

Mitteilungen des Präsidenten

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

nach Kündigung der gemeinsamen Geschäftsstelle im Langenbeck-Virchow-Haus durch die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie ist es gelungen, eine eigene Geschäftsstelle für die Kinderchirurgen im 4. Obergeschoss des LVH anzumieten. Diese neue Geschäftsstelle wird wie bisher mit einer Halbtagskraft besetzt werden können. Die Investitionskosten für die Umrüstung der Geschäftsstelle halten sich im Rahmen und werden mit eigenen Mitteln bewältigt werden können. Die offizielle Übergabe nach Renovierung des LVH findet im Rahmen einer Festveranstaltung am 1. Oktober 2005 statt. Alle chirurgischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) sind dann zentral in Berlin erreichbar, die Gemeinsamkeit ist nicht zu übersehen, und es bietet sich die Chance, alle chirurgischen Kräfte in Zukunft zu bündeln.

Erstmals nahm ich in meiner Funktion als Präsident unserer Gesellschaft an der Vorstandssitzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in Bamberg teil. Dies entspricht der neuen Satzung der DGCH, die Präsidenten und Vizepräsidenten der kooptierten Gesellschaften haben Sitz im Vorstand der DGCH, stimmberechtigt ist lediglich der Präsident. Die Themen dieser Sitzung beinhalteten eine Nachlese zum 122. Kongress in München (Prof. Rothmund) – die aktive Gestaltung des Kinderchirurgischen Teils wurde ausdrücklich lobend erwähnt – und die Übergabe des Präsidentenamtes an Herrn Prof. Dr. H.-D. Saeger. Die Planungen für den 123. Kongress in Berlin haben begonnen, kinderchirurgischerseits hat unser Kongresspräsident 2006, Prof. Schier, bereits die Arbeit aufgenommen. Kongresshomepage: www.chirurgie2006.de.

Prof. Bauer, Generalsekretär der DGCH, schrieb Anfang Juni diesen Jahres den Minister für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Baden-Württemberg, Herrn Prof. Dr. Peter Frankenberg an und warb um Verständnis für das Anliegen der sich in Ausbildung befindlichen jungen Chirurgen. Er sprach hier u. a. den zu erwartenden Mangel an wissenschaftlichen und fachärztlichen Nachwuchskräften an. Hintergrund waren die Protestaktionen und ein Positionspapier der Ärzte der Universitätskliniken Baden-Württembergs. Der Brief fand die verbale Unterstützung aller Präsidenten der kooptierten Mitglieder in der DGCH.

Adresse: Dr. Joachim Suß, Kinderkrankenhaus Park Schönfeld, Frankfurter Straße 167, 34121 Kassel, Germany, Tel.: 05 61/92 85-0, Fax: 05 61/92 85-230, E-mail: joachim.suss@park-schoenfeld.de, Internetadresse der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie: <http://www.dgkch.de>

Alle Kinderchirurgen, die auch Mitglied der DGCH sind, haben weiterhin freien Zugang zum Deutschen Chirurgenkongress, die kooptierten Mitglieder zahlen 50% der angezeigten Kongressgebühr. Der Jahresbeitrag der DGKCH in der DGCH bemisst sich nach der Anzahl der beitragspflichtigen Mitglieder, die Zahlung erfolgt direkt durch unseren Schatzmeister. Eine Mitgliedschaft der einzelnen Mitglieder unserer Gesellschaft in der DGCH halte ich für wünschenswert und angezeigt!

Das Konsultationstreffen leitender Kinderchirurgen fand auch dieses Jahr wieder in Prien statt. Wichtige, unsere Gesellschaft betreffende Themen hatte Herr Prof. v. Schweinitz gemeinsam mit unserem Vorstand ausgewählt: Krankenhauseelsorge, Risk Management, Zukunft der Kinderchirurgie und EBMplus 2000. Leider nahmen nur 24 Leitende an diesem Treffen teil, zu wenig, um dieses Treffen auf Dauer erhalten zu können. Dabei ist es doch immens wichtig, ein Forum zu haben, um alltägliche vor Ort auftretende Probleme vertraulich ansprechen zu können. Das Konsultationstreffen 2006 ist für den 16. – 18. Juni in Prien festgelegt, sodass eine entsprechende Planung erfolgen kann. Das Treffen wird in Zukunft vom Vorstand unserer Gesellschaft gemeinsam mit Herrn Prof. v. Schweinitz organisiert werden. Themenvorschläge sind erwünscht und können jederzeit an den Präsidenten gestellt werden.

Eine Zusammenfassung über das Thema Risk Management lesen Sie im Anschluss an diese Mitteilungen: Frau OÄ Dr. Sinnig, Hannover Bult, hat in Prien auf Einladung über dieses Thema gesprochen, ein Thema, das jetzt seitens der DGCH aufgegriffen wird. Als Beitrag zur Patientensicherheit wird diese Gesellschaft ein computerbasiertes anonymes kritisches Zwischenfallregister einführen (CIRS). In der Mitgliederversammlung in Bremen werde ich darüber berichten.

Prof. Schmittenbecher, Regensburg, hat die neuen Leitlinienprojekte über die AWMF-Clearingstelle für Leitlinien angemeldet. Dr. Sitter aus dem Institut für Theoretische Chirurgie aus Marburg unterstützte die Leitlinienarbeitsgruppe unserer Gesellschaft. Klinische Leitlinien sind definiert als systematisch entwickelte Konsens-Festlegungen, die Entscheidungen unterstützen und eine angemessene Versorgung sicherstellen sollen. Das Ablaufschema für die Gruppenarbeit ist wie folgt skizziert:

1. Treffen Steuerungsgruppe nach Formierung der Arbeitsgruppen;
2. initiales Treffen der Themengruppe für 1 Tag (Überarbeitung der Textvorlage);

Bibliografie: Eur J Pediatr Surg 2005; 15: 300 – 304
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · ISSN 0939-7248

3. „Delphi“-Verfahren mit ggf. mehreren schriftlichen Überarbeitungsrunden;
4. abschließendes Themengruppen-Treffen (2 Tage), endgültige Formulierung;
5. Beschluss der Steuerungsgruppe und Vorlage der abgeschlossenen Leitlinien beim Vorstand der Fachgesellschaft.

Die Arbeitsgruppe erwartet vom Vorstand unserer Gesellschaft, sich um ein Sponsoring dieser wichtigen Aufgabe zu kümmern.

Auf dem diesjährigen Kongress der DGCH in München wurde die Arbeitsgruppe „Kinderchirurgische Onkologie“ der DGKCH gegründet. Ziele dieser Gruppe sind:

- die onkologische Aktivität der deutschen Kinderchirurgen/innen zu erfassen und zu dokumentieren,
- den Informationsfluss unter den onkochirurgisch tätigen Kinderchirurgen/innen zu verbessern,
- Kooperationen und gemeinsame wissenschaftliche Projekte zu fördern,
- kompetente Ansprechpartner/innen für unsere pädiatrisch-onkologischen Kollegen/innen zu sein.

Die Arbeitsgruppe steht jedem Mitglied der DGKCH offen und erhebt keine zusätzlichen Beiträge. Sprecher: Prof. Dr. D. v. Schweinitz, München; Stellvertr. Sprecher: Prof. Dr. J. Fuchs, Tübingen. Diese wichtige Arbeitsgruppe bedarf unser aller Unterstützung, eine Konzentrierung der kindlichen Tumorchirurgie hat dank der GPOH bereits stattgefunden. Die Arbeit der neuen Gruppe versteht sich als organisierte kinderchirurgische Ergänzung zu den Studienprotokollen der GPOH.

Die Einladung zur Mitgliederversammlung in Bremen wird Ihnen zeit- und satzungsgerecht zugesandt, Neuwahlen des Vorstandes stehen an, Ihre Anträge zur Mitgliederversammlung bitte ich zeitgerecht nach Berlin einzusenden.

Berlin, den 25. 7. 2005

Dr. Ulrich Hofmann
Präsident der DGKCH

Bericht des Chefarzttreffens in Prien – Risk Management

Eine Zusammenfassung des Vortrages anlässlich des Konsultationstreffens leitender Kinderchirurgen in Prien am 18. 6. 2005

Vertrauen in die Gesundheitsversorgung zu haben, gehört zu den wichtigsten Elementen jedes Gesundheitssystems. Vertrauen bedeutet, dass das öffentliche Erscheinungsbild des Gesundheitswesens den Einzelnen überzeugt, dass das Bestmögliche von den systemischen Voraussetzungen und den Angehörigen der Gesundheitsberufe im Sinne deren Aufgabenerfüllung und den bestehenden Patienteninteressen geschieht. Wir wissen jedoch, dass das Gesundheitswesen ein Hochrisikobereich ist. Diese Erkenntnis bringt uns dazu, Anstrengungen zu unternehmen, gegebene bzw. zu erwartende auftretende Risiken zu vermeiden und zu verringern.

Klinisches Risikomanagement hat zum Ziel, das Risiko, das der Patient eingeht, zu minimieren oder anders gesagt: die Patientensicherheit zu optimieren, indem die Ursachen vermeidbarer

Behandlungsfehler eliminiert werden. Damit schützt eine Klinik nicht nur die Patienten – heutzutage gerne auch als Kunden bezeichnet –, sondern langfristig natürlich auch sich selbst. Für Einrichtungen des Gesundheitswesens bedeutet Risikomanagement die Früherkennung von Gefahren und Zuständen durch systemische Fehlersuche und Schadenuntersuchung, die nicht nur medizinische, sondern auch und vor allem juristische, organisatorische, technische, bauliche und sonstige haftungsrelevante Aspekte in den Blick nimmt, also ganzheitlich die Haftung von Arzt und Krankenhaus betrachtet.

Die Patientensicherheit und Fehler in der Gesundheitsversorgung sind eines der brennendsten gesundheitspolitischen Themen geworden. Fehler in der Gesundheitsversorgung gehören zu den 10 häufigsten Todesursachen.

In Deutschland nimmt die Anzahl der Patienten, die Schadenersatzansprüche gegen Krankenhäuser und Sozialeinrichtungen geltend machen, deutlich zu.

Unser Gesundheitssystem hat sich in den letzten Jahrzehnten enorm entwickelt. Die moderne Medizin bietet heute geradezu wundersame Möglichkeiten und ist sehr leistungsfähig geworden. Mit den neuen Möglichkeiten sind aber Risiken und Gefahren entstanden, die es früher gar nicht gab. Selbstverständlich stehen diese Risiken einem großen Nutzenpotenzial gegenüber.

Fortschritt und Risikozunahme sind zwei Seiten derselben Medaille. Einem modernen Gesundheitswesen sind Risiken immanent, allerdings wurde dies lange unterschätzt. Wir mussten lernen, dass die Gesundheitsversorgung gerade auch dank ihrer Leistungsfähigkeit eine Risikobranche geworden ist.

Der Patient erwartet Risikomanagement. Er erwartet eine qualitativ hochwertige Dienstleistung zur Wiederherstellung seiner Gesundheit oder zur Linderung seiner Beschwerden. Maßnahmen des klinischen Risikomanagements müssen auch dem Patienten dargestellt werden. Hier ist die Öffentlichkeitsarbeit einer Klinik gefragt. Eine Klinik kann ihr Positiv-Image dadurch fördern, dass sie Maßnahmen der Prävention von Schadensereignissen und Komplikationen, d.h. Maßnahmen des Risikomanagements, öffentlichkeitswirksam transparent macht.

Der Risikomanagement-Prozess an sich ist branchenunabhängig und ebenso unabhängig vom Einsatzbereich innerhalb einer Klinik anzuwenden. Er folgt einem logischen Regelkreis, bestehend aus vier Elementen. Einer Phase der *Risikoidentifizierung* folgt die der *Risikobewertung*. Daran anschließende geplante, geeignete Maßnahmen dienen der *Risikobewältigung*. Sind nach Durchführung dieser Schritte Risiken bekannt und reorganisiert, folgt die Phase der längerfristigen *Risikoüberwachung* durch Festlegung geeigneter Prüfparameter zur Kontrolle und Steuerung.

In der *Risikoidentifizierung* werden die für das Unternehmen, respektive das Krankenhaus, wesentlichen Risiken definiert, d.h., die Risiken mit dem für das Unternehmen größten Bedrohungspotenzial.

In der Phase der *Risikobewertung* wird die mögliche Auswirkung auf den Unternehmenserfolg bzw. auf das Ergebnis der Dienstleistung oder Behandlung quantifiziert. Bestimmt wird das Ausmaß eines Risikos durch die Wahrscheinlichkeit des Wiedereintretens und die Höhe des damit verbundenen Schadens.

In der dritten Phase des Risikomanagement-Prozesses bestehen die Aufgaben der *Risikobewältigung* darin, aus den zuvor erfassten und bewerteten Risiken, Konsequenzen zu ziehen.

Die Phase vier des Risikomanagement-Kreises, die *Risikoüberwachung*, schließt den Prozess und stabilisiert ihn für die Zukunft. Im Rahmen einer laufenden Kontrolle ist die Wirksamkeit von Präventivmaßnahmen zu überprüfen und ggf. eine Modifikation der Maßnahmen vorzunehmen. Hierzu müssen Richtlinien, Methoden und Instrumente zur Verfügung gestellt werden. Als ein Instrument, mit dem Risiken rechtzeitig erkannt werden können, bieten sich Frühwarnsysteme an. Hier haben sich Zwischenfallerfassungssysteme, sogenannte *Critical Incident-Reporting-Systems (CIRS)* durchgesetzt, die diesen Ansatz systematisch verfolgen. Um in einem therapeutischen Team nachhaltig und selbstständig Risiken und Gefahren identifizieren und steuern zu können, wird ein System installiert, mit dem jeder Mitarbeiter anonym und frei von Sanktionen Fehlleistungen mit dem Potenzial zum Schaden oder tatsächliche Schäden infolge von Fehlleistungen erfassen und melden kann.

Alle Maßnahmen der Risikoprävention, die in einem Krankenhaus implementiert sind, müssen detailliert, zeitnah und nachvollziehbar dokumentiert sein. Die Argumentation eines Juristen, der die Position des Patienten in einem Rechtsstreit vertritt, ist immer die gleiche und lautet: „Wurde eine Maßnahme der Qualitätssicherung bzw. des Risikomanagements nicht dokumentiert, so wurde sie auch nicht durchgeführt.“ In den Fällen, in denen durch Dokumentationsmängel ein Zweifel an der Durchführung von Maßnahmen aufkommt, geht die Beweislast vom Anspruchsteller auf den Leistungserbringer, sprich auf das Krankenhaus bzw. den behandelnden Arzt über.

Klinisches Risikomanagement wird auch durch die Entwicklung und Implementierung von *Behandlungspfaden* an Bedeutung gewinnen. Eine gut organisierte Ablaufkoordination der Behandlungsprozesse soll durch die Entwicklung von klinischen Pfaden gesichert werden. Gleichzeitig steht die Verkürzung der Verweildauer im Vordergrund. Dies hat zur Folge, dass bei gleichem Personalanteil Leistungen in einer kürzeren Zeit und häufiger durchgeführt werden müssen. Es müssen also optimale Behandlungsabläufe sichergestellt werden.

In Deutschland gibt es noch genau fünf Versicherungen, die Krankenhäuser gegen Haftpflichtansprüche versichern. Drei von den fünf Versicherungsunternehmen versichern Krankenhäuser nur noch, wenn diese über ein funktionierendes internes Risikomanagement verfügen und entsprechende Maßnahmen nachweisen können. Um sich also als Krankenhaus die Versicherbarkeit zu erhalten und einen positiven Einfluss auf die Prämienhöhe zu realisieren, ist der Aufbau eines Risikomanagements für jedes Krankenhaus unerlässlich.

Literatur

- ¹ Führung M, Gausmann P. Klinisches Risikomanagement im DRG-Kontext. Integration von Risiko-Kontrollpunkten in klinische Pfade. Stuttgart: Verlag Kohlhammer
- ² Holzer E, Thomeczek C, Hauke E, Conen D, Hochreutener M-A. Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Verlag Facultas
- ³ Meurer AM, Meilwes M, Eckhardt A, Rompe JD, Sauer A, Heine J. Risikoanalyse und Risikomanagement in der Klinik – ein Erfahrungsbericht. Sonderdruck Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2004; 9: 102 – 107. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

Dr. Mechthild Sinnig, Oberärztin der Abteilung für Kinderchirurgie, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Hannover, Ltd. Arzt Dr. Ulrich Hofmann

24. Tagung der Sektion Kindertraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie in Dresden vom 3. – 4. Juni 2005

Die diesjährige Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie der DGU fand in diesem Jahr vom 3. bis 4. Juni in Dresden statt und wurde von der dortigen Klinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Roesner, Prof. Schlickewei und PD Fitze organisiert. Mit ca. 150 Teilnehmern aus Österreich, der Schweiz und Deutschland fand das Programm der Tagung ein reges Interesse unter den kindertraumatologisch und kinderorthopädisch tätigen Kollegen. Dabei wurde insbesondere durch den ersten Themenkomplex der Kallusdistraktion an der oberen und unteren Extremität der interdisziplinäre Charakter der Tagung betont.

In einem sehr komplexen Einführungsvortrag von Dr. Slongo (Bern) wurden die Möglichkeiten der Kallusdistraktion dargestellt. Jedoch wurde darauf verwiesen, dass es sich um eine Methode handelt, die vielfältige Komplikationen in sich birgt und deshalb ausschließlich in der Hand der Erfahrenen Anwendung finden soll. Es sind elektive Eingriffe, die auf der Compliance der Patienten basieren und für deren Anwendung immer die Verbesserung funktioneller vor kosmetischer Aspekte den Vorrang haben muss. Im Weiteren berichteten verschiedene Arbeitsgruppen über ihre Erfahrungen sowohl mit verschiedenen Techniken als auch über deren Anwendung bei spezifischen Indikationen. Die daraus resultierende Diskussion über methodenspezifische Probleme wurde durch Dr. Slongo (Bern) und Prof. Pennig (Köln) für die obere Extremität und durch Dr. Müller (Leipzig) und Dr. Thielemann (Dresden) für die untere Extremität moderiert. Es wurde ein Konsens erzielt, dass prinzipiell bei komplexen Korrekturen die Anwendung von Ringsystemen im Vergleich zu den monolateralen Systemen zu besseren Ergebnissen führt.

Der kindliche Ellenbogen wurde als weiterer Schwerpunkt mit immer aktuellem Charakter besprochen. Dabei stand ein Update der suprakondylären Humerusfraktur (SCHF) zur Diskussion. Als neuer Aspekt bei der Behandlung der SCHF wurde der Fokus auf die Anwendung der ESIN gelegt. Dr. Schalamon (Graz) stellte die Methode einführend vor und diskutierte eigene Erfahrungen kritisch. Dies wurde ergänzt durch die Vorstellung biomechanischer Studien von Frau Prof. Weinberg (Graz), die keine Überlegenheit der ESIN gegenüber klassischen Osteosynthesen zeigte.

Im Anschluss berichteten weitere Kliniken über ihre Erfahrungen bei der Anwendung dieser Osteosynthese. Dabei wurde zusammenfassend konstatiert, dass die ESIN auch für die SCHF eine elegante Methode darstellt, die in ihrer Anwendung jedoch als technisch anspruchsvoll anzusehen ist. Die Vorteile scheinen in der früheren funktionellen Nachbehandlung und in der Vermeidung iatrogenen Nervenalterationen zu liegen. Die vorliegenden funktionellen Ergebnisse zeigen jedoch vorerst keine Überlegenheit der ESIN. Diese Aspekte müssen in umfassenderen prospektiven Studien evaluiert werden. Abschließend stellte Prof. Schmittbecher (Regensburg) die Abbildung der SCHF in den Leitlinien der AWMF vor und diskutierte dabei strukturelle Aspekte, die bei der Erstellung von Leitlinien berücksichtigt werden sollten.

In einer zweiten Sitzung zum kindlichen Ellenbogen wurden Korrekturmöglichkeiten nach Condylus radialis-Frakturen besprochen. Zu diesem Thema führte Prof. Linhart (Graz) ein. Er hat allgemein die Möglichkeiten und Indikationen für Korrekturosteotomien nach ellenbogennahen Frakturen vorgestellt. In einem Referat von Prof. Engert (Herne) wurden diese Ausführungen mit einer Reihe klinischer Fallbeispiele untermauert. Prinzipiell ist das Durchsetzen einer adäquaten Primärtherapie das wesentlichste Ziel bei der Behandlung der Condylus radialis-Fraktur, um sekundäre Fehlstellungen zu vermeiden. Treten diese jedoch auf, so sind der Cubitus varus und der Cubitus hypervalgus zu unterscheiden. Der Erstere ist nur selten mit funktionellen Problemen verbunden und führt meist aus kosmetischen Aspekten zu einer Korrektur, die dann möglichst spät erfolgen sollte. Der Cubitus hypervalgus ist oft mit N. ulnaris-Irritationen verbunden und stellt aus diesen Gründen dann eine Indikation zur chirurgischen Intervention dar. Obwohl Osteotomien im Bereich des Ellenbogens meist eine dreidimensionale Korrektur darstellen, ist zur Planung das konventionelle Röntgen in zwei Ebenen hinreichend. Da die funktionelle Situation nicht in allen Fällen zu verbessern ist, sollte eine strenge Indikationsstellung neben einer umfassenden Patientenaufklärung Grundlage der Behandlung sein.

Der zweite Sitzungstag wurde durch die bereits seit Jahren etablierte und sehr geschätzte Diskussion von problematischen Fällen eröffnet. Unter der Leitung von Prof. Schlickewei fand diese Sitzung eine sehr positive Resonanz, was in einer regen Diskussion seinen Ausdruck fand.

Ebenfalls Tradition hat die Vorstellung technischer Neuerungen in der Kindertraumatologie durch Dr. Slongo (Bern). In diesem Jahr waren zwei Dinge dabei besonders interessant. Zum einen stellte er ein neues und erstmals kommerziell angebotenes Verriegelungssystem für die ESIN, insbesondere bei der Versorgung der Femurfrakturen, vor. Es sind einseitig offene Kappen, die mit einem Außengewinde versehen sind und so definiert in den Knochen an den Insertionsstellen der Nägel eingeschraubt werden. Als zweites wurde die laufende Entwicklung eines Femurmarknagels für Adoleszenten vorgestellt. Neben diesen technischen Neuerungen haben wir uns aber ganz besonders gefreut, dass in zwei Vorträgen sehr praxisorientiert Forschungsergebnisse unter dem Gesichtspunkt der molekularen Regulation der Knochenregeneration und -induktion präsentiert wurden. Dafür danken wir besonders PD Sommerfeldt (Hamburg) und Prof. Marzi (Frankfurt/Main). Beide Referenten haben sicher nur einzelne

Fassetten dieser komplexen Prozesse dargestellt, jedoch wurde plastisch gezeigt, wie das Verständnis dieser Prozesse zukünftig von praktischer Relevanz sein kann.

Parallel zur Tagung fanden die Mitgliederversammlungen der Sektion Kindertraumatologie sowie der Li-La statt.

Abschließend sind die in der Tagung besprochenen Themen in einem Technikkurs praktisch unterlegt worden. Mit Unterstützung der Firma Orthofix wurde die Anwendung externer Fixationsmodule sowohl bei der primären Frakturversorgung als auch bei der Durchführung der Kallusdistraction vorgestellt. Zehn Kursteilnehmer hatten die Möglichkeit, die praktische Anwendung ausgiebig zu trainieren.

Insgesamt war die Tagung von einem interdisziplinären Charakter getragen, der gegenseitige Kooperation zum Nutzen der Patienten in den Vordergrund stellte und wohl daher eine sehr positive Resonanz bei den Teilnehmern fand. Die Abstrakta der Vorträge sind im Heft 3 (2005) des European Journal of Trauma nachzulesen.

PD Dr. G. Fitze

Informationen zur Sektion Kindertraumatologie der DGU

Die Sektion Kindertraumatologie der DGU steht allen interessierten Kolleginnen und Kollegen offen, insbesondere angesprochen sind Kolleginnen und Kollegen aus den Bereichen Unfallchirurgie, Kinderorthopädie und Kinderchirurgie.

Die Sektion hat derzeit nahezu 150 aktive Mitglieder, eine strenge Aufnahmeregelung gibt es nicht. Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie können in jedem Fall in der Sektion mitarbeiten.

Die Sektion führt Studien durch und organisiert jährlich eine Arbeitstagung. Die Leitung der Sektion obliegt derzeit Prof. Dr. Wolfgang Schlickewei, Chefarzt St. Josefs-Krankenhaus in Freiburg, mit Stellvertreter Prof. Dr. Hans-Georg Dietz, Leiter der Kindertraumatologie, Dr. v. Haunersches Kinderspital LMU München.

Nach Satzung der DGU sind die Sektionen feste, also unbefristet tätige Einrichtungen, die für bestimmte Teilbereiche der Unfallchirurgie durch einstimmigen Beschluss des Präsidiums gebildet werden. Sie sind dem Präsidenten und Präsidium unterstellt und diesem berichtspflichtig.

Die Leiter der Sektion werden vom Präsidium für 3 Jahre ernannt und gehören dem Fachbeirat und dadurch dem Präsidium an, haben aber dort ein Stimmrecht zu den ihnen übertragenen Aufgaben.

Weitere Informationen auf der Web-Seite <http://www.dgu-online.de>.

Prof. Dr. H.-G. Dietz
Ltd. Oberarzt der Kinderchirurgischen Klinik

Veranstaltungen

40. Weiterbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie, 28.–30. Oktober 2005, Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig.

Jahrestagung des Berufsverbandes der niedergelassenen Kinderchirurgen

Am 7.5.2005 fand in Erfurt die Jahrestagung des Berufsverbandes der niedergelassenen Kinderchirurgen e. V. (BNKD) statt. Ein zentraler Punkt war die Neuwahl des Vorstandes. Der neu gewählte Vorstand setzt sich nun wie folgt zusammen: 1. Vorsitzender: Dr. Andreas Schmidt, Augsburg; 2. Vorsitzender: Dr. Christian Deindl, Nürnberg; Schriftführer: Dr. Anne-Katrin Eckstein, Kronshagen; Schatzmeister: Dr. Regina Pankrath, Berlin; Beisitzer: Dr. Willi Farwick, Bonn, Dr. Bülent Yilmaz, Bielefeld.

Zwei Tätigkeitsschwerpunkte des BNKD aus dem vergangenen Jahr sollen herausgestellt werden:

1. Begleitung und Unterstützung der Mitglieder bei der Einführung des neuen EBM 2000plus. Hier war der BNKD bei den beratenden Gesprächen bei der KBV leider nur am Rande beteiligt, dennoch gelang es, einige für Kinderchirurgen wichtige Aspekte zu berücksichtigen. Wir hätten uns allerdings gewünscht, noch mehr Aspekte der Kinderchirurgie – vor allem im ambulanten Bereich – in der neuen Gebührenordnung wiederzufinden. Nachdem von den Kostenträgern mit Nachdruck gefordert wird, den Katalog 115 SGBV umzusetzen, würde dieser Aspekt zunehmend auch in den Kliniken zu einem wichtigen Thema.
2. Qualitätsmanagement gewinnt enorm an Bedeutung und die Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in den Praxen Niedergelassener wird gesetzlich vorgeschrieben. Hier hat der BNKD sehr frühzeitig reagiert und unter der Federführung von Herrn Dr. Deindl das von der KBV entwickelte System QEP mittlerweile etabliert. Ein erster Kurs fand bereits im Juli statt, ein zweiter ist für den November fest terminiert. Herr Dr. Deindl hat auch unter den Ersten seine Praxis erfolgreich nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifizieren lassen. Kaum ein anderer Berufsverband kann für seine Mitglieder ein bereits so etabliertes Qualitätsmanagement-System anbieten wie der BNKD.

Dr. Andreas Schmidt, 1. Vorsitzender des BNKD

Geburtstage

Herr Prof. Dr. med. habil. K.-H. Römer, hat am 8.7.2005 sein 85. Lebensjahr vollendet. Er ist Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie und ehemaliger Leiter der Kinderchirurgischen Abteilung der Medizinischen Akademie Magdeburg.

Historisches

Ehemalige Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

Roland Daum (Präsident 1987–1991)

Will man einen Altmeister einer jüngeren Generation näher bringen, muss man weniger seine Lebensdaten darstellen, sondern man muss etwas über ihn erzählen. An der „Story Daum“ erscheint mir am bemerkenswertesten, dass er ein begnadeter Musiker, ein am Konservatorium ausgebildeter Pianist und von einem namhaften Gesangslehrer geschulter Sänger ist, beides aber später in seinem Arztberuf nur zu Hause in seinen eigenen vier Wänden ausgeübt hatte und es sorgsam im Verborgenen hielt. Sogar ich selbst, als sein kinderchirurgischer Lehrer und guter Freund, habe ihn nie gehört, wusste aber von seiner Musikliebe und seinem Können.

Roland Daum war ein Schüler K. H. Bauers, den er hoch verehrte, der sein Vorbild war und den er oft zitierte. Als fertiger Chirurg übernahm er seinerzeit im Rahmen der allgemeinen Stationsverteilung die von mir geleitete Kinderstation der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg als Stationsarzt, die zwei Jahre später zur kinderchirurgischen Abteilung mutierte. Ihn faszinierte dieser spezielle Sektor der Chirurgie gleichsam wie der der Kinderheilkunde: Der Kinderchirurg war bald so perfekt, mich voll vertreten zu können, sodass ich mich der Heidelberger Universitätspolitik widmen konnte als einer der zwei Nichtordinariensenioren in der obersten Universitätsführung. Roland Daum lernte nicht nur bei mir die Kinderchirurgie, sondern er vertiefte hier sein Wissen durch einen Aufenthalt im damaligen Mekka der Kinderchirurgen, nämlich im Hospital for Sick Children in der Great Ormond Street von London. Nach meiner Berufung auf den ordentlichen kinderchirurgischen Lehrstuhl in München und demjenigen von Professor Flach in Tübingen war Roland Daum der dritte, bundesrepublikanische kinderchirurgische Ordinarius.

Nur folgerichtig war in der Karriere von Roland Daum, dass er 1987 zum Präsidenten unserer Gesellschaft gewählt wurde. Fragt man ihn nach der schwierigsten und verantwortungsvollsten Situation während dieser Amtszeit, so führt er ohne lange zu überlegen an: Die Tatsache, dass es mir gelang, in dem Nürnberger Vereinigungskongress zwischen der bundesrepublikanischen und der Kinderchirurgie der DDR alle Mitglieder der ostdeutschen Kinderchirurgen in unserer „Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie“ aufzunehmen, trotz mancher erheblicher Widerstände gegen einige, sehr stark kommunistisch geprägter Kollegen in der DDR. Nicht die politische Überzeugung der Kollegen, sondern die kinderchirurgische Prägung dieser Fachgenossen waren Roland Daum Richtschnur seines damals taktisch richtigen Handelns.

Und wenn ich ihn heute frage: „Roland, was machst Du in Deinem Emeritusbausein?“ So antwortet er: „Ich freue mich an meiner Familie und kümmere mich um meine sehr kranke Frau.“

Waldemar Ch. Hecker