Venendruckes und der physikalischen Kreislaufanalyse nach Broemser-Ranke während operativer Eingriffe im Kindesalter“, verbunden mit dem Aufbau der tatsächlich ersten kinderchirurgischen Überwachungs- bzw. Intensivstation.

...

Diese Station, bekannt als Station 5, hat in der Folge unzähligen Patientinnen und Patienten das Leben gerettet, Generationen von hervorragenden Krankenschwestern und Pflegern ausgebildet und beschäftigt und viele ärztliche Kolleginnen und Kollegen zu erfolgreichen Karrierewegen befähigt.

...

Die meisten Anwesenden wissen, wie Prof. Bennek das in einer bemerkenswerten Mischung aus Anspruch, Strenge, Hingabe und großer Kollegialität die Intensivstation geführt hat.

Die täglichen Visiten waren durch die Gründlichkeit und herausragende Fachwissen von Prof. Bennek gekennzeichnet.

Als Assistent, Fach- und auch Oberarzt war es selbstverständlich, dass man sich auf jeden Aspekt der Patientenvorstellung und des jeweiligen klinischen Verlaufs umfassend vorbereitete, Bennek bekam alles heraus.

...

Professor Joachim Bennek hat zwei Generationen von Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen gemeinsam mit Prof. Tischer und Prof. Gräfe klinisch und wissenschaftlich ausgebildet.

Bemerkenswert ist dabei, dass Joachim Bennek nicht nur im OP-Saal mit Übersicht und Stringenz uns das operieren lehrte, sondern diese Prinzipien auch auf die Ausbildung und Entwicklung der AssistentInnen anwendete.

...

Dazu möchte ich Prof. Fritz Meissner aus seiner Laudatio zu Prof. Benneks 60. Geburtstag zitieren:

„Bennek ist ein gleichermaßen penibler wie eleganter Operateur. Ihm gelingen in allem Körperregionen die chirurgischen Eingriffe aus leichter Hand. Er ist ein Generalist im alten Sinne.“

Und das ist genau der Prof. Bennek, den ich und wir alle erlebt haben. Ein Operateur, der nicht nur uns allen sehr viel beigebracht hat, sondern die klassische letzte Instanz bei unerwarteten Befunden oder eben Komplikationen im OP-Saal darstellte.

...

Prof. Bennek war ein leidenschaftlicher Operateur, wie viele der Pioniere der Kinderchirurgie.

Joachim Bennek hat es aber auch verstanden, sein Wissen und seine Fertigkeiten an die nächsten Generationen weiter zu geben. Auch das ist eine Eigenschaft, die nicht selbstverständlich war.

...

Ich erinnere mich sehr genau an folgende Worte, die mir Professor Bennek vor vielen Jahren gesagt hat.

„Ich bzw. wir haben Ihnen jetzt soviel beigebracht, dass Sie 90% aller Operationen gelernt haben und ausführen können. Bei den verbleibenden 10% müssen Sie sich auf die gelernten Grundfertigkeiten und den rationalen Zugang zu der Situation verlassen.“

Das ist eine Beschreibung unseres Berufes und seiner Ansprüche vor allem in Extremsituationen, die treffender nicht sein kann.

...

Heute werden Begriffe wie Syllabus, Curriculum, Strukturierte Weiterbildung überall und vor allem natürlich auch bei den chirurgischen Fächern diskutiert. Diese strukturierte Weiterbildung wurde vollkommen selbstverständlich unter der Organisation von Prof. Bennek bereits vor 30 Jahren an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie an der Universität Leipzig realisiert.

...

Ich erinnere mich sehr gut daran, dass als ich meine Weiterbildung 1993 begonnen hatte, ich von Anfang wusste, welche Stationen, Ambulanzen und Operationsmethoden ich in den kommenden 6 Jahren durchlaufen bzw. erlernen würde.

...

Es war ein ungeschriebenes Gesetz, dass die Assistentinnen und Assistenten in Weiterbildung im 6. Jahr auf die Bennek'sche Intensivstation kamen und im Operationsaal alle Eingriffe mit erhöhtem Schwierigkeitsgrad, die zur Erlan-

gung des Facharztstatus erforderlich waren, tatsächlich auch unter seiner Anleitung durchführten konnten.

...

Wie bereits erwähnt sehen Sie hinter mir Bilder eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen, deren Ausbildung und weiterer Karriereweg maßgeblich von Prof. Bennek beeinflusst wurde. Bitte verzeihen Sie mir erneut, wenn ich eine Persönlichkeit vergessen haben sollte.

...

Etwas Wichtiges muss ich in Bezug auf die Wirkung von Professor Bennek auf die Karrieren seiner Schüler noch erwähnen.

...

Wenn man auf die Kolleginnen und Kollegen, die aus Prof. Benneks Schule zu leitenden Positionen befähigt wurden, blickt und deren derzeitige Wirkungstätten anschaut, kann er mit viel Stolz auf Prof. Karin Rothe in Berlin an der Charite, auf Prof. Bernd Tillig ebenfalls in Berlin, Prof. Ralf-Bodo Tröbs in Herne an der Ruhr-Universität Bochum, aber auch Dr. Peter Möritz am Klinikum Lippe in Detmold schauen.

Einer seiner Schüler hat es in die Stadt Frankfurt/M. an die dortige Goethe-Universität geschafft.

Die „Leipziger Schule“ hat sich also über ganz Deutschland ausgebreitet.

Die „Leipziger Schule“ hat aber auch erfreulicher Weise die Stadt Leipzig und deren Umgebung mit hervorragend Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen, wie Ute Wicke, Detlef Brock, Peter Raue, Gerald Woitek, Tino Elouahidi, Albrecht Herold, Thomas Woller und Christian Geyer versorgt.

Und keinesfalls dürfen an der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universität Leipzig tätige Bennek-Schüler bzw. enge Bennek-Mitarbeiter wie Frau Dr. Weisser und Prof. Ulf Bühligen vergessen werden.

...

Wie am Anfang erwähnt hatte Prof. Bennek neben der Kinderchirurgie, der Kinderintensivmedizin und der Aus- und Weiterbildung von Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen ein besonderes Interesse an der kinderchirurgischen Forschung.

Die meisten von Ihnen werden auf den Bildern die Schwerpunkte der wissenschaftlichen Arbeiten von Prof. Bennek wiedererkennen.

...

Wie die Chirurgie hat Prof. Bennek seine klinisch-wissenschaftlichen Projekte mit Stringenz, Hartnäckigkeit und großer Bereitschaft zur Innovation verfolgt.

...

Denken Sie dabei bitte an so umfangreiche Projekte wie die operative Versorgung kindlicher Frakturen mit dem externen Fixateur „Orthofix“. Zurückblickend hat Prof. Bennek zusammen mit einigen Kollegen wie z.B. Dr. Wolfgang Müller eine umfassende prospektive klinische Studie zur Anwendung des Fixateur externe durchgeführt.

...

Weitere wichtige Beispiele sind Studien in der Neugeborenenchirurgie, Kinderonkologie und spezieller Kindergynäkologie wie die Versorgung der Patientinnen mit adreno-genitalem Syndrom.

...

Ich selbst hatte mehrfach Gelegenheit, mit Prof. Bennek an retrospektiven Patientenstudien, aber auch experimentellen Untersuchungen zu arbeiten. Wahrscheinlich erzähle ich Ihnen nichts Neues, wenn ich sage, dass es dabei immer eine

gesunde Mischung aus Herausforderung und kompetenter Unterstützung gegeben hat.

Ich erinnere mich an die experimentelle Studie zur Adhäsionsprophylaxe, für die Prof. Bennek und ich extra an ein tierexperimentelles Labor nach Dänemark gefahren sind. Wir mussten uns tatsächlich die chirurgische Herangehensweise für dieses Experiment erarbeiten. Und auf dem doch sehr ungewohnten Gebiet der Kaninchen-Chirurgie war Joachim Bennek wie immer souverän.

...

Ich weiß aus vorherigen Laudationes, dass Joachim Bennek mehr als 500 wissenschaftliche Vorträge gehalten und mehr als 200 wissenschaftliche Arbeiten publiziert hat.

Nähert man sich dem wissenschaftlichen Werk von Professor Bennek mit den jetzt üblichen Mitteln, das heißt Online-Suchmaschinen, findet man herausragende 96 registrierte Publikationen bei Pubmed und 108 Publikationen bei Scopus. Das ist in sofern bemerkenswert, da diese Suchmaschinen nicht alle Publikationen, insbesondere nicht die deutschsprachigen registrieren und Joachim Bennek trotzdem auch heute noch in der Spitzengruppe der deutschen Kinderchirurgen zu finden ist.

...

Diese Publikationslisten zeigen auch Joachim Benneks Bereitschaft zur Förderung der interdisziplinären Forschung. So entstanden viele Publikationen gemeinsam mit seinen, unseren pädiatrischen Partnern.

Misst man den Erfolg oder die Bedeutung an der Anzahl der Zitierungen einer Publikation, sind die beiden erfolgreichsten Publikationen von Prof. Bennek einmal die Publikation mit Prof. Kiess über „Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence“ mit 47 Zitierungen, gefolgt von der Arbeit mit Dr. Hoepffner über „Pregnancies in patients with congenital adrenal hyperplasia“ mit 32 Zitierungen.

Unsere Studie zur Adhäsionsprophylaxe im Kaninchenmodell hat es auf beachtliche 23 Zitierungen gebracht.

Und mit größter Hochachtung und etwas Neid muss ich noch erwähnen, dass Prof. Bennek eine Publikation in der höchst renommierten Zeitschrift „Lancet“ mit „Gastric perforation in newborns“ hat. Das können nur sehr wenige Kinderchirurgen aufweisen.

...

Am Ende meiner Laudatio möchte ich noch einmal Prof. Meissner um Unterstützung bitten.

...

Zitat Meissner zum 60. Geburtstag von Joachim Bennek: „Dem Lehrer ist es eine große Freude, seinem erfolgreichen Schüler Glück und weiterhin Erfüllung in seinem weitgesteckten Arbeitsbereich zu wünschen. ... Unsere Bindungen haben über 34 Jahre Bestand gehabt, und es bleibt mein Wunsch, dass sich in unserer freundschaftlich-kollegialen Beziehungen nichts ändern möge.“

...

Ich zitiere hier und jetzt Prof. Meissner nicht vollkommen uneigennützig.

...

Lieber Professor Bennek., lieber Joachim, es ist mein großer Wunsch, dass Du zu meinem 60. Geburtstag eine ähnliche Grußbotschaft sendest, dann kennen wir uns übrigens 36 Jahre.

...

Alles Gute lieber Joachim, genieße den heutigen Tag mit Deiner Frau, deiner Familie, deinen Freunden und allen alten und neuen Mitstreitern.

Dein Udo
Udo Rolle

Nachruf Dr. Ingeburg Petersen

Frau Dr. Ingeburg Petersen wurde am 19. Februar 1920 in Flensburg geboren, hier bestand sie 1939 die Reifeprüfung. Die Entscheidung, Musik oder Medizin zu studieren, fiel ihr schwer. Sie entschied sich für die Medizin und begann nach Ableistung der Arbeitsdienstpflicht 1940 das Studium in Jena, wechselte dann nach Göttingen und schließlich nach Straßburg. Hier legte sie 1944 das Staatsexamen ab und wurde im selben Jahr promoviert. Bereits während des Studiums lernte sie ihren Doktorvater Prof. Zuckschwerdt kennen, der sie für ihren beruflichen Werdegang wesentlich prägte. Mit ihm arbeitete sie viele Jahre zusammen und blieb ihm in lebenslanger Freundschaft verbunden. In seiner Abteilung begann Frau Dr. Petersen im Sommer 1944 ihre Tätigkeit als Pflichtassistentin. Bedingt durch die politischen Ereignisse geriet sie nach wenigen Monaten zusammen mit allen deutschen Angehörigen der Medizinischen Fakultät beim Fall Straßburgs in amerikanische Kriegsgefangenschaft. Während dieser Zeit war sie in der chirurgischen Abteilung des General Hospital in Lison / Frankreich ärztlich eingesetzt, bis sie wenige Wochen vor Kriegsende nach Flensburg zurückkehren konnte. Dort arbeitete sie bis Februar 1946 in einem Lazarett. In diesen schwierigen Nachkriegsjahren fand sie eine Volontärassistentenstelle in Norderdithmarschen. Nachdem im Sommer 1947 Prof. Zuckschwerdt die Chirurgische Klinik in Göttingen übernommen hatte, erhielt Frau Dr. Petersen dort eine Assistentenstelle und konnte ihre Weiterbildung bis zur Anerkennung als Fachärztin für Chirurgie fortführen. Zusammen mit Prof. Zuckschwerdt ging sie 1952 nach Bad Oeynhausen und 1955 nach Hamburg an das Universitätskrankenhaus Eppendorf. Dort begann sie, sich intensiv mit der Kinderchirurgie zu beschäftigen und übernahm 1960 die damals neu eingerichtete Kinderchirurgische Abteilung in dem großen Hamburger Kinderkrankenhaus in Rothenburgsort, die sie bis 1982 leitete.

Das Wohl der ihr anvertrauten Kinder stand bei ihr immer im Vordergrund. Ihre Richtschnur waren chirurgische Perfektion und Disziplin, die sie in wohlwollender Strenge auch von ihren Mitarbeitern erwartete. Die Visite an Wochenenden und Feiertagen war ein ungeschriebenes Gesetz. Sie hatte immer ein offenes Ohr für den Einzelnen, förderte uns Jüngere, nahm uns bei den Operationen hilfreich an die Hand. Nachdrücklich riet sie uns, in die wissenschaftlichen Gesellschaften einzutreten. „Ein Chirurg braucht eine wissenschaftliche / chirurgische Heimat“ war ihr Credo und solange es ihre Gesundheit zuließ, war sie stets auf den Kongressen der DGCH und der Norddeutschen (damals noch Nordwestdeutschen) Chirurgen anzutreffen.

Viel früher als geplant musste sie ihre ärztliche Tätigkeit beenden, weil das Kinder- Krankenhaus Rothenburgsort geschlossen wurde. Nun aber fand sie endlich Zeit und Muße für ihre große Liebe, die Musik. Sie spielte selber wieder auf dem neuen Klavier, ging in Konzerte und reiste zu großen Festivals in Europa, von denen sie signierte Zeichnungen großer Interpreten mitbrachte.

Am 21. Februar 2017 verstarb Frau Dr. Petersen nach langer Krankheit. Mit Respekt und Dankbarkeit werden ihre Mitarbeiter sie in Erinnerung behalten.

Ursula Engel

Von Mitgliedern für Mitglieder

IMPRESSIONEN AUS EINEM DEUTSCH - LYBISCHEN KINDERCHIRURGIE - PROJEKT



A. Fette, Patient und Vater

Zur besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text immer nur die männliche Form genannt. Die weibliche steht dem natürlich gleichberechtigt gegenüber.

Während der Herrschaft von Muammar al-Gaddafi drangen nur sehr spärlich Informationen nach draußen, "wie denn nun die "Kinderchirurgie" in Lybien eigentlich so aufgestellt ist?". Da die "Deutsche Medizin" aber generell ein sehr hohes Ansehen genießt, bemühte sich eine Herrscherfamilie in Benghazi schon sehr frühzeitig nach der Revolution eine Kooperation mit "Deutschen Ärzten" aufzubauen, um so "Deutsche (Facharzt-)Standards" in ihr neu eröffnetes Privatkrankenhaus zu bringen. Denn, bedingt durch die politische Lage gab es für die lybischen Ärzte in den letzten Jahrzehnten nur wenig Möglichkeiten sich weiterzubilden, Spezialausbildungen zu absolvieren oder sich neue moderne Op-Techniken anzueignen. Der Großteil des Pflegepersonals stammt von den Philippinnen, das Gastronomie- und Reinigungspersonal fast überwiegend aus Ägypten oder Osmanien. Alles ist deshalb "multikulti" und "fremdsprachig" und es gibt die unterschiedlichsten Ausbildungsstandards und -Curriculas. So hatte ich z. B. an einem Spätnachmittag eine "neue" philippinische Instrumentierschwester (männlich!) zugeteilt bekommen. Als ich ihn fragte, "bei wie vielen "Blinddärmen" er den schon instrumentiert hätte", antwortete er freundlich lächelnd "er habe schon bei 2 zusehen dürfen (!) und daraufhin gleich in seinem Land das "Fachdiplom Op- Pflege" erhalten (!)".

Zu Beginn dieses Projektes hatte eigentlich niemand daran gedacht, unser Fachgebiet mit aufzunehmen, galt es doch in der hiesigen Bevölkerung und in Expertenkreisen als "viel zu kompliziert und speziell". Ehrlicherweise muss man sogar sagen, dass es hier bisher als eigenständiges Fachgebiet überhaupt nicht wahrgenommen worden ist ! Und dabei gibt es eigentlich sehr sehr viele kinderchirurgische Patienten in Lybien, wie sich später schnell herausstellen sollte.

Und wie kam ich nun in dieses Projekt?? Durch eine Dienstplanänderung bedingt begleitete ich eines Tages lybische Bürgerkriegsopfer auf ihrem Ambulanzflug zurück in die Heimat, nachdem sie in Deutschland und Österreich medizinisch versorgt worden waren. So kam ich das erste Mal in Kontakt mit dem mir sonst "so fernen und unbekanntem Lybien". Nach

meiner Rückkehr hörte ich von diesem Projekt und schickte meine Bewerbung los. Wenig später saß ich dann schon mit Visa und Empfehlungsschreiben im Flieger: "Gerne wollte man es trotz allem auch mal mit einem "Exoten = Kinderchirurgen" versuchen". Das war im Sommer 2012

Da das neueröffnete Krankenhaus ein reines Privatkrankenhaus ist (Vorgabe: hier darf der Krankenhauseigner selbst die Arbeitserlaubnis für seine Ärzte ausstellen), waren wie in den anderen Disziplinen auch initial nur "Kurzzeitaufenthalte" geplant, wo vordringlich Konsile, Visiten, (Spezial-) Sprechstunden abgehalten und nur elektive Operationen durchgeführt werden sollten. Die "Notfallbehandlung" stand eigentlich nicht auf der Agenda, wird sie doch fast ausschließlich nur in staatlichen Kliniken durchgeführt. Schnell stellte sich jedoch heraus, dass diese strikte Trennung nicht so einfach durchführbar war und vor allem, dass "Kurzzeitaufenthalte" sicher nicht ausreichend sein werden. "Denn niemand kannte sich mit kinderchirurgischen Krankheitsbildern aus und natürlich wollten die Eltern "ihren Kinderchirurgen" bis zum absoluten Behandlungsabschluss (und am liebsten noch darüber hinaus) bei sich haben". Aus mehreren Gründen wurden es deshalb sehr schnell "Langzeitaufenthalte mit Jahresvisum" bei mir. Diese verlangten mir sehr viel Selbstdisziplin ab und viele meinten schon, dass "ich bereits eine Inventarnummer bekommen hätte". Mit dem erneuten Ausbruch des Bürgerkrieges 2014/2015 fand alles dann ein jähes Ende.....

Neben seiner Männer- und Frauenstation (natürlich streng getrennt) hat das Krankenhaus eine Abteilung für Geburtshilfe mit angegliedertem Neugeborenenzimmer. Hier gibt es mehrere Neugeborenenbettchen und einen (Transport-)Inkubator. Zusätzlich einen Heizstrahler und einen Versorgungstisch. Durch das grosse Frontfenster können die stolzen Eltern und Angehörigen jederzeit ihren "Nachwuchs" bewundern. Ein "Rooming In", wie wir es praktizieren, gibt es aber eigentlich nur zu den Fütterungszeiten der Neugeborenen. Es gibt eine Operationseinheit mit 3 Sälen, eine Aufwach-/Intermediate Care Station, die Röntgenabteilung mit Ultraschallgerät und CT (das aber nur funktionierte, wenn es auch gewartet wurde), mehrere Ambulanz- und Sprechstundenräume, ein Kliniklabor und eine (öffentliche) Apotheke (die aber nicht das Krankenhaus versorgte). Wichtigster Ort für ALLE war aber sicherlich die Cafeteria, "denn alle Lybier (und nicht nur die) lieben Süßigkeiten" !! Und so gab es nach jeder Geburt oder Operation "Süßigkeiten für Alle": Eltern, Verwandte, Ärzte, Schwestern, Dolmetscher und natürlich auch für den gerade operierten Patienten!

Bisher gab es in Benghazi 2 kinderchirurgische Hauptabteilungen: das Benghazi Medical Center (= Universität) und das Benghazi Children's Hospital. Zwei staatliche Institutionen, die sich am Universitätscampus nur durch eine Hauptstrasse getrennt gegenüberliegen. Die Gebäude sind schon sehr alt, der Austausch von Personal und Equipment funktioniert sehr gut, aber trotzdem sind die Aufnahme- und Op-Kapazitäten für die kinderchirurgischen Patienten viel zu gering. Aus welchen Gründen auch immer, ist die Reputation beider Kliniken und ihrer Ärzte in der Bevölkerung deutlich schlechter als die eines JEDEN ausländischen Krankenhauses oder Arztes.

Im Gegensatz zu Deutschland wird unser Fachgebiet innerhalb der Fachgesellschaften, der Ärzteschaft und auch bei der Ärztekammer als "reine Neugeborenen- und Viszeralchirurgie" verstanden. Subspezialisierungen, wie z. B. in "Kinderurologie" oder "Kindertraumatologie" gibt es nicht. Aber auch diese "Kernspezialisierung" wird nicht einheitlich gehandhabt und auch die "Erwachsenen-Organ-Spezialisten"

positionieren sich nicht wirklich. Nach meinem Wissen gibt es auch bei keiner der lybischen chirurgischen Fachgesellschaft ein standardisiertes Weiterbildungscurriculum oder einen standardisierten Op-Katalog.

Normalerweise arbeiten die lybischen Kinderchirurgen am Morgen in Festanstellung in einem staatlichen Krankenhaus, am Nachmittag und Abend in ihrer Privatpraxis oder in einem der zahlreichen privaten Krankenhäusern. Terminplanungen, insbesondere mit den Chefärzten, sind deshalb als "sehr flexibel" zu betrachten und machen eine definitive Op-Planung für den individuellen Patienten nicht gerade einfach. Andererseits nehmen die Eltern den plötzlich abgesetzten Op-Termin eher gelassener mit "Inshallah = Gott gegeben" hin als bei uns und beschwerten sich nicht gleich beim Patientenführsprecher über "ein lausiges Op-Management" (N.B.: womit sie natürlich völlig recht hätten).

Die Hierarchie innerhalb der Abteilung ist sehr streng: Chefarzt - Oberarzt - Assistenzarzt, auch wenn man als "Gast" auf den 1. Blick einen anderen Eindruck hat bzw. Vermittelt bekommt. Innerhalb der Abteilung legt man sehr viel Wert auf "Gleichberechtigung", aber die islamische Tradition sieht das anders: Hier trifft der (auch nur erst versprochene) "Ehemann" alle Entscheidungen für seine Frau. Deshalb durften z. B. die weiblichen Examenskandidaten nicht an meiner Vortragsreihe zur Examensvorbereitung teilnehmen, die ich auf Wunsch des Klinikdirektors und aus zeitlichen Gründen auf einen Feiertag legen musste.

Junge Kinderchirurgen begeistern sich sehr für eine Hospitation in Deutschland, unterschätzen aber allzu leicht, was da auf sie zukommen wird: die Sprachbarriere, das andere Gesundheitssystem, die fremde Kultur und nicht zu vergessen, die lange Trennung von ihren Familien. Meinem persönlichen Eindruck nach erkennen sie auch nicht, dass "in Deutschland eigentlich niemand auf sie wartet und sie sich dort ganz hinten anstellen müssen".

Von Beginn an versicherten mir alle meine lybischen Kollegen ständig, dass "lybische Ärzte sehr "lernbegierig", "immer kollegial" und niemals "neidisch oder eifersüchtig" auf ihre ausländischen Kollegen seien". Ich hatte allerdings einen anderen Eindruck: Trotz meiner ständigen Einladung wollte keiner der "Hausdienste" jemals an einer Visite teilnehmen. Sie beschränkten sich nur darauf mich "anrufen zu lassen", wenn "ein "Problem" mit einem Kind zu erwarten war bzw. immer auf Drängen der Eltern". Die "Lösung" interessierte sie grundsätzlich nicht, eine "direkte Übergabe" fand niemals statt. Im Laufe der Zeit wurden mir auch immer mehr und mehr "Kinderfrakturen" vorgestellt. Ich war sicher der "Erfahrenste vor Ort" für diese Patienten, trotzdem verweigerte sich der Cheforthopäde von Benghazi jeder interprofessionellen Zusammenarbeit, indem er sich stur auf das traditionelle Dogma - "Kinderfrakturen werden in Lybien niemals von Kinderchirurgen behandelt" - zurückzog. So blieb mir nichts anderes übrig, als mich "auf das Verordnen von Schmerzmitteln und Infusionen zu beschränken" und zu versuchen "die "Behandler" von Operationsschritten abzuhalten, die sie besser nicht durchführen sollten".

Die Grundeinstellung in der lybischen Bevölkerung gegenüber "allem Medizinischen" lautet schlicht und einfach: "traue niemals dem Gesundheitssystem und schon gar nicht irgendwelchen Ärzten". Es herrscht ein "ständiges Wehklagen über alles und jeden im Gesundheitssystem". Das "individuelle Körperwissen" und die "medizinische Allgemeinbildung" innerhalb der Familien sind sehr gering. Selbst unsere gängigen Krankheitsbilder, ihre natürlichen Verläufe und deren Behandlung sind völlig unbekannt. Ebenso der "Wert einer Zweitmeinung". Alles wird durch die "arabisch-muslimische

Kultur" und mit "Inshallah" erklärt und nicht mit unseren "gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen". Und, jede endgültige Entscheidung über Behandlung oder nicht, wird vom Familienoberhaupt getroffen und nicht wie bei uns von den Eltern (!). Und selbst bei wirklichen Notfällen kann diese Entscheidung dauern und muss nach unseren Masstäben nicht unbedingt "schlüssig" ausfallen. Hier "zurückhaltend und kultursensibel" zu bleiben war eine große Herausforderung für mich, denn schließlich "kann man hier nicht mal kurz das Jugendamt oder die Kinderschutzgruppe wegen Kindeswohlgefährdung einschalten". Und, "vielleicht kann man ja in einem System, in dem über Jahrzehnte die Gesundheitsfürsorge immer nur "zur Verfügung" gestellt wurde, auch gar keine "Eigenverantwortlichkeit" erwarten?!"

Die lybische Bevölkerung setzt große Hoffnungen in den "Medizintourismus" in ihre Nachbarländer Ägypten, Jordanien und Tunesien. Aus meiner Sicht kamen die Patienten und ihre Familien aber meist mit sehr "fragwürdigen" Behandlungsempfehlungen und Operationen zurück, die ihre hohen, um nicht zu sagen überhöhten Erwartungen, natürlich nicht erfüllt, sie aber trotzdem ihre kompletten Ersparnisse gekostet haben. Dass dies "aus unserer Sicht eigentlich so "vorhersehbar" war", kann aber nicht "vermittelt" werden. Auch nicht innerhalb der Familie einer lybischen Kollegin. Ich hatte ihr Patenkind "umsonst" vor Ort bereits erfolgreich behandelt, trotzdem fuhr die Familie nach Tunesien. Dort "bestätigte man mehr oder weniger meine Therapie", verlangte dafür aber 18 000 Euro!!

Die generelle "Erwartungshaltung" und das "Vertrauen" in uns "Deutsche Ärzte" ist extrem hoch. Die Familien gehen dabei aber immer "von einer 100 % Heilung aus", egal wie auch immer die Ausgangsdiagnose lautet! Eine "Erwartungshaltung", die "kein seriöser Arzt jemals erfüllen können wird". Dies "offen" anzusprechen ist aber völlig unmöglich, hier wird sofort "abgeblockt".

Die lybische Bevölkerung geht weiterhin davon aus, dass "die "Regierung" einzig und allein für IHRE "Gesundheitsfürsorge" Sorge zu tragen habe". "Natürlich absolut kostenfrei für den Einzelnen, am Liebsten auch noch für den "privaten Krankenhaussektor"". Auch betrachtet die lybische Bevölkerung das Vermögen, das Muammar al-Gaddafi im westlichen Ausland angehäuft hat, als "IHR persönliches" Vermögen, das dann auch von der jeweiligen "Regierung" z. B. für die "Gesundheitsfürsorge" genutzt werden soll. Vor diesem Hintergrund werden auch die "Med Evacs", die z. B. von Deutschland und Österreich aus durchgeführt wurden, gesehen. "Verdiente Bürgerkriegsopfer werden von "ihrem" Geld wie VIPs mit deutscher Supermedizin behandelt"! Hintergrundinformationen zu unserer (etwas anderen) "westlichen Sichtweise" werden aber zu keiner Zeit auch nur ansatzweise zugelassen!!

Vor diesem Hintergrund bedrängte die lybische Bevölkerung ihre "aktuelle Regierung" ein "Gesundheitsprogramm" aufzulegen, das generell ALLE (!) Behandlungskosten übernimmt. Unabhängig davon, ob es sich um einen Zivilisten, einen Militärangehörigen oder ein Kind handelt. "Denn alles wird als "Kriegsfolge" verstanden, auch z. B. angeborenen Gebrechen". Das bedeutet, sobald "ihre Diagnose" anerkannt worden ist, "muss die "Regierung" die kompletten Kosten für die Auslandsbehandlung plus einem Zuschlag für die Familie bezahlen". "Das Geld sollte dabei aus "Gaddafi's (Auslands-) Vermögen" entnommen werden". "Die einzige Voraussetzung zur "Teilnahme" sollte (war) ein "ärztliches Attest eines Doktors "vorzugsweise" aus dem Westen" sein". "Die tatsächliche Indikation, die wahre Diagnose und die wirkliche Prognose sind dabei von untergeordneter Bedeutung, solange sie nur

ins "Programm" passen". "Natürlichen bestürmten mich die Eltern und Verwandten reihenweise, damit ich ihrem geliebten Kind so ein "Attest" ausstelle und ihnen damit die Teilnahme an diesem "Programm" ermögliche. "Und es so natürlich zu 100 % geheilt zurückkommt""Und "natürlich wusste ich, dass die Familie vom "Zuschlag" eventuell sehr lange nach ihrer Rückkehr in Lybien ihren Lebensunterhalt bestreiten muss"!!

Wie nur kann man diesen verzweifelten Eltern mit ihrem "bisherigen Körperwissen" (s. oben) vermitteln, dass z. B. angeborene Krankheiten ganz andere Ursachen wie erworbene haben? und, dass oft auch dem besten "deutschen Chirurgen" keine 100 % Heilung möglich ist? Und, dass leider aus verschiedenen Gründen oft auch "völlig überzogene und falsche Erfolgsprognosen" herausgegeben werden (s. "Medizintourismus"). Hier "Aufzuklären" und nur "absolut korrekte Atteste" auszustellen, war sicherlich "das Belastenste" für mich.

Da unser Fachgebiet bisher eher ein "Schattendasein" im lybischen Gesundheitswesen und der Bevölkerung führte, wurden mir zu Beginn natürlich sehr viele Kinder "ohne eigentliches kinderchirurgisches Problem" vorgestellt. Teils aus Neugier, viele aus Unwissenheit oder vielleicht auch nur der "physischen Anwesenheit des "Deutschen Doktors" geschuldet". Natürlich gab es auch das andere Extrem: aus Unkenntnis, dass es in diesen Fällen sehr gute kinderchirurgische Behandlungsmöglichkeiten gibt, wurden mir auch viele Kinder "vorenthalten", schon am "Empfang" abgewiesen. Das wurde im Laufe der Zeit aber stetig besser. Insbesondere, nachdem sich Aisha, meine Übersetzerin (PJ-Studentin), Mohammad, unser "Klinikkoordinator" (MA in italienischer Geschichte) und meine "Kinderschwestern" sich "das eine oder andere bei mir abgesehen und innerhalb ihrer Großfamilien selbst "ausgetestet" hatten". "Mundpropaganda" und "persönliche Empfehlungen" von Eltern zu Eltern waren hier mein "Schlüssel zum Erfolg".

Mohammad berichtete mir immer wieder, dass den Eltern immer gleich auffiel, dass "ich meinen kleinen Patienten immer in den Mittelpunkt meines Handelns stellte und nicht den Familienpatriarchen, wie sie es gewohnt waren". "Auch würde ich immer die Mutter mit einbeziehen, das kannten sie so bisher auch noch nicht". Schnell lernte ich von Mohammad, dass, wenn auf der Konsilanforderung "general check-up" stand, nicht eine "große pädiatrische Vorsorgeuntersuchung" gemeint war, sondern die "Hodenlage und -größe" des "kleinen Stammhalters" kontrolliert werden sollte. Und dass man dafür "alle Frauen", einschließlich der Schwester im Säuglingsalter, aus dem Zimmer schicken musste.....

Es war mein erklärtes Ziel, "die Eltern und Familien meiner kleinen Patienten so aufzuklären und zu informieren, wie ich das auch in Deutschland immer mache". "Um sie soweit zu bringen, dass sie "unbeeinflusst" ihre eigenen Entscheidungen treffen können". Das war sicherlich die größte Herausforderung für mich in diesem Projekt. Und, ehrlicherweise muss ich sagen, traue ich mich nicht zu sagen, wie "nachhaltig" ich dabei wirklich war.

Der Chefanästhesist von Benghazi hat früher einmal selbst in Deutschland in einem Herzzentrum gearbeitet und konnte somit auch kleine Säuglinge narkotisieren. Das bedeutete, dass wir schon von Beginn meines ersten Aufenthaltes an (zumindest elektive) Neugeborenen-/Säuglingschirurgie in einem Privatkrankenhaus anbieten konnten. So etwas hatte es bisher noch nie gegeben. Da der Chefanästhesist ein vielbeschäftigter Mann war, war die "Termineinhaltung" nicht immer einfach. Wenn es aber klappte und die Eltern den

"Mehrpreis" aufbringen konnten, wurde es gerne angenommen

Nachdem wir uns das Laparoskopie-Set der Allgemeinchirurgen "ausleihen" durften (Deutscher Chefarzt im Ruhestand), konnten wir auch mit den ersten laparoskopischen Eingriffen (z. B. Appendizitis, Leistenhernie) beginnen. Da die Universitätskliniken diese Technik nicht anbieten konnten, jeder aber schon einmal von dieser "Schlüsselloch-Chirurgie" gehört hatte, war das Interesse natürlich riesengroß und "jeder wollte solch eine Operation haben". Hauptprobleme waren jedoch die Funktionstüchtigkeit der Instrumente aufgrund mangelnder Wartung sicherzustellen und natürlich, dass diese Op-Technik deutlich teurer als die konventionelle berechnet wurde.

Die Zahl der bei klarer kinderchirurgischer Indikation letztendlich im Privatkrankenhaus auch durchgeführten Operationen verdoppelte (!) sich im Laufe der Zeit. Dabei konnte ich über 2/3 meiner operierten Patienten mindestens noch einmal sehen und nachuntersuchen. Setzt man die Zahl der in der "traditionellen lybischen Kernspezialisierung" durchgeführten Operationen als 100 %, konnte die Rate der Operationen in "unseren" Subspezialitäten wie z. B. "Kopf-Hals", "Plastische und Wiederherstellende" und "Bewegungsapparat" auf je ca. 10 % "gesteigert" (!) werden. Dadurch dass ich "alle Ultraschalluntersuchungen" anbieten konnte und mich dafür einsetzte, dass "Röntgenkontrastmittel" jetzt "immer vorrätig" war, konnten wir unser "diagnostisches Portfolio" um ein Vielfaches (!) erweitern.

Trotz der "Skepsis" des Krankenhausmanagements veranstaltete ich kontinuierlich und "beharrlich" kleine Vorlesungsreihen und Workshops zu Basisthemen wie "Hygiene", Zugänge legen und pflegen", oder "Wunden und Verbandswechsel" für ALLE Berufsgruppen und natürlich "meine Übersetzer". Weitere spezielle Inhalte für z. B. unsere Op-Schwestern folgten. Natürlich war es sehr schwierig die unterschiedlichen Charaktere, Kulturen, Sprachen und Ausbildungsstände "unter einen Hut zu bringen". Zu vermitteln, "dass gemeinsames Lernen auch sehr viel Spaß machen kann und dass niemand Angst davor haben muss, bloßgestellt zu werden". Jeder Teilnehmer erhielt zum Schluss ein "Zertifikat" aus den Händen des Klinikdirektors. Das wurde besonders von den Familienoberhäuptern sehr geschätzt. Sehr gerne kamen sie zur "Zertifikatsübergabe" und waren sehr stolz auf die Leistungen ihrer Töchter. Eine Nachhaltigkeit konnte leider nicht erreicht werden, da ich der einzige der Ärzte war und blieb, der sich hier engagierte.

Nach meinen ersten Treffen mit den einheimischen leitenden Kinderchirurgen beschlossen wir eine neue Form der Zusammenarbeit zwischen "Privat- und Universitätsspital":

Wir erstellten und verteilten eine "Liste" mit allen "interessanten" Fällen der leitenden Kinderchirurgen an die Jungassistenten, so dass diese sich der Visite und der Operation anschließen konnten. Unabhängig davon, in welches Krankenhaus der Patient aufgenommen worden war.

Wenn immer möglich, haben wir alle komplexen Fälle im Team der leitenden Ärzte zusammen operiert und den jungen Kollegen alles ausführlich "live" erklärt. Das Feedback von allen war überwiegend positiv und diese "neuen" Möglichkeiten wurden von einigen besonders ambitionierten jungen Kollegen sehr gerne angenommen.

In Vorbereitung für das anstehende Facharztexamen habe ich eine Vorlesungsreihe mit bed-side teaching über klassische kinderchirurgische Themen abgehalten. Auch dies fand bei allen Examenkandidaten großen Anklang. Anschließend konnte nach vielen Jahren wieder eine kinderchirurgische Facharztprüfung in Lybien abgehalten werden. "Als Mitglied

des Prüfungsausschusses kann ich stolz berichten, dass alle Kandidaten ihre Prüfung bestanden haben". Es war aber zugegebenermaßen nicht leicht für mich, mich individuell und (kultur-) sensibel auf jeden Kandidaten einzustellen und gleichzeitig einen gerechten und einheitlichen Prüfungsablauf für die gesamte Gruppe zu gewährleisten.

Andreas Fette

Historisches

Zum 100. Geburtstag von Peter Paul Rickham



Am 21. Juni 2017 jährt sich zum 100. Mal der Geburtstag eines der namhaftesten Vorkämpfer unseres Fachgebietes Kinderchirurgie.

Geboren wurde er in Berlin als Sohn von Otto Louis Reichenheim. Im „Berliner Adressbuch“ von 1917 ist kein Otto Reichenheim aufgeführt, 1918 allerdings schon, als Dr. phil. Otto Reichenheim. Nach einer Pause findet man ihn ab 1925 als Prof. Dr. phil. verzeichnet, wohnhaft in einer Villa in Westend. Es dürften kaum Zweifel bestehen, dass es sich um das Vaterhaus von P. P. Rickham handelt. Otto Louis Isidor R., ein Physikprofessor, starb mit 62 Jahren 1950 in London. Ab 1935 ist er nicht mehr im Berliner Adressbuch erwähnt. Die jüdische Familie dürfte also Berlin und Deutschland mit drei Töchtern und zwei Söhnen beizeiten verlassen haben.

Der Sohn, Peter Paul, besuchte die Kantonsschule in St. Gallen. Es folgte ein Medizinstudium im Queen's College, Cambridge, und Saint Bartholomew's Hospital Medical School. Er nahm an der Invasion in Nordfrankreich im Juni 1944 teil, und an Kriegshandlungen im Pazifik, und erreichte den Rang eines Majors im Royal Army Medical Corps.

Seine Ausbildung zum Kinderchirurgen erfolgte danach bei Denis Browne am Hospital for Sick Children in London und bei Isabella Forshall am Alder Hey Children's Hospital in Liverpool, mit einer einjährigen Abrundung in Boston und Philadelphia als travelling fellow. 1952 wurde er Consultant Paediatric Surgeon im Alder Hey, 1965 Director of Paediatric Surgical Studies.

1971 wurde er zum Leiter und Professor als Nachfolger von Max Grob an das Universitäts- Kinderspital Zürich berufen, wo er bis zu seiner Pensionierung blieb.

Rickham war ein besessener Forscher. Schon seine Master's Thesis befaßte sich mit der Reaktion des Stoffwechsels von Neugeborenen auf einen chirurgischen Eingriff. Die

Hydrozephalusbehandlung erweiterte er durch die Entwicklung eines „Rickham“-Reservoirs zum Holter-Ventil. Neben zahlreichen Publikationen erschien 1969 in London sein Lehrbuch „Neonatal Surgery“, das über viele Jahre weltweit in Gebrauch war. Liverpool verdankt ihm die erste chirurgische (Intensiv-)Station für Neugeborene der Welt, und erhöhte damit die Überlebensrate von Neugeborenen nach chirurgischen Eingriffen von 22 % auf 74 %.

Er war Mitbegründer der BAPS, des Journal of Pediatric Surgery und der Association of Spina Bifida and Hydrocephalus.

Ehrungen blieben nicht aus: Er war Hunterian Professor des College of Surgeons 1964 und 1967, bekam die Denis Browne Goldmedaille, die Medaille der American Academy of Pediatrics, und wurde 1979 Ritter der Ehrenlegion.

Nach einem Schlaganfall wurde er über lange Zeit von seiner Frau Lynn gepflegt, bis er am 17. 11. 2003 starb.

Rickham war ein Mann des vorigen Jahrhunderts, aber dabei ein Pionier der ersten Stunde unserer Kinderchirurgie. Sein einhundertster Geburtstag ist geeignet, unser Selbstbewusstsein aufzurütteln.

Götz Borgwardt

Ilse Krause, eine außergewöhnliche Persönlichkeit der Kinderchirurgie, zum 100. Geburtstag



Am 18. August dieses Jahres wäre Dr. sc. med. Ilse Krause 100 Jahre alt geworden. Ehemalige Schüler und Mitarbeiter nehmen den Tag zum Anlass, der Wegbereiterin der Kinderchirurgie mit Ehrerbietung und in Dankbarkeit zu gedenken.

„Zahlen an sich bedeuten nichts. Aber hinter den Zahlen stehen Kinder, kranke Kinder. Auch wegen eines einzigen Schicksals, das wir günstig beeinflussen konnten, also um ein einziges Menschenleben willen, haben sich die zehn Jahre gelohnt.“

Worte, mit denen Ilse Krause die Teilnehmer des Symposiums anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Kinderchirurgischen Klinik im Klinikum Berlin-Buch, am 3. Dezember 1966, menschlich tief berührte.

Ein prägendes Vorbild

Was hätte Ilse Krause uns heute zu sagen? Kämpft für die Kinderchirurgie, wie ich es tat!

Sucht man nach Anfängen dessen, was Fritz Rehbein (1911-1991, Bremen) als das eigentliche Neuland der Kinderchirurgie bezeichnete, aber als Entität mit heutiger Gestaltungskompetenz noch nicht vorhanden war, so führt eine Spur in Deutschland zu der damaligen jungen Chirurgen Dr. Ilse Krause. Evangelisch-protestantisch geprägt, entsprach sie keineswegs den zeitgenössischen Vorstellungen staatlicher Obrigkeit, der sie unterstand. Sie, die Politik als moralischen Gradmesser verstand, galt als unbequem. Sie war geradlinig, mutig und eine leidenschaftliche Kämpferin für die Kinderchirurgie, die nicht buckelte. Waldemar Hecker (1922-2008, München) würdigte die erste Kinderchirurgin Deutschlands als „Marschallin der Medizin, die nicht herrschte, sondern diente“.

Obwohl seit dem 18. Jahrhundert die Chirurgen Karl Joseph Oehme (1752-1783, Dresden), Robert Hermann Tillmanns (1844-1927, Leipzig), Ferdinand Karewski (1858-1923, Jüdisches Krankenhaus Berlin), sich der Kinderchirurgie bereits gewidmet hatten, Erwin Gohrbandt (1890-1965, Berlin) 1928 und Richard Drachter (1883-1936, München) 1930 weltweit die ersten kinderchirurgischen Lehrbücher herausgegeben hatten, war bis Anfang der 50er Jahre des vorigen Jahrhunderts eine selbständige Kinderchirurgie in Deutschland nicht denkbar. 1958 wurde der Facharzt für Kinderchirurgie in der DDR und 1992 in der BRD eingeführt. Dass Kinder von Geburt an den für sie kompetenten Chirurgen brauchen, war nur allmählich akzeptiert worden.

Medizinhistorisch wird verstanden, dass die Entwicklung der Kinderchirurgie in Europa erst nach dem Zweiten Weltkrieg (1939-1945) ihren Anfang hat nehmen können. Sicherlich trifft das für Deutschland zu. Zu den Protagonisten dieser Entwicklung gehört Ilse Krause (1917-1984, Berlin-Buch).

Werdegang

Am 14.08.1917 in Graudenz (Westpreußen) geboren, ging Ilse Krause in Berlin zur Schule und legte 1937 an der Agnes-Miegel-Schule in Berlin-Neukölln das Abitur ab. Wie im Dritten Reich Pflicht, hatte sie zunächst ihre Arbeitsdienstzeit zu absolvieren. 1938 begann sie mit dem Medizinstudium an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin (seit Februar 1946 Humboldt-Universität), setzte es an der Philipps-Universität Marburg fort, legte dort am 25.06.1943 das Staatsexamen ab und promovierte im gleichen Jahr. Mitten im II. Weltkrieg begann die 26-jährige ihre ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus in Finsterwalde/Lausitz. Doch bald verschlug es sie als notdienstverpflichtete junge Ärztin in das 30 Km entfernte Luckau, wo sie mit den Gefährdungen des Krieges zu leben hatte und bei der Versorgung Kriegsgefangener eines Lazaretts eine der schrecklichsten Auswirkungen des Krieges kennen lernte. Spätere Stationen ihres Berufsweges waren Krankenhäuser in Neuruppin/Mark und in Luckenwalde bei Berlin. 1949 erwarb sie die Anerkennung als Fachärztin für Chirurgie und ging 1952 nach Berlin, ins Krankenhaus im Friedrichshain zu Professor Heinrich Klose (1879-1968), Direktor der dortigen Chirurgischen Klinik.

Weg zur Selbständigkeit

Maßgeblich für die berufliche Zukunft von Ilse Krause wurde ein Kinderarzt. Es war der Chefarzt der Kinderklinik im Städtischen Hufeland-Krankenhaus in Berlin-Buch, Prof. Dr. Heinrich Robert Kirchmair (1906-1969). Er war 1956 von einem längeren Aufenthalt aus Bagdad mit der Idee zurückgekehrt, in Berlin eine kinderchirurgische Klinik ins Leben zu rufen. Darüber sprach er mit dem Leiter der Abteilung für Gesund-

heitswesen beim Magistrat von Groß-Berlin, der sich an Prof. Klose wandte. Dem gefiel die Idee, die er unmittelbar in die Tat umsetzte, indem er seiner Oberärztin Dr. Ilse Krause nahelegte, den in der Kindermedizin neuen Weg zu gehen. Ihn trat die 39-Jährige am 1. Juni 1956 an und begründete am 10. Dezember 1956 unter wirtschaftlich schwierigen Voraussetzungen und weltanschaulich gespaltener Menschheit in Ost und West, die Kinderchirurgische Klinik im Städtischen Hufeland-Krankenhaus Berlin-Buch - ihr Lebenswerk.

Anfang und Aufstieg

Beides begann mit drei Betten, zwei Ärztinnen, drei Schwestern Ilse Krause besuchte kinderchirurgische Einrichtungen in anderen Städten Europas, was bis zum Mauerbau am 13. August 1961 noch möglich war. Dadurch erhielt sie Einblicke in das Betätigungsfeld des Faches und lernte kinderchirurgische Persönlichkeiten kennen, wie Fritz Rehbein, mit denen sie einen wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch pflegte.

Die Bettenkapazität stieg auf 133, die Anzahl ärztlicher Mitarbeiter zeitweise auf 25, der Bedarf wuchs. Ihre fachliche Kompetenz verlieh ihr große Autorität und Glaubwürdigkeit sowie Vertrauen, auch bei staatlicher Prominenz. Ilse Krause operierte den Sohn des Oppositionellen Prof. Dr. Robert Havemann (1910-1982), den Enkel des damaligen Ministerpräsidenten Willi Stoph (1914-1999), die Tochter Erich Honeckers (1912-1994) aus erster Ehe mit Edith Baumann (1909-1973) und nicht zuletzt war sie geschätzte Konsiliarin im Regierungskrankenhaus. Als Chirurgen wurde sie von Anna Seghers (1900-1983) konsultiert.

Die Klinik wurde von Ilse Krause bis zu ihrem Eintritt in den Ruhestand 1978 aufgebaut, gestaltet und mit Energie geleitet. Von ihr gingen - sozusagen aus dem ersten kinderchirurgischen Zentrum, der Leitklinik im nicht universitären Bereich - entscheidende Impulse für die Entwicklung unseres Fachgebiets aus. Ihre Pioniertaten sind etabliert und liegen ein halbes Jahrhundert zurück: Die von ihr eingeführten offenen Besuchszeiten für Eltern, damals ein wahrlich revolutionärer Schritt zur Aufrechterhaltung der Mutter-Kind-Bindung, die 1966 in Deutschland erstmals begonnenen geplanten ambulanten Operationen bei Kindern (die Engländerin Gertrud Herzfeld tat das bereits 1938), die am 1. April 1969 innerhalb der kinderchirurgischen Wachstation gegründete erste Kinder-Intensiv-Therapie-Station (Kinder-ITS) der DDR, nur acht Tage nach einer solchen in Mainz und nicht zuletzt die in der Charité eingeführten systematischen Vorlesungen über Kinderchirurgie.

Wissenschaftliche und gesundheitspolitische Impulse

Neben der klinischen Alltagsarbeit war Ilse Krause unermüdet und erfolgreich bestrebt, die sich ständig ergebenden Fragestellungen des Fachgebietes in Angriff zu nehmen und zu ihrer Klärung beizutragen. Daraus resultierten zahlreiche Vorträge und Publikationen, auch zur Anleitung und Heranbildung von kinderchirurgischen Schwestern. Gleichzeitig bemühte sie sich berufspolitisch, der Kinderchirurgie den ihr zukommenden Platz zu erobern. Sie stand vor 60 Jahren - und das als Nichthochschullehrer! - in vorderster Linie der Kämpfer für die auf dem Gebiet der damaligen DDR letztlich erfolgreiche Etablierung des Faches Kinderchirurgie mit seinen Subdisziplinen als dem natürlichen Partner der Kinderheilkunde. Sie war 1964 Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Kinderchirurgie, von 1971-1972 Vorsitzende der Sektion und war

ständiges Mitglied der Fachkommission bei der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR. Im Zusammenwirken aller war sie eine Säule für die 1985 gegründete Gesellschaft für Kinderchirurgie der DDR. Sie saß im Beirat der Berliner Chirurgischen Gesellschaft und war 1974-1978 deren Schatzmeister.

Ehrungen und bleibende Vorbildwirkung

Äußere Ehrungen wurden ihr durch die Ehrenmitgliedschaften der Ungarischen und der Tschechischen Gesellschaft für Kinderchirurgie, mit der Verleihung der Titel Medizinalrätin und „Verdiente Ärztin des Volkes“, für großartige Leistungen auf dem Gebiet der Kindermedizin, zuteil. Abgerundet wurde die Persönlichkeit der nimmermüden Ärztin und Wissenschaftlerin durch die Habilitation.

Ilse Krause war eine Arztpersönlichkeit, die lehrte, forderte und förderte, aus ihrer Schule gingen Chefärzte und Professoren hervor, ihre fachliche Ausstrahlung und menschliche Zuwendung trugen ihr nicht nur als unsere Chefin den Namen „Mutter Krause“ ein.

Sie nahm Anteil an privaten Freuden und Sorgen aller Mitarbeiter; sie war immer bereit zu helfen, was gelegentlich auch eigenes Risiko einschloss. Und nicht zuletzt: Sie hatte Humor und konnte stilvoll feiern. Ihr Vermächtnis ist in dritter Generation ihrer Nachfolger bewahrt, ihr Name lebt im ILSE-KRAUSE-NACHWUCHSPREIS unserer Gesellschaft fort.

Ilse Krause starb mit 67 Jahren, am 16.09.1984, in Berlin. Ihr Grab befindet sich in Luckau. Zu ihrer Hinterlassenschaft gehört ihre nachwirkende Einstellung zum Leben und zum Menschen.

Kurt Gdanietz, Götz Borgwardt