

## Mitteilung des Präsidenten

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

der Internetauftritt der DGKCH liegt mir am Herzen, er ist verbesserungsbedürftig. Frau Dr. Schmedding setzt in die Pflege des Internetauftrittes sehr viel persönliches Engagement und Kraft. Ich gehe jedoch davon aus, dass nicht alle Mitglieder die notwendigen Passwörter für den internen Dialog kennen. Frau Lorenzen kann Ihnen diese auf schriftliche Anfrage mitteilen.

Auf der Mitgliederversammlung in München habe ich die notwendige Bereitschaft, Frau Dr. Schmedding zu unterstützen, eingefordert. Finanzielle Mittel, um uns professionell zu unterstützen, sind bisher nicht vorhanden.

Die Liste der in Verantwortung Stehenden und derer, die Verantwortung übernommen haben, wurde zwischenzeitlich ergänzt und ist im Internet korrigiert, auf mögliche Ungenauigkeiten bitte ich aufmerksam zu machen.

Alle Schreiben, die die Gesellschaft betreffen, müssen in Zukunft immer an die Geschäftsstelle in Berlin gesandt werden, nur so wird es möglich sein, in Zukunft substanziiert zu arbeiten und die Briefwechsel chronologisch zu archivieren. Unsere Gesellschaft (und nicht nur unsere) krankt an der fehlenden (nicht mehr auffindbaren) Dokumentation von Anfragen und Vorgängen vergangener Zeiten. Die im März 2001 in Berlin eingerichtete Geschäftsstelle mit Frau Lorenzen als Sekretärin kann dieses alte Problem in den Griff kriegen.

Der Umbau des Langenbeck-Virchow-Hauses in Berlin geht zügig vonstatten, das Richtfest wurde in der zweiten März-Woche gefeiert, die offizielle Einweihung ist mit einem entsprechenden Festakt für den 1.10.2005 geplant. Neben den verschiedenen Chirurgischen Fachgesellschaften findet auch die Berliner Medizinische Gesellschaft dort ihr Zuhause.

Mehrere Mitglieder haben mich ermutigt, als Präsident bzgl. DRG/InEK aktiv zu werden. Die Möglichkeiten der einzelnen Fachgesellschaft sind sehr begrenzt: sie können sich im Internet über [www.G-DRG.de](http://www.G-DRG.de) selbst informieren. Herr Dr. Reifferscheid/Hamburg wird in den kommenden Jahren mit der von mir eingesetzten Arbeitsgruppe diesen Themenschwerpunkt für unsere Gesellschaft gemeinsam mit der GKInD bearbeiten. Inwieweit die Verwaltungen der einzelnen Kliniken sensible Kalkulationsdaten (insofern sie diese haben) zur Verfügung stellen, vermag

ich momentan nicht zu beantworten. Im Juni 2005 feiert die GKInD ihr 10-jähriges Bestehen in Siegen, zu einem Grußwort bin ich eingeladen; vielleicht kann ich nach diesem Treffen detaillierter berichten.

Zeitgerecht zum Ende des Jahres 2004 wurden wissenschaftliche Arbeiten für den auf dem Kinderchirurgischen Kongress in Bremen zu verleihenden Drachter-Preis eingereicht. Bei den Autoren habe ich mich für die Einreichung bedankt, der Vorstand unserer Gesellschaft hat die Gutachter am 5.2.2005 benannt, der Konventsprecher der Hochschullehrer Herr Prof. Ure/Hannover wird in Bremen die Laudatio halten.

Möglicherweise sind unsere wissenschaftlichen Preise in Vergessenheit geraten, die Statuten werden wir im Laufe dieses Jahres ins Internet stellen, sodass hoffentlich im kommenden Jahr Bewerbungen für den Ilse-Krause-Nachwuchs-Preis und den Herbie-Johnston-Preis (kinderurologische Arbeit) eingehen werden. Gerne weise ich auf den jährlich auf dem Kinderchirurgenkongress zu vergebenden Posterpreis hin, eine Anerkennung, die von einem Mitglied unserer Gesellschaft gesponsert wird. Mit der Annahme eines angemeldeten Posters durch den Kongressvorsitzenden wird die Präsentation von zwei durch den Vorstand benannte Gutachter bewertet, eine gesonderte Anmeldung ist nicht notwendig. Die DGKCH behält sich vor, bei nicht genügendem wissenschaftlichem Anspruch auf die Preisvergabe zu verzichten.

Die Geschäftsstelle hat die Liste der Kinderchirurgischen Kliniken und Kinderchirurgischen Abteilungen in Deutschland überarbeitet, Belegabteilungen sind in Zukunft als solche tituiert. Die neue Klinikliste wird in Kürze unter [www.dgkch.de](http://www.dgkch.de) nachzulesen sein.

Kliniken, die keine 24 Stunden kinderchirurgische Bereitschaft dienstplanmäßig vorhalten (können?), werden gebeten, diesen Sachverhalt dem Vorstand der Gesellschaft schriftlich anzuzeigen. Aufgrund sinkender stationärer Behandlungsfälle in den kommenden Jahren bei geringeren Geburtenzahlen wird sich der Vorstand der DGKCH in unmittelbarer Zukunft mit der Struktur und Zahl der Kinderchirurgischen Kliniken in Deutschland befassen müssen. Dies betrifft auch die Weiterbildung im Gebiet Kinderchirurgie, Curriculum usw.!

Das Präsidium der Medizinischen Hochschule Hannover (Träger der Kinderklinik der MHH/190 Betten) und der Vorstand der Hannoverschen Kinderheilstätte (Trägerin des Kinderkranken-

hauses auf der Bult in Hannover/289 Betten) haben für das Jahr 2012 die Fusion beschlossen. Aufgrund sinkender Geburtenzahlen wird der Bedarf für die stationäre Kindermedizin angepasst, die MHH verzichtet auf eine eigene Kinderklinik, Trägerin des neuen „Kinderkrankenhauses Hannover“ auf dem Gelände der MHH wird die Hannoversche Kinderheilstätte. Es gab in Hannover keinen Aufschrei, alle Abteilungsleiter beider Kinderkliniken werden in den kommenden 1½ Jahren ein schlüssiges Konzept für die stationäre Versorgung Hannoverscher Kinder entwickeln, das die wissenschaftlichen Belange der MHH, wie auch den Versorgungsauftrag der Stiftung erfüllen kann. Als Präsident der DGKCH informiere ich Sie über die Hannoversche Entwicklung, eine Entwicklung, die möglicherweise in anderen Ballungsgebieten ebenfalls ansteht. Als betroffener Chefarzt werde ich mich positiv in das zu entwickelnde Konzept einer u.a. einzigen Kinderchirurgischen Klinik in Hannover einbringen.

Die Zeiten haben sich bereits geändert, nutzen wir sie gemeinsam zugunsten der uns anvertrauten Kinder, nutzen wir sie für das die Organmedizin überschreitende Gebiet Kinderchirurgie, nutzen wir sie gemeinsam mit unseren pädiatrischen Partnern und nutzen wir sie für den Dialog mit unseren chirurgischen Kollegen.

Berlin, den 28.2.2005

Dr. Ulrich Hofmann  
Präsident der DGKCH

## Mitteilungen aus den Kinderchirurgischen Kliniken

### Heidelberg

#### **Workshop „Dreams and Streams in Hypospadias Repair and Endoscopic Treatment of Vesico-Ureteric Reflux“, Kinderchirurgische Universitätskliniken Mannheim und Heidelberg, Heidelberg, 3. und 4. Oktober 2004**

Nach Veranstaltungen in der Türkei, Griechenland und Ägypten, fand in Heidelberg am 3. und 4. Oktober 2004 der 4. Internationale Workshop mit dem Thema Chirurgische Korrektur bei Hypospadie und endoskopische Therapie des vesiko-ureteralen Reflux statt. Etwa 140 Teilnehmer aus 14 Ländern, unter anderem Irland, Schweiz, Österreich, Ägypten, Großbritannien, Bosnien, Polen, Italien, Indien, Schweden und Griechenland, waren anwesend.

Der erste Tag hatte die endoskopische Therapie des vesiko-ureteralen Reflux zum Thema, also die subureterale Injektion unterschiedlicher Substanzen. Prof. Puri, einer der Pioniere dieser Technik, referierte über seine langjährige Erfahrung sowohl mit Teflon als auch mit Deflux (Dextranomer in Hyaluronsäure). Obwohl er keine substanzabhängigen Komplikationen mit der in der Bundesrepublik kontrovers diskutierten Substanz Teflon erfahren hat, verwendet er seit einigen Jahren ausschließlich Deflux. Diese Substanz ist die einzige mit FDA-Zulassung, wird sehr gut vertragen, ist komfortabel zu applizieren und zeigt sehr gute Langzeitergebnisse.

Prof. Azmy aus Glasgow, Schottland, ebenfalls ein sehr erfahrener „Unterspritzer“, berichtete über seine sehr große Serie mit hervorragenden Ergebnissen bei der Therapie mit Teflon. Frau Dr. Schmedding aus Bremen stellte das Studiendesign der zurzeit

laufenden Deutschen Multizenterstudie zur endoskopischen Behandlung des Reflux vor. Die vorläufigen Ergebnisse der bislang erhobenen Daten wurde präsentiert und das Auditorium ermuntert, sich an dieser Studie zu beteiligen. Nach der Präsentation der Mannheimer Erfahrungen durch PD Dr. Hosie fand zum Abschluss der Sitzung eine lebhafte Diskussion zu Indikationen, Technik, Materialien und Komplikationen statt. Der Tag wurde abgerundet durch eine Führung durch das Heidelberger Schloss mit anschließendem Abendessen in der Schlossweinstube.

Am darauf folgenden Tag wurden Korrekturen von distalen und proximalen Hypospadien sowie ein Rezidiveingriff live in den Hörsaal übertragen. Die Eingriffe wurden durch Prof. Ahmed Hadidi, Herausgeber eines internationalen Nachschlagewerkes zum Thema Hypospadie, und Prof. Markus Riccabona, renommierter Kinderurologe aus Linz/Österreich, vorgenommen. Die internationalen Gastreferenten waren Prof. Puri (Irland), Prof. Azmy (GB), Prof. Orkiszewski (Polen), Prof. Rokitanski (Österreich), Prof. Zabitzanakis (Griechenland) und Prof. Zachariou (Schweiz).

Die Vorträge haben die gesamten Aspekte der Hypospadie behandelt, insbesondere:

- **Operationszeitpunkt:** Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass der ideale Zeitpunkt zur Korrekturoperation zwischen dem 3. und dem 15. Monat liegt, da der kindliche Penis bis zum 3.-4. Lebensjahr lediglich 1 cm wächst.
- **Klassifikation:** Es bestehen unterschiedliche Einteilungen. Eine umfassende Variante wurde vorgestellt. Sie beinhaltet die Morphologie der Glans, das Vorliegen einer Chorda, die Breite der Urethralplatte sowie die Rotation des Penischaftes.
- **Entwicklungen der operativen Ansätze:** Es wurden bislang über 300 unterschiedliche Operationstechniken beschrieben. Sie können jedoch, je nach Operationsprinzip, in 8 Gruppen unterteilt werden. So z.B. Verwendung von distaler oder proximaler Penischaftthaut, freien Transplantaten oder Vorhaut.
- **Häufig angewendete chirurgische Techniken für distale Hypospadien** wie eine Mathieu-Modifikation mit Y-V-Plastik, TIP (tubularized incised plate), usw.
- **Übliche Operationen für proximale Hypospadien** wie Hautlappen mit lateralem Stiel, Onlay- und tubularisierter Insellappen.
- Die **schützende zusätzlich interponierte Gewebeschicht** ist eine operative Strategie, die in den letzten Jahren zu einer erheblichen Reduktion von operativen Komplikationen geführt hat. Es bestehen unterschiedliche Möglichkeiten wie die Interposition von Tunica dartos, intermediäres Gewebe der Vorhaut, Tunica vaginalis und Fascia spermatica interna.
- **Schienung:** Einige Untersuchungen haben gezeigt, dass die Verwendung von Schienen nach der Korrektur von distalen Hypospadien nicht immer erforderlich ist, und eventuell zu erhöhten Komplikationsraten führen kann.
- **Verband:** Mehrere Untersuchungen zeigen, dass Art und Dauer des Verbandes einen erheblichen Einfluss auf das operative Ergebnis haben. In einigen Untersuchungen sind sogar bessere Ergebnisse nachzuweisen, wenn kein Verband verwendet wird.
- Im Allgemeinen sollte bei **postoperativen Komplikationen** kein erneuter Eingriff vor dem Ablauf von 6 Monaten erfolgen, um eine ausreichende Wundheilung mit Verbesserung der Operationsergebnisse zu gewährleisten.

- **Behandlung von Fisteln:** Die wichtigsten Punkte sind der Ausschluss einer distalen Obstruktion und die Exzision der Basis der Fistel, um das Auftreten von Rezidiven zu minimieren.
- **Misslungene Korrektur einer distalen Hypospadie:** Die zu verwendende Technik ist abhängig von dem Ausmaß der Fibrose und des zur Verfügung stehenden gesunden Gewebes. Eine nicht erfolgreiche Mathieu-Operation bedeutet nicht unweigerlich, dass keine erneute Mathieu-Technik zur Anwendung kommen kann.
- **Misslungene Korrektur einer proximalen Hypospadie:** Der wichtigste Schritt ist die Exzision aller narbigen oder minder-durchbluteten Areale. Die darauf folgende Korrektur ist abhängig von dem zur Verfügung stehenden Gewebe: Hautlappen mit lateralem Stiel, freies Transplantat oder Ähnliches.
- Die *peno-skrotale Transposition* sollte in einer zweiten Sitzung, nach der Korrektur der Hypospadie, erfolgen, um die Durchblutung der für die Urethralplastik verwendeten Lappen nicht zu gefährden.
- Die Rolle des „*tissue engineering*“ wurde ebenfalls ausgiebig diskutiert. Zum jetzigen Zeitpunkt ist die klinische Anwendung dieser Techniken nicht etabliert.

Es wurden 4 Hypospadie-Korrekturen demonstriert; eine distale und eine skrotale Variante durch Prof. Hadidi. Beide Patienten bekamen einen Verband über 6 Stunden und keine transurethrale Schiene. Der Patient mit der proximalen Hypospadie erhielt eine suprapubische Ableitung für 12 Tage.

Prof. Riccabona hat eine distale Hypospadie korrigiert und ein Urethradivertikel mit Fistelbildung als Rezidiveingriff vorgenommen. Die Patienten erhielten eine transurethrale Schiene und einen Verband für eine Woche. Die Operationen sind glatt und komplikationslos verlaufen, die Demonstrationen waren klar und verständlich. Alle Patienten hatten einen problemlosen postoperativen Verlauf. Am Ende fand eine lebhafte Panel-Diskussion unter Mitwirkung des Auditoriums zu kontroversen Themen statt.

#### **Bericht über das Symposium „Harntransportstörungen im Kindesalter“ in Tübingen vom 11. bis 13. November 2004**

Bei der Tagung handelte es sich um die erste ausschließlich kinderurologische Veranstaltung nach der Neubesetzung des Lehrstuhls Kinderchirurgie an der Universität Tübingen im Frühjahr 2002. Damit sollte die zentrale Bedeutung der Kinderurologie für unser Fachgebiet hervorgehoben werden. Es konnten mehr als 120 Teilnehmer aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Polen, Ungarn, Rumänien, Serbien und Italien in Tübingen begrüßt werden. Mit Live-Operationen, Übersichtsreferaten, der Podiumsdiskussion und den beiden Workshops (Laparoskopie in der Kinderurologie, Videourodynamik) sollten vor allem Weiterbildungsassistenten in der Kinderurologie angesprochen werden. Das Rahmenprogramm fand am Freitag mit dem Gesellschaftsabend auf der Burg Hohenzollern seinen Höhepunkt.

Der Freitagvormittag stand ganz im Zeichen der modernen minimalinvasiven Verfahren. Die endoskopische subureterale Unterspritzung tritt gegenüber der offenen Chirurgie des vesiko-ureteralen Refluxes weltweit zunehmend in den Vordergrund. Auf diesem Gebiet zeigte Prof. Sauvage/Strasbourg im Rahmen der Live-Operationen Kniffs und Tricks, die aus seiner Erfahrung mit



Trokar-Positionen für laparoskopische (Hemi-)Nephrektomie.

weit mehr als 1000 Patienten resultieren. Es folgten 2 laparoskopische Heminephrektomien (Alter 3 Monate und 12 Monate), live von Prof. Fuchs/Tübingen und seiner Mannschaft voroperiert. Beachtlich waren die OP-Zeiten von wenig mehr als einer Stunde.

Offen chirurgisch durchgeführte Nephrektomien und Heminephrektomien werden in Tübingen seit über 2 Jahren nur noch ausnahmsweise vorgenommen. Rekonvaleszenz und Liegezeiten konnten damit erheblich optimiert werden. Die endoskopische Refluxtherapie und die minimalinvasive Chirurgie in der Kinderurologie wurden zusätzlich anhand von Vorträgen präsentiert und diskutiert. PD Lorenz/Bremen stellte erste Ergebnisse der Multizenterstudie über die endoskopische Refluxtherapie vor.

Am Freitagnachmittag standen Vorträge zur konventionellen Diagnostik (MCU – State of the Art) und über die statisch-dynamische MR-Urographie auf dem Programm. Frau PD Rohrschneider/Ludwigshafen berichtete, dass sich mit dieser Methode ohne Strahlenbelastung Morphologie und Funktion des Harntrakts in einer einzigen Untersuchung darstellen lassen. Anschließend stellte Prof. Rösch/Regensburg die moderne Chirurgie der Doppelnieren in einem Übersichtsreferat dar. Der Megaureter stand im Zentrum der abschließenden gemeinsamen Podiumsdiskussion mit Kinderchirurgen, Urologen und Nephrologen.

Der Samstagmorgen wurde von Dr. Amon/Tübingen mit einem Vortrag über das Management von Kindern mit Niereninsuffizienz begonnen. Es folgte PD Boemers/Salzburg mit 2 Übersichtsreferaten zur neurogenen Blase und zur Videourodynamik. Im Workshop Laparoskopie wurden Tricks und Kniffs gezeigt, und die Teilnehmer hatten Gelegenheit für praktische Übungen am Tiermodell. Für den Workshop Urodynamik wurde in Tübingen ein digitales Lehrprogramm entwickelt (Depner, Hacker) und es wurden 2 Live-Untersuchungen angeboten. Die überaus positiven Rückmeldungen aus dem Teilnehmerkreis ermutigen uns, in 2 Jahren eine Folgeveranstaltung zu planen.

Dr. med. Hans-Walter Hacker  
Ltd. Oberarzt Kinderchirurgie

## Mitteilungen zu Personalien

### Regensburg

Zum 31.12.2004 ist der Leiter der Kinderchirurgischen Klinik der Klinik St. Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Prof. Dr. F.-J. Helmig, in den Ruhestand getreten. Prof. Helmig war 1987 aus München (Dr. von Haunersches Kinderspital) nach Regensburg gegangen und hatte die Leitung von Dr. Regenbrecht übernommen. Über die Nachfolge wird – Ausdruck der zunehmend engeren Zusammenarbeit der Klinik St. Hedwig mit der Universität Regensburg – in einem universitären Berufungsverfahren (C3-Stiftungsprofessur) entschieden. Bis zur Berufung des neuen Leiters wird die Klinik kommissarisch durch den leitenden Oberarzt, Prof. Dr. P. P. Schmittbecher, geführt, seit kurzem apl. Professor für Kinderchirurgie der Universität Regensburg. Ergänzt wird das Team zum 1.3. durch OA Dr. Eckhard Schmidt, bisher Trier, der die Stelle von OA Dr. Bernd Geffken übernimmt. Dr. Geffken hat im Sommer 2004 gemeinsam mit Dr. Jorycz (vorher Bern) die neue kinderchirurgische Einheit am Kreiskrankenhaus Traunstein übernommen.

### Tübingen

Herr Professor Dr. med. Jörg Fuchs, Ärztlicher Direktor der Kinderchirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Tübingen, wurde in die Vereinigung International Pediatric Surgical Research als Board Member aufgenommen.

## Historisches

### Anton Oberniedermayr (1899 – 1986)

Von 1936 bis 1969 leitete Professor Dr. Anton Oberniedermayr die universitäre Kinderchirurgische Abteilung im Dr. von Haunerschen Kinderspital München als Nachfolger von Richard Drachter. Auszunehmen sind die Jahre von 1945 bis 1962, da Oberniedermayr in dieser Zeit des Dienstes enthoben war. 1959 erhielt er das Extraordinariat für Kinderchirurgie, das früher bereits geschaffen und besetzt, dann aber der Kinderchirurgie zunächst vorenthalten worden war.

Am 21. September 1957 lud Oberniedermayr zu einem Treffen westdeutscher Kinderchirurgen in das Dr. von Haunersche Kinderspital ein. Hieraus entstand die „Arbeitsgemeinschaft deutscher Kinderchirurgen“ in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und 1963 die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie der Bundesrepublik. Oberniedermayr war von 1963 bis 1964 deren erster Präsident.

1960 habe ich Kontakt zu Oberniedermayr aufgenommen. Dies geschah auf Vermittlung meines damaligen internen Chefs am Marienhospital Wesel, Dr. Gerhard Wipperfurth. Er hatte Oberniedermayr im zweiten Weltkrieg kennen gelernt.

Oberniedermayr empfahl mir bei meinem Besuch in München folgenden Ausbildungsgang: 3 Jahre Allgemeine Chirurgie, 1 Jahr Pädiatrie und eventuell 1 Jahr Pathologie oder Biochemie. Am 1.11.1965 begann ich meine Arbeit als Assistenzarzt in München. Bis Anfang 1974 war ich hier.

Oberniedermayr habe ich kennen gelernt und erlebt als einen zurückhaltenden, kompetent beratenden und sehr erfahrenen Vorgesetzten, und zwar als Kinderchirurgen wie als Kinderorthopäden. Damals bestand das Krankengut noch zum großen Teil aus Kindern, die orthopädisch zu behandeln waren.

Oberniedermayr hat das große Spektrum operativ zu versorgender Säuglinge und Kinder vorgegeben, seien die Erkrankungen allgemein-chirurgischer, urologischer, traumatologischer, neurochirurgischer, onkologischer oder eben – damals noch – orthopädischer Natur.

Unser Chef war ein eleganter und zielstrebigem Operateur, der oftmals als „letzter Mann“ festgefahrene OP-Situationen zu gutem Ende führte.

Oberniedermayr hat viele Kollegen ausgebildet, die später leitende Positionen eingenommen haben. Genannt seien Helbig, Singer, Lutz, Hüsselradt, Maier, Devens, I. Coerdts, Schnur, Regenbrecht, Fahramand, Heinrich, Heiss, Schuster. Ich war sein letzter Schüler.

Drei seiner Schüler wurden zu Präsidenten der Gesellschaft für Kinderchirurgie gewählt: Singer, Maier, Pompino, Maier zudem zum Präsidenten des Kinderchirurgischen Weltverbandes. Oberniedermayr selbst wurde zwischen 1973 und 1999 mit der Oberniedermayr-Ehrenvorlesung, dann nach seinem Tod mit der Oberniedermayr-Gedächtnisvorlesung geehrt.

Er war kein Mensch und Vorgesetzter, der polarisierte. Er verstand den ungeduldrigen Ehrgeiz junger Kollegen, kanalisierte ihn dezent und geschickt. Er wollte selbst verstanden werden.

Seine Vergangenheit im Dritten Reich hatte er bewältigt und längst hinter sich gelassen. Manches, was sich Ende der 90er-Jahre ereignete, hätte ihn wohl nicht berührt und eher stumm gelassen.

Im Herbst 1959 hat Anton Oberniedermayr seinen Sohn Hans im Alter von 24 Jahren durch einen Motorradunfall in Südtirol verloren. Das hat sein Leben verändert.

In den Jahren bis zu seinem Ausscheiden 1969 habe ich mein akademisch-wissenschaftliches und kinderchirurgisches Vorbild, Anton Oberniedermayr, als einen sachorientierten, weise leitenden und gütig fördernden Universitätslehrer besonderer Art zu schätzen gewusst.

H.-J. Pompino

## Sonstiges

### Brief des Kanzleramts

Sehr geehrter Herr Dr. Hofmann,

für Ihr an Frau Schröder-Köpf gerichtetes Schreiben vom 1. November 2004, mit dem Sie eine aktive Unterstützung der Bundesregierung bei zukünftig anstehenden Versorgungsaufgaben der Kinderchirurgie bei international auftretenden Unglücksfällen oder terroristischen Angriffen anbieten, möchte ich mich bei Ihnen bedanken.

Zweifellos ist es erforderlich, die jeweils geeigneten Hilfsmöglichkeiten des deutschen Gesundheitssystems bei unvorhersehbaren Unglücksfällen im Ausland aktiv zu nutzen.

Ihr Unterstützungsangebot ist deshalb aufmerksam zur Kenntnis genommen worden und von mir an das fachlich zuständige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung weitergeleitet worden. Ich schlage vor, dass von der von Ihnen skizzierten Möglichkeit der unmittelbaren Kontaktaufnahme mit dem Sekretariat Ihrer Gesellschaft im Bedarfsfall von dort unmittelbar Gebrauch gemacht wird.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Ortwin Schulte, Ministerialrat