

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie



Mitteilungen des Präsidenten

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

das neue Jahr begann mit einem wichtigen Kongress in Leogang/Österreich, dort tagte die **deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsmedizin (DAV)**. Eine Veranstaltung, an der eine beachtliche Anzahl von Kinderchirurgen teilgenommen hat. Die aktive Teilnahme mit Vorträgen aus unserem Fachgebiet war adäquat. Das Ambiente bei tadellosem Sonnenschein und das gesellschaftliche Miteinander war einfach schön. Im Rahmen der Vorstandssitzung der **Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin** in Leogang am 14.01.2009 wurde die S2-Leitlinie Thermische Verletzungen im Kindesalter verabschiedet, ebenso vom Vorstand der **Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie** in Kassel am 31.01.2009.

Frau **OÄ Dr. K. Schellinger, Tübingen**, danke ich für ihr Durchhaltevermögen bei der Konsensusfindung dieser wichtigen interdisziplinären Leitlinie. In der Verbrennungsmedizin sind die Kinderchirurgen wichtige Partner, sodass ich die in diesem schwierigen Gebiet tätigen Kinderchirurgen bitte, den Antrag auf Mitgliedschaft in der Dt. Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV) www.verbrennungsmedizin.de zu stellen.

Der Bundesverband „Das Frühgeborene Kind e.V.“ www.fruehgeborene.de und die European Foundation for the Care of Newborn Infants www.efcni.org sind mit unserer Website verlinkt, eine nationale und europäische Eltern- und Ärztereinigung, die sich mit dem G-BA-Beschluss

vom 18.12.2008, der am 01.04.2009 in Kraft treten soll, nicht einverstanden erklärt.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie plädiert für die Einrichtung von Level-I-Zentren mit einer Mindestzahl von wenigstens 35 Frühgeborenen unter 1500 g Geburtsgewicht. Unter dieser Vorstellung wurde das **Kinderchirurgische Zukunftspapier** entwickelt, damit die optimale operative Versorgung von angeborenen Fehlbildungen in dieser Patientengruppe gemeinsam mit der Neonatologie zentralisiert werden kann. Wir werden unseren kinderchirurgischen Standpunkt sowohl in der DGKJ wie auch in der VLKKD deutlich artikulieren.

Zum Weißbuch „Schwerverletztenversorgung“ der DGU haben **Prof. P. Schmittenecker, Karlsruhe, Priv.-Doz. Dr. Sommerfeldt, Hamburg-Altona und Priv.-Doz. Dr. G. Fitze, Dresden**, zeitnah einen Anhang „Polytrauma und Mehrfachverletzungen im Kindesalter“ formuliert, die Zustimmung des Vorstands der Dt. Gesellschaft für Kinderchirurgie erfolgte in Kassel am 31.01.2009, die der Unfallchirurgen steht noch aus. Neuer Sprecher der AG Kindertraumatologie der DGU ist Priv.-Doz. Dr. Dirk Sommerfeldt!

Frau Prof. Rothe, Düsseldorf, ist bis Ende 2010 die vom Vorstand ernannte Vorsitzende der Akademie für Kinderchirurgie, sie führt auch im Auftrag des Vorstands die Gespräche mit der DGCH und dem BDC zwecks Gründung einer gemeinsamen Akademie aller 10 Säulen der DGCH und des BDC. Ergebnisse, die mitgeteilt werden können, liegen noch nicht vor.

Der Antrag des Konvents der Hochschullehrer, die Akademie an einen Lehrstuhl für Kinderchirurgie zu binden, wurde in Kassel am 31.01.2009 vom Vorstand bearbeitet: wie schon in den Mitteilungen Heft 6/2008 erwähnt, können sich neben den LehrstuhlinhaberInnen alle Mitglieder der DGKCh um eine zeitlich auf 3 Jahre befristete Austragung dieser Akademieveranstaltung bewerben. Hintergrund dieser Entscheidung ist die durchaus real existierende Kompetenz der an Lehrkrankenhäusern tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Anträge zur Ausgestaltung der Akademie-tagung 2010 können ab sofort an den Vorstand der Dt. Gesellschaft für Kinderchirurgie schriftlich über die Geschäftsstelle in Berlin bis 31.05.2009 eingereicht werden. Auf der Vorstandssitzung in Kassel am 13.06.2009 wird die Entscheidung Akademiegestaltung 2010–2012 entschieden werden.

Der BDC hat 2008 in einem seiner Monatshefte ein „e-learning“-Programm von 2 pensionierten kinderchirurgischen Kollegen vorgestellt; eine Absprache mit unserer Gesellschaft lag nicht vor. Eine Arbeitsgruppe – **federführend ist Prof. Stephan Kellnar, München** – wird bis Ende Mai dieses Jahres Fakten und Ideen zusammentragen, sodass auf dem Konsultationstreffen der Kinderchirurgen in Prien im Juni d.J. diese Thematik breit diskutiert wird. Sollte bereits dort ein Konsensus erfolgen, kann sich der Vorstand der DGKCh eine „Hilfestellung“ durch den BDC durchaus vorstellen. **Dr. von Suchodoletz, Schwerin**, wird mit dem BDC Gespräche führen, um eine regelmäßige aktive Beteiligung der Kinderchirurgen an den „Common Trunk Seminaren“ sicherzustellen.

Die AG Kinderurologie hat **Prof. Dr. M. Stehr, München, und Prof. Dr. B. Tillig, Berlin-Neukölln**, zu ihren neuen Sprechern gewählt; der Vorstand bittet beide Vorsitzende, mit den Pädiatrischen Nephrologen und den Urologen konstruktiv zusammenzuarbeiten, nicht aufzugeben, diese Subspezialität kinderchirurgisch zu vertreten und kollegiale Nähe zu pflegen. **Herrn Prof. Dr. Ch. Lorenz, Bremen**, dankt der Vorstand für seine hervorragenden Verdienste um die Kinderurologische AG in den letzten Jahren.

In Kürze werden alle Mitglieder eine **neue Beitragsordnung**, die sich jetzt noch in Überarbeitung befindet, zugesandt bekommen: Der größer werdenden Zahl von Teilzeitmitarbeitern möchte die Gesellschaft entgegenkommen und den Jahresbeitrag anpassen. Die von Ihnen hinterlegte Abbuchungserlaubnis gilt ausschließlich für das laufende Geschäftsjahr.

Bezüglich der Neuorientierung der DGCH als alleinige Dachgesellschaft und der damit notwendigen Abstimmung mit dem BDC gibt es noch keine neuen Tatbestände, eine gemeinsame Vorstands- und Präsidiumssitzung der DGCH findet erst Mitte Februar in Berlin statt.

Im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München vom 28.04.–01.05.2009 ist keine Mitgliederversammlung geplant, jedoch die jährliche Präsidiumssitzung, ich bitte schon

Correspondence

Dr. Joachim Süss

Kinderkrankenhaus Park Schönfeld
Frankfurter Straße 167
34121 Kassel
Germany

Phone: 05 61/92 85-0

Fax: 05 61/92 85-230

joachim.suss@park-schoenfeld.de

Internetadresse der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie: <http://www.dgkch.de>

jetzt die Leiter der AGs, ihre Jahresberichte an **Frau Dr. P. Degenhardt** zu senden.

Berlin, den 02.02.2009
Dr. med. Ulrich Hofmann
Präsident der DGKCH

Mitteilungen von Kongressen

Bericht vom 9. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DIVI) in Hamburg vom 03.–06. 12. 2008

Am 03. 12. 2008 fand die erste Mitgliederversammlung der DIVI nach der rechtswirksamen neuen Satzung statt, deren wesentliche Änderung daran besteht, dass nun die Möglichkeit der persönlichen Mitgliedschaft für Ärzte und Nichtärzte in der DIVI gegeben ist. Zuvor war die DIVI eine Vereinigung, in der lediglich die Fachgesellschaften Mitgliedsstatus hatten und zur Wahrnehmung ihrer Interessen Delegierte benannten.

Die „neue“ DIVI gliedert sich nun in 3 Divisionen:

- ▶ Die Division der Fachgesellschaften und Berufsverbände (DIVI-FB), entsprechend der „alten“ DIVI. Mitglieder sind Fachgesellschaften, die zu einer fakultativen Weiterbildung Intensivmedizin und/oder Notfallmedizin berechtigt sind. Die Delegierten der Fachgesellschaften müssen selbst persönliches ordentliches Mitglied der DIVI sein.
- ▶ Die Division der ärztlichen Mitglieder (DIVI-MG), die aus ordentlichen, außerordentlichen Mitgliedern und Ehrenmitgliedern besteht. Ordentliche Mitglieder sind Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und/oder Notfallmedizin. Außerordentliche Mitglieder sind Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt und Fachärzte in Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und/oder Notfallmedizin.
- ▶ Die Division der nichtärztlichen in der Intensiv- und Notfallmedizin tätigen Mitglieder (DIVI-MG-Nichtärzte).

Das Präsidium wird aus 5 abgeordneten Mitgliedern der DIVI-FB, sowie aus 5 gewählten Mitgliedern der DIVI-MG, einem gewählten Mitglied der DIVI-MG-Nichtärzte, dem Kongresspräsidenten, dem Kongresspräsidenten elect und einem gewählten Mitglied der außerordentlichen

Mitglieder gebildet. Der Präsident wird von der Mitgliederversammlung aus den Mitgliedern des Präsidiums gewählt.

Die Ergebnisse der Wahlen, die Satzung, Beitragssatzung und Anträge zur Mitgliedschaft sind im Internet unter www.divi-org.de/verfügbar.

Als Delegierter der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie oblag es mir, auch 2008 für den Kongress eine kinderchirurgische Sitzung zu organisieren. Dafür wurde uns von der DIVI und dem Kongresspräsidenten Herrn Prof. Dr. Sybrecht dankenswerterweise ein Slot als Sonderveranstaltung eingeräumt, sodass über ein Sitzungsvolumen von 3 Stunden verfügt werden konnte.

Das Thema der Sitzung war „Das polytraumatisierte Kind: Notärztliche Versorgung – Transport – Schockraum-Algorithmus – Intensivstation“.

Im Sinne der angestrebten Interdisziplinarität konnten für die einzelnen Teilbereiche ausgewiesene Referenten gewonnen werden.

Zielgruppe waren Kinderchirurgen, Pädiater und Intensivmediziner, Unfallchirurgen, Notärztinnen und Notärzte, Rettungsassistenten und Rettungssanitäter.

Es wurden 6 Vorträge gehalten, deren Inhalt nachfolgend kurz zusammengefasst ist.

Axel Gännslen, Unfallchirurgie Medizinische Hochschule Hannover, berichtete über notärztliche Versorgung und Transport des polytraumatisierten Kindes, Grundsätze des Advanced Trauma Life Support (ATLS), Besonderheiten beim Transport in RTW und RTH, und initiale Maßnahmen zur Stabilisierung.

Der Vortrag von Philipp Szavay, Kinderchirurgie Universitätsklinikum Tübingen, umfasste Epidemiologie von Unfällen und Polytrauma im Kindesalter, Fehler und ihre Ursachen in der Versorgung, Traumamortalität und Schockmanagement, ATLS-Prinzipien und ihre Besonderheiten beim Kind, Score-Systeme für das kindliche Polytrauma, das Trauma-Register der DGU, sowie den Schockraum-Algorithmus.

Dem Thema der bildgebenden Diagnostik hatte sich Jürgen Schäfer, Kinderradiologie Universitätsklinikum Tübingen, angenommen. Hier wurden Methodik des Ultraschalls und der Computertomografie im Schockraum erläutert, Untersuchungsprotokolle beim Schädel-Hirn-Trauma, beim Thorax- und Bauchtrauma, sowie bei Becken- und Wirbelsäulenverletzungen definiert. Die herausragende Rolle der CT in der Notfalldiagnostik beim Poly-

trauma wurde mit vielen Fallbeispielen untermauert.

Das Thema Akutversorgung von Extremitätenverletzungen beim polytraumatisierten Kind behandelte Peter Schmittener, Kinderchirurgische Klinik, Klinikum Karlsruhe. Er diskutierte Grundsätze, Diagnostik und definitive Versorgung der Extremitätenverletzungen im Versorgungsalgorithmus bei Polytrauma im Kindesalter. Dabei wurden die methodischen Grundprinzipien, wie Vermeidung wiederholter Repositionen, einfache Fixation, primär definitive Versorgung mit ESIN, Spickdraht-Osteosynthese oder Fixateur hervorgehoben. Anschauliche Fallbeispiele behandelten auch die Problematik offener Frakturen und der Weichteilverletzungen.

Die Versorgung des pädiatrischen Polytraumas auf der Intensivstation war das Thema des Vortrags von Martin Hermann, Pädiatrische Intensivmedizin, Oberschwabenklinik Ravensburg. Die Pathophysiologie des Hirnödems, des SIRS bzw. der Sepsis, des ARDS und der Multiorgan-Dysfunktion wurden anschaulich erläutert. Die sog. „Two-Hit-Theorie“, als systemische Antwort auf den posttraumatischen Stress, ihre neuroendokrinen und metabolischen Prozesse, sowie die daraus resultierenden Therapiebesonderheiten beim Kind wurden dargestellt. Abschließend wurden auch präventive Aspekte beleuchtet.

Die Sitzung wurde durch den Vortrag über das neurochirurgische Management des Schädel-Hirn-Traumas beim polytraumatisierten Kind von Martin Schuhmann, Neurochirurgie Universitätsklinikum Tübingen abgerundet. Schuhmann wies auf die Bedeutung des SHT bei Morbidität und Mortalität nach Unfällen im Kindesalter hin, und unterstrich die Wichtigkeit des sog. „Secondary Insults“, also der iatrogen induzierten oder iatrogen therapierbaren Sekundär-Ereignisse nach SHT, die Prädiktoren für das Outcome sind. In der Therapie betonte er die Ausräumung von Blutungen, die Unabdingbarkeit der Hirndruckmessung. Anschaulich wurden die Folgen einer Störung der Autoregulation des Hirndrucks dargestellt. Als wichtigste Maßnahme wurde in der Eskalationstherapie die Dekompression herausgestellt.

Die Sitzung erfreute sich mit ca. 250 Zuhörern aus allen Disziplinen einer großen Zuhörerschaft, die lebhaft Diskussionsbeiträge nach den einzelnen Vorträgen belegte. Das Interesse am Thema und machte deutlich, dass eine effiziente, fachkompetente und dabei spezifische Versorgung des polytrau-

matisierten Kindes in Anbetracht der epidemiologischen Daten unabdingbar ist. Die DIVI hat sich zur Aufgabe gemacht, die Rettungs- und Intensivmedizin weiter zu professionalisieren. Sie wird sich fachlich wie berufspolitisch engagieren, dies betrifft die Definition von Anforderungen, der sachlichen- wie personellen Ausstattung von Intensivstationen, aber auch die adäquate Vergütung von Intensivmedizin, ebenso wie Fragen der Weiterbildung und der wissenschaftlichen Forschung. Kinderchirurgische Belange werden in der DIVI nur dann gebührend gewürdigt werden, wenn die Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen, die Rettungs- und Intensivmedizin betreiben, nun auch persönliches Mitglied in der DIVI werden. Hierzu möchte ich nachdrücklich ermutigen.

Tübingen, 19.01.2009
Philipp Szavay

Die Beschneidung minderjähriger Knaben – medizinrechtliche Bewertungen versus soziokulturelle und religiöse Traditionen



Symposium am 8. Oktober 2008, Berlin-Neukölln

Die Beschneidung des Knaben ist ein relativ kleiner chirurgischer Eingriff, der tradiert, religiös oder medizinisch gut begründet zu sein scheint. Die Geschichte der Zirkumzision in verschiedenen Gesellschaften, Epochen und Religionen zeigt zudem, welche übergeordneten Deutungen diesem Eingriff, gleichsam als Ritual zukommen.

Die rituelle Beschneidung von Mädchen wurde innerhalb weniger Jahre, nach Bekanntwerden des gesamten Ausmaßes der schwer verstümmelnden Handlungen, international gesetzlich geächtet. Schweden ist derzeit das einzige Land der Welt, das auch die rituelle Beschneidung minderjähriger Knaben gesetzlich drastisch einschränkte.

Aktuelle Publikationen in der juristischen und kinderchirurgischen Fachliteratur haben die Beschneidung minderjähriger Knaben aus traditionellen bzw. religiösen Gründen jetzt auch in Deutschland in den Fokus kritischer medizinrechtlicher Bewertungen gerückt. Demnach mache sich der Operateur gemäß § 223 des Strafgesetzbuches trotz formeller Einwilligung wegen Körperverletzung strafbar, ebenso die Sorgeberechtigten wegen Anstiftung oder Beihilfe zur Körperverletzung. Grundlage dafür sei der scheinbar fehlen-

de Nachweis, dass die Einwilligung zu diesem zudem medizinisch nicht indizierten Eingriff tatsächlich im Interesse der Kinder erfolgt.

Das Recht auf Freiheit in der Religionsausübung steht dem Persönlichkeitsrecht der Kinder auf körperliche Unversehrtheit offenbar unversöhnlich gegenüber. Für uns Kinderchirurgen geht es dabei letztendlich um die notwendige Rechtssicherheit, damit wir als Operateure nicht Adressaten von Schmerzensgeldforderungen oder gar Beschuldigte in einem Strafverfahren werden.

Am 8. Oktober 2008 führten wir in Berlin-Neukölln ein Symposium zu diesem Thema durch. Ziel war es, neben der Vermittlung von Wissen über soziokulturelle und religiöse Hintergründe der rituellen Beschneidung, in einer differenzierten Diskussion im Interesse der Kinder Lösungsansätze für diese Problematik zu finden. An der Podiumsdiskussion waren unter Anderen hochrangige Vertreter der Muslime in Deutschland, Vertreter regionaler muslimischer und jüdischer Gemeinden, eine namhafte Fachanwältin für Medizinrecht, der Migrationsbeauftragte des Stadtbezirks Neukölln und eine Religionswissenschaftlerin der FU Berlin beteiligt.

In der Diskussion blieb unbestritten, dass wir Ärzte uns derzeit nicht durch pauschale Ablehnung bzw. Verweigerung dieses Eingriffs der Verantwortung entziehen können. Dies würde unter den gegenwärtigen Verhältnissen der nicht ärztlich durchgeführten Beschneidung Vorschub leisten und die Kinder gefährden.

Die Familien muslimischer bzw. jüdischen Glaubens haben das Recht auf freie Religionsausübung und deren Kinder haben das Recht, entsprechend der Traditionen und Vorschriften dieser Religionen und Kulturen ihrer Familien aufwachsen zu können. Daraus ergibt sich, dass die elterliche Einwilligung zur Beschneidung durchaus im Interesse der Kinder liegt. Unsere ärztliche Pflicht muss darin bestehen, dass den Kindern dieses Recht mit der erforderlichen medizinischen Sorgfalt und Sicherheit gewährt werden kann. Die wenigen bisher in Deutschland geführten Beispielprozesse zeigen, dass diese Auslegung gegenwärtig in Deutschland auch juristisch akzeptiert wird.

Folgende Empfehlungen und Vorgehensweisen wurden als Ergebnisse unseres Symposiums im Konsens formuliert:

- ▶ Beschneidungen aus traditionellen bzw. religiösen Gründen sollen weiterhin, und zwar ausschließlich durch Ärzte und unter Beachtung der gegenwärtig

gültigen medizinischen Standards in medizinischen Praxen oder Kliniken durchgeführt werden.

- ▶ Dabei ist mit den regionalen muslimischen bzw. jüdischen Gemeinden eine enge Zusammenarbeit zur Umsetzung dieser Forderungen anzustreben.
- ▶ Regionale Institutionen der Jugendhilfe und des Kinder- und Jugendgesundheitsdienst sollten über diese Vorgehensweisen und Festlegungen informiert und in die Umsetzung mit einbezogen werden.
- ▶ Mit regionalen polizeilichen Institutionen des Kinderschutzes und der regional zuständigen Staatsanwaltschaft sollte zu dieser Thematik Kontakt aufgenommen und die Festlegungen und Vorgehensweisen besprochen werden.
- ▶ Die regionalen muslimischen bzw. jüdischen Gemeinden sollten angeregt werden, gemeinsam mit den Verantwortlichen der Kommunalpolitik Wege für die Unterstützung bedürftiger Familien zur Finanzierung der rituellen Beschneidung in einer Praxis bzw. Klinik zu suchen.

Diese Vorgehensweisen erscheinen uns geeignet und sinnvoll, um die Interessen der Kinder unter den gegenwärtigen soziokulturellen Bedingungen weitestgehend zu wahren. Eine gewisse Rechtsunsicherheit bleibt jedoch aus den oben angeführten Gründen in der Tat bestehen, bis letztendlich eine höchstrichterliche Entscheidung diesen Konflikt juristisch klärt.

Prof. Dr. med. Bernd Tillig
Direktor und Chefarzt der Klinik für Kinder- und Neugeborenenchirurgie
Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Straße 48
12351 Berlin
Tel.: 030/1 30-14 35 51
Fax: 030/1 30-14 35 60
E-Mail: bernd.tillig@vivantes.de

Historisches

Ehemalige Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Franz-Josef Helmig

Franz-Josef Helmig, geboren 1939, war von 2002 bis 2004 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie. Als der bereits gewählte Harald Mau im Frühjahr 2002 das Amt wieder zur Ver-

fügung stellte, erklärte sich der gebürtige Rheinländer Helmig bereit und konnte in der erforderlichen Neuwahl die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinigen. Am 21.09.2002 übernahm er in Leipzig die Zügel der Fachgesellschaft und versprach, das Amt mit „Akririe und Wachsamkeit“ zu führen.

Franz-Josef Helmig hat seine Medizinalassistenten in Fürstfeldbruck abgeleitet und anschließend die kinderchirurgische Weiterbildung am Dr. von Haunerschen Kinderspital unter Waldemar Hecker aufgenommen. Zur allgemeinen chirurgischen „Pflicht“ war er nach Starnberg delegiert worden. Nach seiner Rückkehr interessierte er sich zunehmend für die Kinderurologie an der Seite von Klaus Devens, dem damaligen „Vesiko-uretero-nephrologen“ des Haunerschen. Mit Holschneiders Weggang nach Köln rückte Helmig 1985 zum leitenden Oberarzt auf, habilitierte sich und ging 1987 als Nachfolger von Regenbrecht nach Regensburg. Mit Peter Illing und mir sind ihm zwei Mitglieder der Haunerfamilie als leitende Oberärzte nach Regensburg gefolgt.

Franz-Josef Helmig war ein patriarchalischer Chef. Mit einer Mischung aus väterlicher Strenge und vertrauensvoller Gelassenheit hat er seine Mitarbeiter ih-

ren Weg finden lassen. Nicht er wollte die großen und komplexen Eingriffe machen, sondern die anderen sollten mit seiner konkreten oder auch nur mentalen Unterstützung an ihrer Expertise feilen. Er war im Ton nicht immer konzilient, aber in der Sache konsequent, und hat so manche Diskussion mit Pädiatern, Radiologen und Anästhesisten zum unterhaltssamen verbalen Schlagabtausch werden lassen. Er wollte stets über den Tellerrand hinausblicken und nicht beim jetzt und heute verharren, auch wenn ihm dabei nicht alle folgen konnten. Bei administrativen wie klinischen Problemen legte er eine beeindruckende innere Ruhe an den Tag und man lernte von ihm trefflich, sich nicht selbst durch unzeitige Emotionen in die Verliererecke zu manövrieren. Als zu seinem 65. Geburtstag die Nachfolge nicht entschieden war, weil man nicht auf ihn gehört und viel zu spät mit allem begonnen hatte, blieb Helmig noch bis zum Jahresende 2004 im Dienst, bevor er mir das Kommissariat übergab.

Franz-Josef Helmig war immer berufspolitisch aktiv gewesen, ob in der Münchner Fakultät, im Marburger Bund oder auf den Ärztetagen. In das Präsidentenamt der wissenschaftlichen Fachgesellschaft hatte es ihn nie gedrängt. Nun führte er

das Amt in einer gewissen Umbruchzeit mit ruhiger Hand und brachte die deutsche Kinderchirurgie in ein gemäßigtes Fahrwasser. Wie im klinischen Alltag, so ließ er auch hier „die Evangelischen evangelisch bleiben und die Katholischen katholisch“. Mit Waldemar Hecker wurde der Lehrvater vieler Haunerianer unter Helmigs Präsidentschaft zum Ehrenpräsident ernannt. Im September 2004 hat Franz-Josef Helmig den Stab des Präsidenten an Ulrich Hofmann weitergeben und sich am 14.06.2006 mit dem Ende der Vize-/Past-Präsidentschaft aus dem Vorstand verabschiedet.

Franz-Josef Helmig ist in Regensburg geblieben, seiner zweiten Heimat. Man trifft ihn dort, zuhause mit Buch, Pfeife und einem Glas Wein, am Ufer der Donau auf einem Fahrrad-Ausflug mit seiner Frau Magdalena oder in der Altstadt mit Enkel/innen an der Hand, als Vorsitzenden des Vereins krebserkrankter und körperbehinderter Kinder VKKK beim Losverkauf der Weihnachtstombola oder als Kenner vieler Regensburger Geschichten auf einer Stadtführung für Freunde und Besucher, aber sicher nie in „unchristlicher Hast“.

Peter P. Schmittbecher