DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDERCHIRURGIE

60 Jahre

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.

1963 – 2023

www.dgkch.de

VESOXX®

VESOXX® (1 mg/ml Oxybutynin-HCl) – die intravesikale Lösung zur Behandlung der neurogenen Detrusorüberaktivität[1]

Gemeinsam bringen wir die Therapie Ihrer Patienten auf eine neue Ebene

NEU:
VESOXX® für NDO Patient*innen – unabhängig ihrer Grunderkrankung
z. B. Spina bifida, Querschnittlähmung, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson

VESOXX® (1 mg/ml Oxybutynin-HCl) wirkt durch seinen multimodalen Wirkmechanismus[2–5] und schützt dadurch langfristig die Nieren.[6,7] Die Dosierung von VESOXX® wird entsprechend urodynamischer Parameter patientenindividuell festgelegt.[1] Die direkten Wirkungen von VESOXX® in der Blase und die geringere Verstoffwechselung lassen eine hohe Effektivität und eine bessere Verträglichkeit im Vergleich zur oralen Therapie erwarten.[1,7–11]

VESOXX® wird zur Behandlung der neurogenen Detrusorüberaktivität aufgrund einer Rückenmarksverletzung oder Meningomyelozele (Spina bifida) bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren angewendet, die ihre Blase mittels aseptischer intermittierender Katheterisierung entleeren und nicht adäquat mit oralen Anticholinergika eingestellt sind.[1]

Alle Informationen zu Verordnung und Erstattung finden Sie unter www.vesoxx.de

1. VESOXX® Fachinformation. **2.** Murakami S. et al. Urol Int. 2003; 71(3):290–298; (präklinische Studie an isoliertem humanen Blasengewebe mit Antimuskarinika). **3.** Chapple C.R. et al. Urology. 2002; 60(5 Suppl 1):82–88; discussion 88–89; (Übersichtsartikel). **4.** Kim Y. et al. Urology. 2005; 65(2):238–242; (präklinische Studie an Ratten mit intravesikalen Antimuskarinika). **5.** De Wachter S. and Wyndaele J.J. J Urol. 2003; 169(5):1892–1895; (präklinische Studie an Ratten mit intravesikalem Oxybutynin). **6.** Pannek J. et al. Urology. 2000; 55(3):358–362; (prospektive Open-Label-Studie mit intravesikalem Oxybutynin in Kombination mit oralem Oxybutynin, n = 25). **7.** Humblet M. et al. Neurourol Urodyn. 2015; 34(4):336–342; (retrospective Kohortenstudie mit intravesikalem Oxybutynin, n = 10 bei Re-Evaluation). **8.** Krause P. et al. J Urol. 2013; 190(5):1791–1797; (prospektive, randomisierte Cross-Over Open-Label-Studie (Periode I und II: orales oder intravesikales Oxybutynin, Periode III: intravesikales Oxybutynin), n = 20). **9.** Buyse G. et al. 1998; 160(3 Pt 2):1084–1087; discussion 1092; (prospektive Open-Label-Studie mit intravesikalem Oxybutynin, n = 15). **10.** Oki T. et al. J Urol. 2004; 172(5 Pt 1): 2059–2064; (präklinische Studie an Ratten mit oralem und intravesikalem Oxybutynin). **11.** Schröder A. et al. Neurourol Urodyn. 2016; 35(5):582–588; (randomisierte, prospektive, aktiv kontrollierte, multizentrische Open-Label-Studie mit intravesikalem Oxybutynin (n = 18) und oralem Oxybutynin (n = 17)).

VESOXX 1 mg/ml, Lösung zur intravesikalen Anwendung. **Wirkst.:** Oxybutyninhydrochlorid. **Zus.:** 1 ml Lös. enth. 1 mg Oxybutyninhydrochlorid; 1 skalierte Fertigspritze m. 10 ml Lös. enth. 10 mg Oxybutyninhydrochlorid. *Sonst. Bestandt.:* Salzsäure, Natriumchlorid, Wasser f. Inj.-zwecke. **Anw.:** Zur Unterdrück. einer neurogenen Detrusorüberaktivität (*Neurogenic Detrusor Overactivity;* NDO) b. Kdrn. ab 6 J. u. b. Erw., die ihre Blase mittels sauberer intermittierender Katheterisier. (CIC) entleeren, wenn sie durch eine Beh. m. oralen Anticholinergika aufgrund mangelnder Wirksamkeit und/oder unerträglicher Nebenwirk. nicht adäquat eingestellt werden können. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gg. d. Wirkst. od. sonst. Bestandt.; schwere gastrointest. Erkrank. (z. B. schwere Colitis ulcerosa u. tox. Megakolon); Myasthenia gravis; Engwinkelglaukom u. Pat. m. einem Risiko dafür; Pat. mit Harnwegsobstrukt., bei denen eine Harnretention auftreten kann; häufiges nächtl. Wasserlassen aufgrund einer Herz- oder Nierenerkrankung; begleit. Sauerstofftther. **Nebenwirk.:** Harnwegsinfekt.; asymptomat. Bakteriurie; Hyperprolaktinämie; Prolaktin erhöht; Teilnahmslosigk.; Halluzinat.; kognitive Stör.; Hyperaktivität; Schlaflosigk.; Schlafstör.; Agoraphobie; Orientierungsstör.; Aufmerksamkeitsstör.; Schwindelgefühl; Kopfschmerz; Somnolenz; Erschöpf.; Dysgeusie; getrübter Bewusstseinszustand; Bewusstlosigk.; anticholinerges Syndr.; Krampfanfall; Vertigo; Trockenes Auge; anomale Sinnesempfind. d. Auges; Akkommodationsstör.; supraventrik. Tachykardie; Hypotonie; Gesichtsröt.; Obstipat.; Mundtrockenh.; abdominale Beschwerden; Schmerzen im Unter- od. Oberbauch; Übelk.; Dyspepsie; Diarrhö; Hypohidrose; Ausschlag; nächtl. Schwitzen; (verstärkter) Harndrang; Proteinurie; Hämaturie; Stör. b. d. Entleer. d. Harnblase; Schmerzen an d. Instill.-stelle; Durst; Brustkorbbeschwerden; Kältegefühl. Verring. Sauerstoffsätt. im Rahmen einer Sauerstofftther. Bek. NW einer anticholinergen Ther. (bisher b. intravesikaler Anw. v. Oxybutynin nicht beob.): Erbrechen; Anorexie; vermind. Appetit; Dysphagie; gastroösophag. Refluxrankh.; Pseudoobstrukt. b. Risikopat. (ältere Personen od. Pat. m. Obstipat. u. b. Behandl. m. and., die intest. Motilität verring. AM); Verwirrth.-zustand; Agitiert.; Angst; Alpträume; Paranoia; Sympt. einer Depress.; Abhängigk. v. Oxybutynin (b. Pat. m. einer Vorgeschichte v. Drogen- od. Substanzmissbrauch); Arrhythmie; Hitzschlag; (Engwinkel-) Glaukom; Augeninnendruck erhöht; trockene Haut; Angioödem; Urtikaria; Photosensitivität; Überempfindlichk. Kdr. könnten empfindlicher f. d. Wirk. d. Produktes sein, insbes. in Hinblick auf psychiat. u. d. ZNS betreff. NW. **Warnhinw.:** Enth. d. sonst. Bestandteil m. bek. Wirk. Natrium (3,56 mg/ml). **Weit. Angaben:** s. Fach- u. Gebrauchsinfo. **Verschreibungspflichtig.**

FARCO-PHARMA GmbH, Gereonsmühlengasse 1–11, D-50670 Köln. **Stand:** 08/2022.

FARCO

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie feiert in diesem Jahr ihr 60-jähriges Bestehen. Das soll Anlass sein, auf die Entwicklung unseres Fachs in Ost und West, auf einige der Gründungsväter, auf neue Akzente in der Struktur unserer Fachgesellschaft, aber auch auf die klinischen Fortschritte zu schauen. Dabei können alle diese Aspekte nur exemplarisch und punktuell beleuchtet werden, pars pro toto; manches kann man über die angegebenen Links/QR-Codes auf der Homepage vertiefen. Wir wünschen den Mitgliedern und Partnern unserer nicht mehr ganz so jungen Fachgesellschaft viel Spaß beim Durchblättern der folgenden Seiten.

Dr. med. Petra Degenhardt
Prof. Dr. med. Felicitas Eckoldt-Wolke
Dr. med. Ralf Lippert
Frau Doris Lorenzen
Prof. Dr. med. Peter Paul Schmittenbecher

Die Autorenschaft der Jubiläumsbroschüre ist sich über die Vielfalt der Geschlechterrollen bewusst und teilt alle Benennungen zur gendergerechten Schriftsprache. Die Kriterien der Lesbarkeit haben die Autorenschaft dazu bewegt, die traditionelle Schriftform zu verwenden.

Geschäftsstelle der DGKCH

(Doris Lorenzen, Petra Degenhardt)

Am 01.03.2001 wurde die Geschäftsstelle der DGKCH, seinerzeit zusammen mit der DGTHG in einem Büroraum, ins Leben gerufen. Seit der räumlichen Trennung im Oktober 2004 ist die Geschäftsstelle der DGKCH in den Räumen des historischen Langenbeck-Virchow-Hauses eigenständig zu finden. Sie arbeitet eng mit dem Vorstand und erweiterten Vorstand zusammen und ist der zentrale Punkt für alle Belange in und um die Kinderchirurgie sowie Ansprechpartner für unsere Mitglieder und Kooperationspartner.

Hier erhalten Sie weiterführende Informationen:

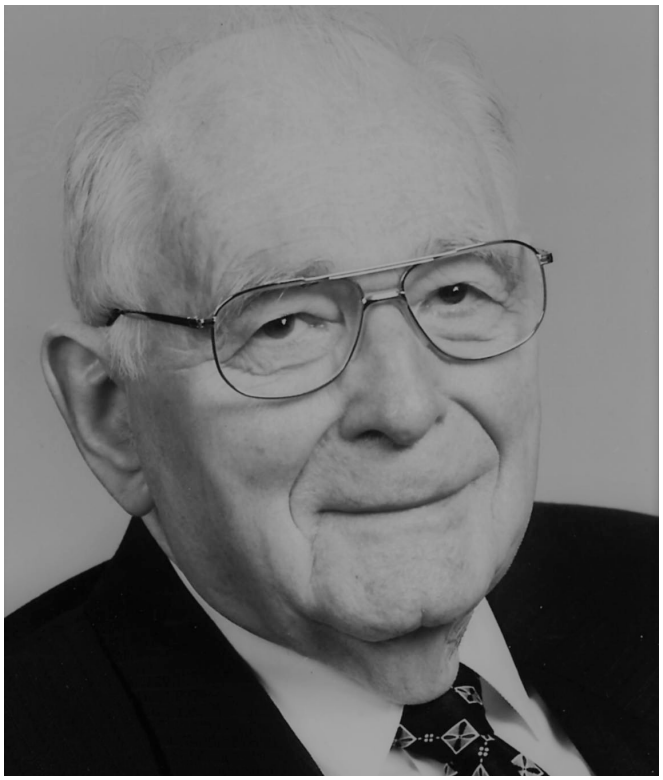
Werdegang der Geschäftsstelle

Chronik der Präsidenten

Kongresspräsidenten

Die Entwicklung der Kinderchirurgie in der DDR

(Felicitas Eckoldt-Wolke)



Die Entwicklung der Chirurgie im Allgemeinen war zunächst limitiert durch das Fehlen der Aseptik/Antiseptik und der Möglichkeiten einer Schmerzausschaltung. Erst mit der Einführung der Äthertropfnarkose und der Aufmerksamkeit, die diese in einer öffentlichen Demonstration am 16.10.1846 in Boston erfuhr (1), begann die Entwicklung der modernen Chirurgie. Ab 1867 informierte Baron Joseph Lister die Fachöffentlichkeit mit Artikeln im „The Lancet“ über die Ergebnisse seiner Forschungsarbeit zum Einsatz von Phenolen (vormals Karbol) in der Chirurgie. Das „Listern“ senkte die Sterblichkeit operierter Patienten am sog. Hospitalbrand erheblich, wie der Beschreibung von Nußbaum aus dem Jahre 1878 instruktiv zu entnehmen ist (2). Während in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in den USA mit der ersten erfolgreichen Korrektur einer Ösophagusatresie mittels End-zu End-Anastomose durch Haight 1941 die Geburtsstunde der modernen Kinderchirurgie eingeleitet wurde, war die Deutsche Chirurgie zunächst nicht bereit, Spezialisierungen in diesem Maße zuzulassen und zu fördern. In der DDR war der Kampf gegen die hohe Säuglingssterblichkeit eine der Triebfedern zur Entwicklung einer modernen Kindermedizin, die die Perinatalmedizin wie auch die Kinderchirurgie einschloss. Sie wurde führend durch Syllm-Rapoport, Gmyrek, Grauel und Wauer an der Berliner Charité als Hauptforschungsprojekt wissenschaftlich geleitet (3). 1955 wurde der Facharzt für Kinderchirurgie in der DDR eingeführt, dessen erste Anerkennung per Ausnahmeregelung Ilse Krause und Fritz Meißner erhielten. Warum die Facharztbezeichnung 1966 abgeschafft und per Anordnung 1974 wieder etabliert wurde, entzieht sich der genaueren Betrachtung. Politisch gewollt und somit gefördert wurde diese Entwicklung der Kindermedizin. Kirchmair sagt in seinem 1971 posthum veröffentlichten Lehrbuch der Kinderheilkunde, dass in der DDR der Gesundheitsschutz des Kindes auf verfassungsmäßiger Grundlage garantiert wurde (4). Kirchmair war es auch, der, selbst der Universitätskinderklinik in Rostock vorstehend, dem Magistrat von Berlin den Gedanken vortrug, in Berlin eine Kinderchirurgische Klinik zu gründen (5). Dies geschah am 01.06.1956 in Berlin-Buch. Erste Chefärztin wurde Ilse Krause. Noch früher datiert die Entstehung einer Kinderchirurgischen Station an der Kinderklinik in Leipzig, die 1891 gegründet wurde (6). Die Leitung der 1958 gegründeten eigenständigen Klinik für Kinderchirurgie in Leipzig wurde durch Herbert Uebermuth, dem damaligen Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Leipzig, an Fritz Meißner übertragen (5). 1958 wurde die Kinderchirurgische Klinik in Karl-Marx-Stadt gegründet und von dem bereits in München und Leipzig zum

Kinderchirurgen ausgebildeten Wolfgang Popp geleitet. Es folgte dann die Gründung der durch den sich in der Neugeborenenchirurgie profilierenden Walter Schmidt geleiteten Kinderchirurgie (Professur für Chirurgie und Kinderchirurgie) an der Universitätsklinik in Rostock. Im Weiteren wurde dann die Etablierung der Lehrstühle für Kinderchirurgie an allen Universitäten und Medizinischen Akademien der DDR beschlossen. Sie wurden besetzt 1969 mit Tischer in Greifswald, 1970 Römer in Magdeburg, 1977 Gottschalk in Erfurt und ebenfalls 1977 Schickedanz in Jena (5). Ebenso wurden an allen Bezirkskrankenhäusern der DDR kinderchirurgische Kliniken etabliert. Damit war das politisch deklarierte Ziel der flächendeckenden qualifizierten kinderchirurgischen Versorgung in der DDR durchgesetzt.

Zunächst seit 1964 Arbeitsgemeinschaft für Kinderchirurgie, wurde die Sektion Kinderchirurgie 1968 innerhalb der Gesellschaft für Chirurgie der DDR gegründet. Deren Vorsitzender Helmut Wolff entließ nach Antrag und Diskussion 1985 die Kinderchirurgie in die Selbstständigkeit. So wurde die Gesellschaft für Kinderchirurgie der DDR gegründet, deren erster Vorsitzender Fritz Meißner wurde (7). 1990 wurden alle ärztlichen Mitglieder (123) dieser Gesellschaft in die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie übernommen.

Zusammenfassend ist von der Autorin, die diesen Weg seit 1980 verfolgt und seit 1985 mehr oder weniger aktiv mitgestaltet hat, zu konstatieren: Die Kinderchirurgie der DDR, Kind sozialistischer Überzeugung und unermüdlichen Wirkens herausragender Persönlichkeiten, hat eine rasante Entwicklung in den 60er- und 70er-Jahren gezeigt, war trotz der widrigen Bedingungen des Exodus von Fachkräften, der Mangelwirtschaft und der Isolation eine vigilante und bunte Gesellschaft, die sich den Widrigkeiten zum Trotz zu entwickeln vermochte und die mit dem Ansatz der flächendeckenden Versorgung der Kinder durch Fachärzte dem Grundsatz des Schutzes für Kinder vor körperlichem und seelischem Unbill aus Überzeugung nachkam.

Der Quellennachweis kann in der Geschäftsstelle der DGKCH angefordert werden.

KONGRESS
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN
20.-23.09.2023 + CONGRESS CENTER HAMBURG
BeKD e.V.
dgkj-kongress.de

SCHWERPUNKTTHEMEN
+ IMMUNREAKTIONEN
im Rahmen von Infektion, Autoimmunität und Allergie
+ NOTFALLMEDIZIN
+ DIGITALISIERUNG UND ROBOTIK

Die Entwicklung der Kinderchirurgie in der BRD

(Ralf Lippert, Andreas Leutner)

Die Geschichte unserer Fachgesellschaft ist unzertrennlich mit Fritz Rehbein (08.04.1911 bis 07.09.1991) verbunden, ist er doch gemeinsam mit Prof. Oberniedermayr und anderen deren Gründungsmitglied: Am 17.04.1963 erfolgte die Umwandlung der initialen seit den 1950er-Jahren bestehenden AG für Kinderchirurgie in die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.: 1. Präsident der Fachgesellschaft Oberniedermayr 1963-1964, Rehbein übernahm als 2. Präsident 1964-1970 (siehe auch Präsidentenchronik Seite 3). Unsere Fachgesellschaft hat ihm zu Ehren die Ehrenmedaille der DGKCH 1992 in „Fritz-Rehbein-Ehrenmedaille“ umbenannt (Medaille und bisherige Preisträger siehe Seite 9). Sie gilt als hochrangigste Auszeichnung unserer Fachgesellschaft.

Er kann somit zurecht als erster „Netzwerker“ unseres Faches bezeichnet werden und dies zu Zeiten, in denen die Kommunikation noch vom persönlichen Kontakt zueinander geprägt war. Rehbein pflegte viele nationale und internationale Kontakte und reiste durch die Welt im Einsatz für die Weiterentwicklung unseres Faches in Deutschland. Die Rehbein'sche Klinik war weltweiter Anziehungspunkt für werdende Kinderchirurgen. Dem Verzeichnis seiner Publikationen und Vorträge gebühren Respekt und Anerkennung, legten sie doch oft Grund- und Meilensteine für die deutsche und internationale Kinderchirurgie.

Zeitzeugen berichten über die oft stundenlangen nächtlichen Telefonate Rehbeins mit seinen Freunden und Kollegen, die oft bis in den frühen Morgen reichten. Hier wurden Operationsverfahren und Ideen diskutiert und neue Vorhaben auf den Weg gebracht. So war es auch Rehbein, der unsere Zeitschrift für Kinderchirurgie begründete, die im heutigen European Journal of Pediatric Surgery aufging.

So konnte er für unser Fach und unsere Fachgesellschaft wichtige Akzente in Forschung, Lehre und Klinik setzen. Wir hatten mit ihm einen hervorragenden Kinderchirurgen, Wissenschaftler, Wegbereiter und Lehrer, der die Entwicklung unseres Faches maßgeblich vorangetrieben hat.

Hervorzuheben seien sein Lehrbuch für Kinderchirurgie und seine zahlreichen OP-Skizzen, die vielen werdenden Kinderchirurgen initial hilfreich zur Seite standen. Nach und während seiner Zeit blühte unser Fach national und international auf. Immer mehr eigenständige Abteilungen für Kinderchirurgie entstanden. Viele von Rehbein ausgebildete Kinderchirurgen übernahmen kinderchirurgische Kliniken andernorts, z.B. Boix-Ochoa (Barcelona), Halsband (Lübeck), Höllwarth (Graz), Kasei und Kimura (Japan), von Ekesparre (Hamburg), Würtenberger (Dortmund), um nur einige zu nennen.

Eine weitere kinderchirurgische Schule um Oberniedermayr (Präsident 1963-1964) und den Oberniedermayr-Nachfolger Hecker (Präsident 1973-1976) etablierte sich im Dr. von Haunerschen Kinderspital in München. Aus dieser Schule stammten neben den beiden eben Genannten acht spätere Präsidenten; dazu weitere an der Entwicklung der Kinderchirurgie in Westdeutschland beteiligte Kinderchirurgen, die als Leitung eine Klinik oder Abteilung für Kinderchirurgie übernahmen. Das gilt für die noch zu den Gründervätern zählenden Oberniedermayr-Schüler Singer (München-Schwabing, Präsident 1976-1979, erster Sekretär der DGKCH), Maier (Karlsruhe, Präsident 1983-1987) und Pompino (Siegen, Präsident 1991-1993, derzeitiger Ehrenpräsident). Zu Zeiten Heckers übernahmen seine Schüler Engert (Herne, Präsident 2000-2002), Helmig (Regensburg, Präsident 2002-2004), Höpner (München-Schwabing), Holschneider (Köln), Elfriede Ring-Mrozik (Ingolstadt) und schließlich Schmittenbecher (Regensburg, Präsident 2017-2020) eigene Kliniken oder Abteilungen.

Dieser Entwicklung folgend, kam es in Westdeutschland erst Anfang der 90er Jahre zur Etablierung des eigenständigen Facharztes für Kinderchirurgie, der in Ostdeutschland schon lange zuvor existierte und im Rahmen der Wiedervereinigung durch den Grundlagenvertrag mit eingebracht wurde.

Korrektur der angeborenen Fehlbildungen – von der konventionellen zur minimal-invasiven Operation anhand der angeborenen Zwerchfellhernien und der Ösophagusatresie

(Lucas Wessel)

Kernstück der kinderchirurgischen Expertise ist die Versorgung von Kindern mit Fehlbildungen. Diese Expertise hat sich stetig weiterentwickelt und wird im Folgenden am Beispiel der Ösophagusatresie und der Zwerchfellhernie dargestellt.

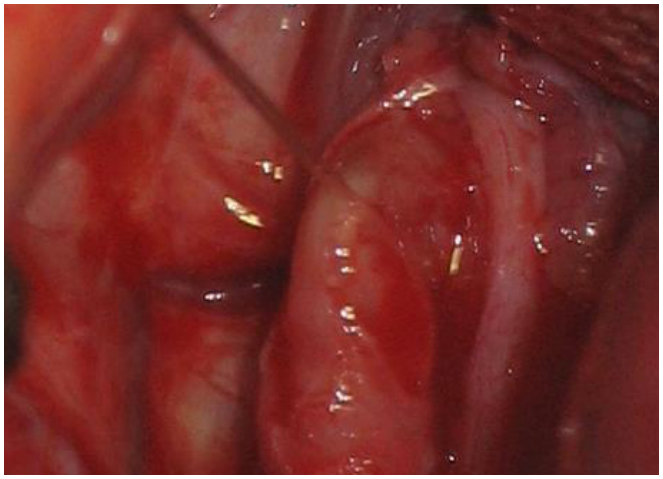
Die angeborene Ösophagusatresie (ÖA) ist eine seltene Fehlbildung (1 : 3.500 bis 1 : 4.500 Geburten). Jährlich werden in Deutschland ca. 200 Kinder mit ÖA geboren. Atresie leitet sich vom griechischen „atretos“ ab und bedeutet „ohne Öffnung“: Verschluss von Hohlorganen oder natürlichen Körperöffnungen. Bei der ÖA trennt sich die Speiseröhre nicht komplett von der Luftröhre und in ca. 90 % verbleibt eine ösophagotracheale Fistel. Unbehandelt ist die ÖA nicht mit dem Leben vereinbar.

Die erste erfolgreiche Korrektur führte Cameron Haight 1941 in Michigan durch. Die konventionelle Korrektur wurde in Deutschland nach dem 2. Weltkrieg etabliert. Das Überleben war dürftig: Nur 36 % überlebten die Fistelligatur und Anastomose über eine rechtsseitige Thorakotomie. Anästhesie und postoperative Behandlung auf Intensivstationen mussten sich noch entwickeln. Die Pathogenese der ÖA bleibt ungeklärt. In 55 % kommt die ÖA isoliert vor. Gefürchtet ist die Kombination mit Herzfehlern, Assoziationen, wie VACTERL und chromosomalen Störungen wie Trisomie 21. Der Erhalt des eigenen Ösophagus steht im Vordergrund. Heute überleben mehr als 90 %. 1999 führten Lobe und Rothenberg die erste thorakoskopische Korrektur (MIC = minimal-invasive Chirurgie) in Berlin durch. Bereits 2012 zeigte eine Meta-Analyse, dass sich MIC in spezialisierten Zentren als Standardmethode durchsetzt: 10 % aller Fälle. MIC zeigt Vorteile gegenüber konventioneller Chirurgie. Aber es erfordert ein erfahrenes, interdisziplinär agierendes Team mit großer Expertise, um Langzeitkomplikationen frühzeitig zu erkennen bzw. zu behandeln.

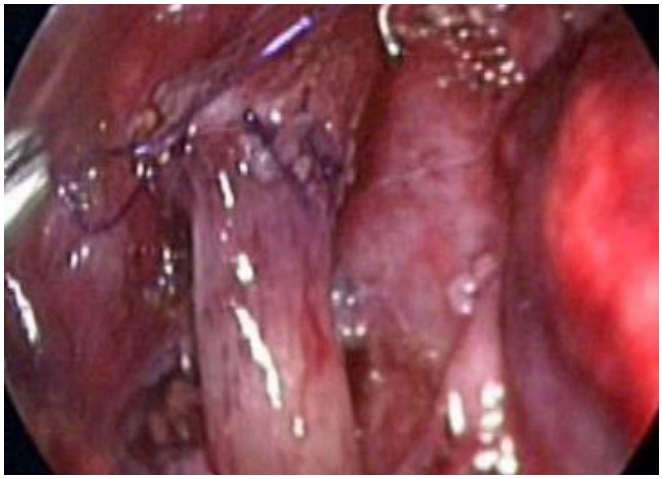
Die Entwicklung der Behandlung angeborener Zwerchfellhernien (CDH = congenital diaphragmatic hernia) verlief anders. Es besteht meist keine Hernie, sondern ein Defekt (85 % links). Frühe Korrekturen kleiner Defekte wurden schon im 19. Jahrhundert publiziert. Größtes Problem ist die pulmonale Beeinträchtigung. Bereits 1853 berichtete Boston, dass Druck der herniierten Organe der Expansion der Lunge und somit dem Überleben entgegenstand. CDH wurde als Notfallsituation des Neugeborenen begriffen. Eine sofortige Operation erlaubte die Reposition der in den Thorax vorgefallenen abdominellen Organe und somit die Ausdehnung der Lunge. Trotz dieses Vorgehens verstarben 60 % der Kinder. In den 1980er Jahren zeigten sich Lungenhypoplasie und PPHN (persistierende pulmonale Hypertonie des Neugeborenen) verantwortlich für die Mortalität. Erfolgte die Korrektur nach kardiopulmonaler Stabilisierung, überlebten bis zu 80%. Jedoch verblieb eine beachtliche Morbidität, woran die MIC nichts änderte. Die Größe des Defektes entscheidet über Überleben und Morbidität: Je größer, um so ausgeprägter die Lungenhypoplasie und die PPHN. Deswegen muss die OP-Indikation sorgfältig abgewogen werden. Viel Erfahrung ist erforderlich. Für kleine Defekte (A und B) hat sich MIC bewährt. Für größere Defekte (C und D) ist die konventionelle Korrektur derzeit das Verfahren der Wahl.

Robotik-Verfahren sind für ÖA und CDH noch wenig erprobt. Die in der Robotik eingesetzten Instrumente sind grob für Neugeborene, aber da werden Fortschritte gemacht!

Jegliche Korrektur einer angeborenen Fehlbildung erfordert große Expertise des gesamten Teams. Das Kind hat nur eine Chance auf ein optimales Ergebnis. Viele Langzeitfolgen können entstehen (gastroenterologisch, neurologisch, pulmonal, kardial, psychisch), sodass eine strukturierte Nachsorge mit multidisziplinärem Team und Transition in die Erwachsenenmedizin notwendig sind.



Thorakotomie rechts:
Der distale Ösophagusstumpf ist angeschlungen; die Naht markiert die ösophagotracheale Fistel.



Thorakoskopische Versorgung:
Die sichtbaren Klammern markieren die durchtrennte Fistel, die Fäden die Anastomose des Ösophagus.

Röntgen Thorax:
Linksseitig fällt ein Enterothorax mit luftgefüllten Darmschlingen auf. Die Magensonde liegt abdominal. Somit handelt es sich um einen kleinen Defekt (Typ B).

Thorakoskopische Versorgung:
Ein konisch geformter Patch wurde durch den Arbeitskanal in den Thorax gezogen und wird Sublay mit Einzelknopfnähten verankert.

Der Quellennachweis kann in der Geschäftsstelle der DGKCH angefordert werden.

Präsidentenchronik und Übersicht der Präsidenten

Präsidentenchronik

Träger der Fritz-Rehbein-Ehrenmedaille

2022	Prof. Dr. med. Michael W. Gauderer (USA)
2019	PD Dr. med. Dietrich Kluth (Hamburg)
2017	Dr. med. Theddy Slongo (Schweiz)
2015	Prof. Dr. med. Alexander M. Holschneider (Köln)
2013	Prof. Dr. med. Hermann Mildenberger (Hannover)
2011	Prof. Dr. med. Frank Höpner (München)
2008	Prof. PhD FRCS Lewis Spitz (Großbritannien)
2008	Prof. Dr. Jean-Paul Prévot (Frankreich)
2006	Prof. Dr. med. Andreas Flach (Tübingen)
1999	Prof. Dr. med. Hugo Sauer (Österreich)
1997	Prof. Dr. med. Kurt Gdanietz (Berlin)
1996	Prof. Dr. med. Wolfgang Albert Maier (Karlsruhe)
1992	Prof. Dr. med. Fritz Meißner (Leipzig)
1990	Prof. Dr. med. Waldemar Ch. Hecker (München)
1986	Prof. Dr. Dr. h. c. Fritz Rehbein (Bremen)

Übersicht der Medaillenträger

Coloplast® Professional

60 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie

Spezielle Inhalte zur **Stoma- und Kontinenzversorgung** bei Kindern

Gemeinsam für eine Zukunft der kleinen Patienten.

Bei Coloplast arbeiten wir daran, Menschen mit sehr persönlichen medizinischen Bedürfnissen das Leben zu erleichtern.

Was ist Coloplast Professional?

Coloplast Professional ist eine Bildungs- und Kollaborationsplattform für medizinisches Fachpersonal, das in den verschiedenen Bereichen der Versorgung von Menschen mit sehr persönlichen medizinischen Bedürfnissen tätig ist.

Unabhängig von Ihrem Erfahrungsniveau bietet Ihnen diese Plattform eine flexible Möglichkeit des digitalen Lernens und praktische Materialien, zum Ausbau von klinischem Wissen:

- ***Klinische Evidenz und Publikationen***, um Sie über wissenschaftliche Neuerungen in Ihrem Bereich auf dem Laufenden zu halten.
- ***Bewertungsinstrumente und praktische Hilfsmittel***, die Sie – und Ihre Patienten - bei der Versorgung unterstützen können.
- ***Erklärvideos und Schritt-für-Schritt-Anleitungen***, die Ihnen zeigen, wie Sie Patienten- und klinische Herausforderungen meistern können.
- ***Produktinformationen***, die Ihnen helfen, die richtige Lösung für Ihren Patienten zu finden.

Unsere Inhalte speziell für Ärzte und Fachkräfte auf coloplastprofessional.de

fasciotens®Pediatric
eine Entwicklung für die Allerkleinsten

Wofür wurde fasciotens®Pediatric entwickelt?

Bei der Behandlung angeborener und erworbener Bauchwanddefekte von Neugeborenen und Säuglingen ist ein primärer Verschluss der Bauchwand häufig nicht möglich, da ein intra-abdominelles Kompartmentsyndrom droht.
Bisher werden viele verschiedene Verfahren zur Dehnung der Bauchwand eingesetzt. Ein standardisiertes Vorgehen gibt es aktuell noch nicht. Bei Verfahren mit Zug auf die Bauchdecke ist die applizierte Kraft aktuell nicht quantifizierbar und einheitlich reproduzierbar.

Was ist das Besondere an fasciotens®Pediatric?

fasciotens®Pediatric bietet in Kombination mit fasciotens®Cradle eine zugelassene und innovative Therapielösung für die Behandlung angeborener und erworbener Bauchwanddefekte von Neugeborenen und Säuglingen.
Mit fasciotens®Pediatric wird ein standardisierter, quantifizierbarer und durch das gesamte Behandlungsteam jederzeit reproduzierbarer Zug auf die Bauchdecke appliziert. Ein direkter und schnellerer Faszienverschluss wird erleichtert.
Die Bauchwand wird über einen ventral gerichteten Zug gedehnt, der Bauchraum vergrößert und somit sukzessive Platz für die Organe geschaffen. Eine Lageveränderung der Neugeborenen und Säuglinge zur Dekubitus-Prophylaxe wird durch fasciotens®Cradle unter richtungskonstanter Zugkraft problemlos ermöglicht.

fasciotens®Pediatric

Prof. Dr. Udo Rolle
Direktor der Kinderchirurgie
Uni-Klinik Frankfurt (Main)

Wie kam es zu der Entwicklung von fasicotens®Pediatric? Wo sehen Sie den Einsatzbereich von fasciotens®Pediatric?

Angeborene Fehlbildungen der Bauchwand und seltene erworbene abdominelle Kompartmentsyndrome im frühen Kindesalter erfordern eine spezielle Therapie der Bauchwanddehnung. Dazu wurden verschiedene Behandlungsmethoden entwickelt. Diese Methoden erlauben allerdings keinen objektivierbaren und kontrollierten Zug an der Bauchdecke.
fasciotens®Pediatric ist eine Methode, mit der sich ein kontrollierter Zug an der Bauchdecke applizieren lässt. Erste Ergebnisse der Anwendung von fasciotens®Pediatric bei Bauchwandfehlbildungen im Neugeborenenalter sind vielversprechend.
Momentan wird eine deutschlandweite Anwendungsstudie durchgeführt, für die weitere teilnehmende Institutionen eingeladen sind.

Dr. Anna-Maria Ziegler
Oberärztin,
Uni-Klinik Bann

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Anwendung von fasciotens®Pediatric? Wo sehen Sie die Vorteile von fasciotens?

Unser Einsatzgebiet von fasciotens®Pediatric galt bisher der gezielten Anwendung bei Neugeborenen mit ausgeprägten Gastroschisen oder mit Omphalocele per magna. Letztendlich gilt es dieses Tool als Optimierung bei angeborenen großen Zwerchfellhernien oder fulminanter Nekrotisierender Enterocolitis mit unmöglichem primären Bauchdeckenverschluss ebenfalls aufzugreifen. Die bisher angewandte Faszientraktion bot keine Objektivierbarkeit der tatsächlichen Kraftanwendung und stellte die Pflegeteams und ärztlichen KollegInnen in der täglichen Versorgung vor technische Herausforderungen.

fasciotens®Pediatric ermöglicht eine standardisierte, kontrollierte Zugkraft, die auch nach Anleitung durch Pflegekräfte kontinuierlich überprüft und patientenadäquat eingestellt werden kann.

Das macht die kinderchirurgische Expertise für dieses Patientengut nicht unwichtiger.

Im Gegenteil, es bietet uns die Möglichkeit, unsere kleinen PatientInnen in kürzerer Zeit - vom Operateur unabhängig - einen suffizienten Mittellinienverschluss der Bauchdecke zu ermöglichen.

Dr. Daniel Svoboda
leitender Oberarzt,
Uni-Klinik Mannheim

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Anwendung von fasciotens®Pediatric? Wo sehen Sie den Vorteil von fasciotens?

Nach den zahlreichen positiven Erfahrungen aus der Erwachsenenchirurgie steht endlich das Kindersystem (fasciotens®Pediatric) zur Verfügung. Wir haben dieses nun bereits 5-mal bei angeborenen Bauchwanddefekten eingesetzt: Es ist überraschend, wie viel Fasziengewinn man bereits durch einmaligen intraoperativen Zug erreichen kann. Auch bei längerer Anwendung über mehrere Tage ist das Ausmaß der Bauchhöhlenvergrößerung enorm.

Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (BNKD)

(Andreas Schmidt)

Die Geschichte des BNKD hängt eng mit der Entwicklung der ambulanten Kinderchirurgie in Deutschland zusammen. Diese begann gegen Ende der 1970er Jahre, als u.a. am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München begonnen wurde – zum Kinder- und Elternwohl –, „tagesstationäre“ Eingriffe durchzuführen. Es hat aber noch etliche Jahre gedauert, bis sich die ersten „Mutigen“ – meist aus Oberarztpositionen heraus – in die Selbstständigkeit gewagt und die ersten Praxen für Kinderchirurgie gegründet haben.

Doch all diesen „Gründern“ fehlte die Erfahrung in der Praxisführung/-organisation, Abrechnung der Leistungen (KV) oder im Umgang mit den berufspolitischen Vertretern, sodass die Notwendigkeit einer Vernetzung zum Erfahrungsaustausch erkannt wurde. Diese Erkenntnis führte u.a. am 13.11.1993 in Hamburg zur Gründung des „Arbeitskreis niedergelassener Kinderchirurgen in Deutschland“ (ANKID), dessen erster Vorsitzender Dr. med. Gero Wesener wurde. Die zunehmende Mitgliederzahl und auch die Erfahrung, dass ein Arbeitskreis wenig bis gar kein Gehör auf berufspolitischer Ebene findet, führten dann sechs Jahre später – am 15. Mai 1999 – zur Gründung des „Berufsverband niedergelassener Kinderchirurgen Deutschlands e.V.“, kurz BNKD. Im Laufe seines Bestehens hat sich auch das Aufgabenspektrum des BNKD verändert. Neben den immer schon wichtigen Themen um die KV und die Abrechnung herum, haben Themen wie Qualitätssicherung, Zertifizierung, Hygiene, Rechtssicherheit und Patientenaufklärung einen immer breiteren Raum eingenommen. Auch die Öffentlichkeitsarbeit wurde zum wichtigen Thema, was u.a. auch in den Informationsbroschüren zu einigen Bereichen der Kinderchirurgie ihren Niederschlag findet. Doch auch für den BNKD gilt der Satz: „Nichts ist so beständig wie der Wandel“. (Heraklit von Ephesus). Durch die verschiedenen Satzungsanpassungen wurde jungen Kollegen ermöglicht, noch aus der klinischen Tätigkeit heraus Mitglied im BNKD zu werden. Die Annäherung an die Muttergesellschaft DGKCH wurde gesucht und intensiviert, es wurde in Erinnerung an eines der Gründungsmitglieder der „Gero-Wesener-Vortragspreis“ ausgelobt, der seit 2013 schon 10 Mal vergeben wurde und der Förderung junger Wissenschaftler dient. Für die Zukunft werden der Schulterschluss und die gemeinsame Arbeit mit anderen Verbänden gesucht (BNC, BAO). Zusammen mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGKCH kann so eine starke Vertretung der Kinderchirurgie – im klinischen, wissenschaftlichen und auch im niedergelassenen ambulanten Bereich – entstehen.

Weitere Informationen:

m:con
VISION INTO CONVENTIONS

Ihr Kongress- und Eventpartner

www.mcon-mannheim.de

Arbeitskreis kinderchirurgischer Assistent:innen (AkA)

(Sabine Drossard)

Der Arbeitskreis kinderchirurgischer Assistenten (AkA) wurde von Peter Schmittenbecher gegründet. Das erste Treffen fand am 19.09.1989 beim Jahreskongress in Ulm statt. Um Peter Schmittenbecher, Heidrun Gitter, Felicitas Eckoldt, Zacharias Zachariou und andere Vetreter aus verschiedenen Kliniken entwickelte sich ab Anfang der 90er Jahre ein Arbeitskreis, der sich vor allem mit Themen der kinderchirurgischen Weiterbildung, aber auch anderen berufspolitischen Themen beschäftigte. Auf Antrag des AkA wurde die Position des Beisitzers im Beirat des Präsidiums DGKCH eingeführt, welche Peter Schmittenbecher erstmalig besetzte. Ihm folgten 1996 Felicitas Kirchmair, 1997 Holger Till und 2000 Andrea Schmedding, die 2002 die Satzungsänderung beantragte, einen stimmberechtigten Beisitzer des AkA im erweiterten Vorstand der DGKCH einzuführen, um so die Interessen dieser großen Gruppe innerhalb der DGKCH besser abzubilden. Diese Position wurde 2003 erstmals von Ralf Lippert besetzt. Auf ihn folgten 2006 Marc Reismann, 2009 Verena Ellerkamp und 2011 Kathi Schwab.

Die Kommunikation innerhalb des AkA erfolgte initial vor allem im Rahmen der persönlichen Treffen, seit den 2000er-Jahren auch mittels eines E-Mail-Verteilers. Der AkA trifft sich zweimal im Jahr, im Rahmen der Jahrestagung sowie bei der Akademie für Kinderchirurgie (AKIC). Die Themen des AkA waren neben der Weiterbildung immer auch schon die Arbeitsbedingungen in der Kinderchirurgie. Im Rahmen des Novellierungsprozesses der Musterweiterbildungsordnung war der AkA aktiv eingebunden und Benjamin Schwab-Eckhardt, der 2014 den Vorsitz des AkA übernahm, zusammen mit anderen Mitgliedern des erweiterten Vorstands bei Treffen in der Bundesärztekammer aktiv an dem Prozess beteiligt.

Der AkA ist seit dessen Gründung im Perspektivforum Junge Chirurgie (PFJC) der DGCH vertreten, einem Zusammenschluss aller chirurgischen Subdisziplinen. Seit 2017 findet im Rahmen der Herbsttagung das „Forum Junge Pädiatrie und Kinderchirurgie" zur Vernetzung von Ärzten in Weiterbildung aus beiden Fachgebieten statt, außerdem besteht seit 2020 eine Zusammenarbeit mit den jungen Foren der pädiatrischen Fachgesellschaften im Netzwerk „Gemeinsam stark – für eine bessere Kinder- und Jugendmedizin".

2012 bis 2018 fand im Rahmen der Jahrestagung das Forum Junge Kinderchirurgie statt, was sowohl organisatorisch als auch inhaltlich von und für Ärzte in Weiterbildung gestaltet wurde und auch berufspolitische Themen adressierte. Es wurde 2019 durch die Weiterbildungsmaßnahmen des PFJC ersetzt, bei denen Sabine Drossard, die das Amt der AkA-Sprecherin in diesem Jahr von Benjamin Schwab-Eckhardt übernahm, sich für den AkA regelmäßig mit Vorträgen zur kinderchirurgischen Weiterbildung beteiligt.

Im Rahmen der Corona-Pandemie wurde durch den AkA eine Online-Weiterbildungsreihe initiiert: „KiWI – Kinderchirurgische Weiterbildung im Internet", die seit Februar 2021 regelmäßig einmal monatlich stattfindet.

Während der letzten zehn Jahre hat sich die Zahl der Ärzte in Weiterbildung als Mitglieder der DGKCH mehr als verdoppelt (2012: 95, 2022: 205). Der AkA stellt aktuell mit über 350 Mitgliedern auf dem Mail-Verteiler aus Deutschland, Österreich und der Schweiz das größte Gremium innerhalb der DGKCH dar.

Sprecher des AkA seit Gründung:

1992 – 1996	Peter Schmittenbecher
1996 – 1997	Felicitas Kirchmair
1997 – 2000	Holger Till
2000 – 2003	Andrea Schmedding
2003 – 2006	Ralf Lippert
2006 – 2009	Marc Reismann
2009 – 2011	Verena Ellerkamp
2011 – 2014	Kathi Schwab
2014 – 2019	Benjamin Schwab-Eckhardt
2019 – aktuell	Sabine Drossard

Akademie für Kinderchirurgie (AKIC)

(Annika Brunner, Karin Rothe)

Die Entwicklung der Kinderchirurgie zur eigenständigen Disziplin der Chirurgie war eine zeithistorische Notwendigkeit der 50er- und 60er-Jahre. Ohne Spezialisierung konnte die Chirurgie ihren hohen Ansprüchen nicht mehr gerecht werden. Aus eigener Kraft haben die Gründungsväter der Kinderchirurgie die Weiterbildung für OP- und Pflegepersonal organisiert. Seit den 60er-Jahren wurde eine jährliche Weiterbildungsveranstaltung für den ärztlichen Nachwuchs von Prof. Dr. Meißner in Leipzig etabliert. Nach der Wiedervereinigung und dem Zusammenschluss der beiden deutschen kinderchirurgischen Gesellschaften wurde die Tradition aufgegriffen und erfolgreich als Akademie für Kinderchirurgie fortgeführt.

Seit 1991 wurden die Veranstaltungen (AKIC) gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie, seit 2016 auch mit der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie gestaltet.

Die Formate haben sich im Laufe der Jahre verbessert. Mit Workshops und Hand-on-Kursen wurden reine Frontalvorträge abgelöst oder aufgewertet. Die Einbeziehung der Weiterbildungsassistenten in die Organisation ist zukunftsorientiert.

Wir haben extrem leistungsbereite Mitarbeiter, und die Akademie bietet das Umfeld, in der Visionen reifen und Fähigkeiten trainiert werden können.

Jeder Kinderchirurg erinnert sich an die Erlebnisse und Erfahrungen seiner Akademieteilnahmen und fühlt sich fest verwurzelt in der kinderchirurgischen Familie.

Sektion Kindertraumatologie (SKT) der DGU

(Peter Paul Schmittenbecher)

Die heutige Sektion Kindertraumatologie (SKT) der DGU geht zurück auf die AG Kindertraumatologie der DDR, die am 07.12.1973 von Unfallchirurgen und Kinderchirurgen gegründet wurde. Nach dem Mauerfall erfolgte 1992 der Anschluss an die DGU, 1995 die Umwandlung in eine Sektion. In der Folge entwickelte sich in der DGKCH eine eigene AG Kindertraumatologie, die ab 2002 die fachübergreifende Zusammenarbeit in der SKT der DGU suchte. Das Lehrbuch „Praxis der Kinder- und Jugendtraumatologie“, von Dietz, Illing, Schmittenbecher, Slongo und Sommerfeldt herausgegeben, von vielen SKT-Mitgliedern geschrieben und ein schönes Dokument der interdisziplinären Kooperation, erhielt die Georg-Friedrich-Louis-Stromeyer-Medaille 2013 der DGU. Seit 2013 gibt es jährlich ein kindertraumatologisches Wissenschaftstreffen im Odenwald. Die Arbeit der Sektion ist geprägt von Studien und Registern, Umfragen und Konsensusreporten, Publikationen und der Entwicklung eines Zertifikats Kindertrauma. 2018 fand ein gemeinsamer Kongress von SKT und VKO (Vereinigung für Kinderorthopädie) in Dresden statt; Fusionsbemühungen von SKT und VKO sind aktuell im Gange. Am 07.12.2023 gilt es, das 50-jährige Bestehen der SKT zu feiern – mit Unfall- und Kinderchirurgen.

Arbeitsgemeinschaft Kinderurologie

(Maximilian Stehr)

Die heutige „AG Kinderurologie der DGKCH“ wurde 2001 gegründet. Seit jeher verstand und versteht sich die Kinderchirurgie als ein Mutterfach der Kinderurologie, und so gab es kinderurologische Aktivitäten in der DGKCH seit Beginn der Fachgesellschaft. 1987 wurde die Arbeitsgemeinschaft Sonographie und Endoskopie von Prof. Pompino gegründet mit regelmäßigen Treffen zum wissenschaftlichen Austausch vornehmlich in Siegen, aber auch anderswo (z.B. München). Hier war durch die fachliche Nähe zum einen und die Expertise Pompinos zum anderen auch die Kinderurologie im Fokus kollegialer Diskussion. Eine eigene wissenschaftliche kinderurologische Tagung vonseiten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) gab es nicht. Vonseiten der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) fand zu der Zeit jährlich im Januar eine kinderurologische Tagung zunächst im Hotel Sheraton am Frankfurter Flughafen, später im Hörsaal der Urologischen Klinik im Universitätsklinikum Mainz statt. Ein Arbeitskreis Kinderurologie (AKKU) der Akademie der DGU hatte sich formiert. An diesen fachlich immer sehr wertvollen Tagungen beteiligten sich auch kinderurologisch interessierte und versierte Kinderchirurgen, wo sie allerdings mehr geduldet, denn geschätzt wurden. Die Diskussionen waren oft hitzig und häufig überschattet von Konkurrenzgedanken. Es glich gleichsam einer Feuerprobe, hier einen Vortrag halten zu dürfen, gerade für kinderchirurgische Assistenten.

2001 wurde auf Initiative der Kollegen Lorenz, Fuchs und Finke dann die AG Kinderurologie der DGKCH begründet und in einer konstituierenden Sitzung 2002 die ersten Leiter der AG mit Prof. Lorenz und Prof. Finke gewählt. Von nun an fanden auch von kinderchirurgischer Seite neben der urologischen AKKU jährliche Treffen der AG Kinderurologie der DGKCH statt, meist in den jeweiligen Wirkungsstätten der aktiven Mitglieder, so etwa in Mannheim, Tübingen, Bremen, Köln, Bochum, Dortmund, Augsburg und Nürnberg, um einige zu nennen. Als weitere Leiter der AG im Verlauf fungierten dann in unterschiedlicher Besetzung neben den Genannten Felicitas Eckoldt, Hans-Joachim Beyer, Andreas Schmidt, Philipp Szavay, Tobias Schuster und Maximilian Stehr. Einige Kollegen aus dem AKKU waren stets unsere (geladenen) Gäste.

Seit 2008 war es ein großen Bestreben der jeweiligen Vorsitzenden (Prof. Stein/AKKU und Prof. Stehr/AG), beide Arbeitskreise bzw. Arbeitsgemeinschaften näher zusammenzubringen und alte Gräben zu überbrücken. Befördert wurde dies durch die persönliche Freundschaft zueinander. Zunächst wurden gemeinsame kinderurologische Leitlinienprojekte definiert, an denen beide Fachgesellschaften zusammenarbeiten konnten. So sind bereits etliche S2k-Leitlinien entstanden und entstehen weiter. 2018 fand die erste gemeinsame Jahrestagung Kinderurologie (jetzt: JA-KU) in Mannheim unter der Organisation von Prof. Stein statt, der heute Ehrenmitglied der DGKCH ist. Die zweite JA-KU wurde 2019 in Nürnberg von Prof. Stehr ausgerichtet. So wechseln sich bis heute die Ausrichter aus den zwei Fachgesellschaften jährlich ab. Dabei sind die Teilnehmer aus den beiden Fachgesellschaften im Wesentlichen paritätisch vertreten und können mit etwa 300 pro Treffen verzeichnet werden.

Ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung der Kinderurologie in Deutschland ist in der nun gültigen Zusatzbezeichnung „Spezielle Kinder- und Jugendurologie“ zu sehen. Etliche Mitglieder aus beiden Arbeitsgemeinschaften bzw. -kreisen haben maßgeblichen inhaltlichen Input hierzu gegeben und damit Anteil an der Entstehung. Kelm Hjälmas (Mitgründer der ESPU, † 2004) sagte einmal: „Die Kinderurologie hat wie jedes Kind zwei Eltern: die Kinderchirurgie und die Urologie“. Wenn bis heute auch nicht alle Animositäten gänzlich geglättet sind, sind wir diesem schönen Bild menschlich wie fachlich ein großes Stück nähergekommen.

4M Medical
Partner der Kinderchirurgie
VUR: DEXELL®
Neurogene Blase: intravesikale Applikation
Neurogener Darm: diverse Problemlösungen
www.4M-Medical.de

Arbeitskreis „Das schwerbrandverletzte Kind“ der DGV

(Mechthild Sinnig, Kay Großer)

Der Arbeitskreis „Das schwerbrandverletzte Kind“ der DGV ist ein multidisziplinärer Zusammenschluss von Ärzten, Pflegefachkräften, Therapeuten und Betroffenen, die brandverletzte Kinder und Jugendliche behandeln bzw. sich für sie einsetzen. Er hat sich zum Ziel gesetzt, die Behandlung brandverletzter Kinder zu verbessern. Der Arbeitskreis (AK) besteht seit 1993 als eine Interessengruppe und hat sich über die Jahre etabliert. Er hat neben der Verbesserung der praktischen klinischen Arbeit auch zum Ziel, die wissenschaftlichen Aspekte bei der Behandlung brandverletzter Kinder zu fördern. Der AK ist eigenständig und unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV) organisiert und arbeitet eng mit der DGKCH zusammen. Der AK führt seit dem Bestehen jährliche wissenschaftliche Treffen (Jahrestagung) durch, die zur Weiterbildung und zum Erfahrungsaustausch dienen. Darüber hinaus gibt es ein weiteres Zusammentreffen im Rahmen der Jahrestagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung (DAV). Der AK ist eng mit „Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e.V.“ verbunden. Ansprechpartner für den AK ist der Vorstand, bestehend aus den Kinderchirurgen Dr. Kay Großer, Kassel (Vorsitzender), PD Dr. Ingo Königs, Hamburg Altona (Sekretär) und der Kinderchirurgin Dr. Mechthild Sinnig, Hannover auf der Bult (stellv. Vorsitzende). Der AK verleiht seit 2019 das Gütesiegel „Sicherheit und Qualität für brandverletzte Kinder“ an Verbrennungszentren und spezialisierte Kliniken für brandverletzte Kinder. Die Verleihung dieses Gütesiegels zielt darauf ab, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Verbrennungsverletzungen zu sichern und eine den Standards der DGV und der AWMF-Leitlinie „zur Behandlung thermischer Verletzungen im Kindesalter“ entsprechende qualitativ hochwertige, altersgerechte, stationäre Versorgung und ambulante Nachsorge für alle Patienten zu gewährleisten.

Weitere Vorstellungen der Gremien der DGKCH können auf der DGKCH-Homepage abgerufen werden.

DGKCH-Homepage

Transition

(Jens Dingemann)

Transitionsatlas der DGKCH:

Viele von Kinderchirurgen versorgte angeborene Fehlbildungen bedürfen einer lebenslangen Nachsorge. Der Übergang in die Erwachsenenmedizin wird als Transition bezeichnet und findet im Alter von 16 bis 18 Jahren statt. Viele Jugendliche verlieren in dieser Phase den Kontakt zur Spezialbetreuung und stellen sich oft erst bei Komplikationen in der Erwachsenenmedizin vor. Zudem fehlt Erwachsenenmedizinern häufig die spezifische Expertise für die Nachsorge dieser Patienten. Ohne strukturierten Ablauf in der Transitionsphase gehen wichtige Informationen und langfristig erarbeitete Therapieansätze verloren. Langjährige Bemühungen zur Vermeidung von Krankheitsfolgen können so in kurzer Zeit zunichtegemacht werden. Systematische Transitionsprogramme können die Adhärenz der Patienten an die Nachsorge in der Erwachsenenmedizin verbessern. Die DGKCH hat sich durch die Vernetzung mit der Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V. und die Beteiligung an der AWMF-Leitlinie zur Transition in die Erwachsenenmedizin in diesem Bereich engagiert. Zusätzlich wurde ein Transitionsatlas entwickelt, in dem sich Patienten und Behandler über regionale Transitionsstrukturen kinderchirurgischer Kliniken informieren können.

NovoSorb® BTM
Dermaler Hautersatz
Die einzigartige, temporäre Matrix
» Sie entscheiden den Behandlungszeitpunkt
» Biologisch abbaubar und bioresorbierbar
» Entwickelt, um Kontrakturen zu vermeiden
MA-P-Anzeige-DE-2022-11-FIN

SUPRATHEL®
Epidermaler Hautersatz
Die temporäre, zweite Haut
» Reduzierter Aufwand durch einmalige Applikation
» Signifikante Schmerzlinderung
» Schnelle Wundheilung
PMI PolyMedics Innovations GmbH

Entwicklungen und Perspektiven in der Kinderchirurgie

Eine Festschrift zum 60. Gründungstag der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) ist ein guter Anlass, über die Perspektiven und möglichen Entwicklungen unseres schönen Faches nachzudenken.

Die Kinder- und Jugendchirurgie der Zukunft wird von technologischen Entwicklungen, Innovationen in der Krankenversorgung, Verbesserung der Aus- und Weiterbildung (z.B. durch Simulation) und Erfolgen in der kinderchirurgischen Forschung gekennzeichnet sein.

Weiter zu entwickelnde innovative Schwerpunkte in der klinischen Kinderchirurgie sind die Molekulargenetik, verbesserte Bildgebung und neue, schonende Operationsmethoden. Dabei führen Kenntnisse über Strukturen und Funktionen entsprechender Gene zu erweiterten Möglichkeiten der Prävention und Behandlung ausgewählter Erkrankungen. Die zunehmenden Erkenntnisse in der Genomerforschung haben die Möglichkeiten neuer therapeutischer Strategien eröffnet.

Einen wesentlichen Schritt zur Versorgungsforschung in der Kinder- und Jugendchirurgie hat unsere Fachgesellschaft durch die Etablierung des KinderRegisters für angeborene Fehlbildungen (KiRaFe) getan. Dieses Register wird mittelfristig durch die Auswertung der entsprechenden Daten zu einer Qualitätssteigerung der Versorgung betroffener Kinder führen.

Chirurgische Verfahren in der Kinderchirurgie werden in zunehmendem Maße von verbesserten bildgebenden Verfahren beeinflusst. Endoskopische Kameras, dreidimensionaler Ultraschall und intraoperatives MRT sind dafür herausragende Beispiele.

Möglichkeiten der virtuellen chirurgischen Exploration an Simulationsmodellen und die Verwendung von 3-D-Modellen verbessern nicht nur die klinische Versorgung, sondern insbesondere auch die Aus- und Weiterbildung im Fach Kinderchirurgie.

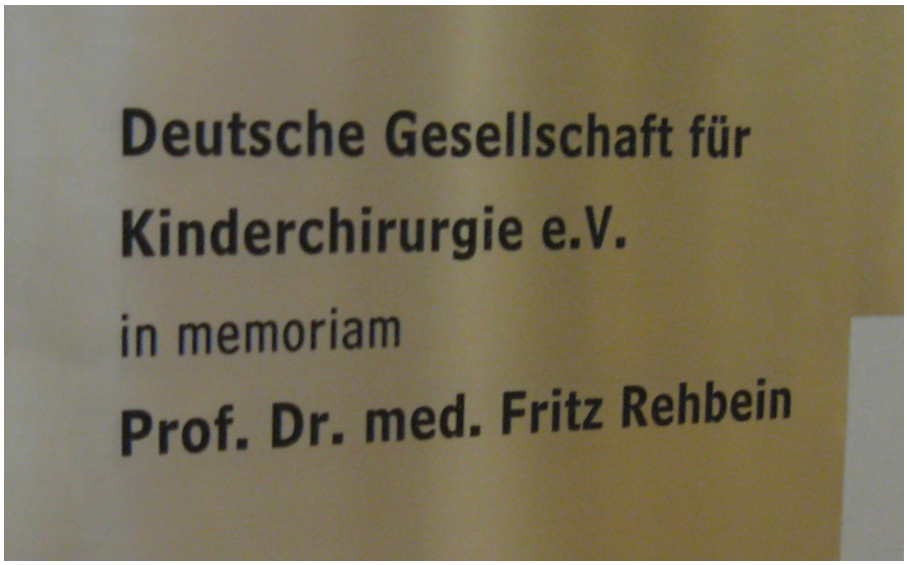
Der konsequente und indikationsgerechte Einsatz moderner Operationsverfahren von minimal-invasiver Chirurgie bis zur Roboterchirurgie wird einen nachhaltig positiven Einfluss auf das Outcome unserer Patienten haben. „Simulation based medical education“ ist ein neues und sich rasch entwickelndes Feld, das insbesondere für Studierende und kinderchirurgische Assistenten von großer Bedeutung ist. Diese Methoden erlauben ein Optimum an entsprechender Ausbildung und werden eine umfassende Verbesserung der Patientensicherheit gewährleisten.

Neben den technischen Verbesserungen in der Patientenversorgung und der Aus- und Weiterbildung stellt sich die Kinderchirurgie den kommenden Herausforderungen zur weiteren Entwicklung des Faches in der Berufspolitik und der Zusammenarbeit mit angrenzenden Fächern. Dabei ist auch die geplante Umbenennung der Fachgesellschaft in „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie“ zu diskutieren. Ausgewählte Zentren garantieren weitere Fortschritte in der klinischen und Grundlagenforschung an kinderchirurgischen Themen wie angeborene Fehlbildungen, Kinderonkologie und Kinderurologie.

Die DGKCH hat mit der Exzellenzakademie und dem Promotionsstipendium neue Formate zur Förderung des akademischen Nachwuchses etabliert. Kinderchirurgen der DGKCH müssen sich bereits jetzt sozialen Herausforderungen wie klimaneutraler Medizin und Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellen. Diese Aktivitäten werden vom erweiterten Vorstand der DGKCH vorbehaltlos unterstützt. Die DGKCH hat ein sehr großes Interesse an der Etablierung integrativer und interprofessioneller Konzepte für den Kinderschutz und arbeitet erfolgreich in den entsprechenden Gremien mit. Eine konsequente Nachwuchsarbeit im Einklang mit Krankenversorgung, Forschung, Lehre und Weiterbildung garantieren den Bestand und die Entwicklung unseres Faches als akademische Kinder- und Jugendchirurgie.

PD Barbara Ludwikowski
Präsidentin der DGKCH (ab April 2023)
Prof. Udo Rolle
Präsident (2020 – 2023)

Die Mitteilungen der DGKCH sind im European Journal of Pediatric Surgery inkludiert und können auf der DGKCH-Homepage abgerufen werden. (www.dgkch.de/menu-dgkch-home/menu-mitteilungen1)



Deflux®

Die minimal-invasive Behandlung von VUR.

Seit über 20 Jahren der Goldstandard bei der Behandlung des Vesikoureteralen Reflux (VUR).

— **Bietet eine sofortige Heilung, unabhängig von der Compliance des Patienten[1]**

— **Minimal-invasives, ambulantes Verfahren[2]**

— **Einziges injizierbares Mittel mit europäischer, australischer und US-Zulassung**

Sie sind auf der Suche nach weiteren Informationen zum Produkt und der Anwendung? Besuchen Sie unser Learningcenter unter:

HTTPS://WWW.DEFLUX.COM/DE/HCP/

Wichtige Informationen zu Deflux Deflux® ist für die Behandlung von vesikoureteralem Reflux bei Kindern indiziert. Deflux (Hyaluronsäure/Dextranomer) ist kontraindiziert bei Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: primäre Reflux-Megaureter mit distaler Stenose, unkontrollierte Harnblasenentleerungsstörung. Spritzen Sie nicht mehr als 6 ml Deflux bei Kindern während einer Behandlungssitzung. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Deflux bei schwangeren oder stillenden Frauen wurde nicht nachgewiesen. Die vollständigen Verschreibungsinformationen für DEFLUX finden Sie unter deflux.com/de.

Deflux ist in der Europäischen Union für die Behandlung von vesikoureteralem Reflux indiziert. Q-Med AB [1] ist der derzeitige gesetzliche Hersteller und Inhaber der CE-Kennzeichnung. Vertrieben von: FARCO-PHARMA GmbH

© 2021 Palette Life Sciences, Inc. Alle Rechte vorbehalten. Deflux® und NASHA® sind eingetragene Marken.

Quellen: [1] Sung J, Skoog S. Surgical management of vesicoureteral reflux in children. Pediatr Nephrol. 2012;27:551-561. [2] Cerwinka WH, Scherz HC, Kirsch AJ. Endoscopic treatment of vesicoureteral reflux with dextranomer/hyaluronic acid in children. Adv Urol. 2008;513854. doi:10.1155/2008/513854.

WWW.FARCO.DE

FARCO

60 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.

Herausgeber: DGKCH

Geschäftsstelle DGKCH
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin

Telefon: +40 30 28004360
Fax: +49 30 28004369
E-Mail: info@dgkch.de
Web: www.dgkch.de

© LVH-Veranstaltungs GmbH

JS/DEUTSCHLAND · Concept: JS Media Tools A/S · 121448 · www.jsdeutschland.de