

Die Kinderchirurgie am Krankenhaus Dresden Johannstadt

Buchbeitrag anlässlich des 200. Gründungstages der Königlich-Sächsischen chirurgisch-medizinischen Akademie zu Dresden

Autoren: Guido Fitze und Dietmar Roesner

Betrachtet man die Chirurgie am Kind im Krankenhaus Dresden Johannstadt, so ist diese in den Gesamtkontext der Entwicklung der Kinderchirurgie in Deutschland einzuordnen. Ende des 19. Jahrhunderts und Anfang des 20. Jahrhunderts entstanden in der Folge der eigenständigen Entwicklung der Kinderheilkunde auch für die Chirurgie am Kind erste eigenständige Abteilungen. Dieses Bestreben ist in jedem Fall auf das spezielle Engagement einzelner ärztlicher Kollegen zurückzuführen. 1863 wurde in Nürnberg die erste Kinderheilanstalt in Deutschland gegründet, die heute unter dem Namen Cnopf'sche Kinderklinik bekannt ist und nach ihrem ersten Leiter, Dr. Julius Cnopf, benannt wurde. An dieser Einrichtung führte man wenige Jahre nach ihrer Gründung bereits Operationen am Kind durch. 1882 wurde in Stuttgart die erste Abteilung für Kinderchirurgie gegründet, zwei Jahre später erfolgte die Einrichtung einer selbstständigen kinderchirurgischen Abteilung in Heidelberg. In Leipzig wurde 1889 eine chirurgische Kinderabteilung in der Kinderklinik Leipzig gegründet. Ein Jahr später gab es in Berlin-Wedding mit der Eröffnung des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin das erste medizinische Kinderzentrum mit Pädiatrie und Kinderchirurgie unter einem Dach. Mit dieser strukturellen Entwicklung einhergehend, fokussierte sich auch die fachliche Entwicklung der Chirurgie auf spezielle Fragestellungen für das Kindesalter. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts etablierten sich verschiedenste Operationstechniken, die auf die Korrektur angeborener Fehlbildungen ausgerichtet waren. Wegen der beiden verheerenden Weltkriege war Deutschland von dieser Entwicklung weitestgehend ausgenommen. Somit bestand nach dem 2. Weltkrieg in Deutschland ein erhebliches Entwicklungsdefizit auf dem Gebiet der Kinderchirurgie. Das dieses relativ schnell aufgeholt werden konnte, ist dem Engagement von einzelnen Personen zu verdanken. In dem geteilten Deutschland vollzog sich in Westdeutschland die Entwicklung der Kinderchirurgie ganz entscheidend durch die Impulse von Anton Oberniedermayer im Dr. von Haunerschen Kinderspital in München und von Fritz Rehbein in Bremen. In Ostdeutschland zeigte sich eine analoge Entwicklung unter dem wesentlichen Einfluss von Frau Ilse Krause, der ersten Kinderchirurgin in Deutschland, in Berlin-Buch sowie von Fritz Meißner in Leipzig. Mit dieser fachlichen Entwicklung der Chirurgie am Kind einhergehend zeigte sich ganz klar das Bestreben, hin zur Etablierung der Kinderchirurgie als ein eigenständiges Fachgebiet. Dem Vorbild der „British Association of Paediatric Surgeons“ wurde 1957 die „Arbeitsgemeinschaft Deutscher Kinderchirurgen“ in der „Deutschen

Gesellschaft für Chirurgie“ in Westdeutschland gegründet. Als Sprecher dieser Arbeitsgemeinschaft und Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie erklärte Oberniedermayer 1963 die Umbenennung der „Arbeitsgemeinschaft Deutscher Kinderchirurgen“ in die „Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie“. Damit war formal gesehen die fachliche und wissenschaftliche Etablierung der Eigenständigkeit der Kinderchirurgie in Deutschland vollzogen. Obwohl in Ostdeutschland die Gründung der Gesellschaft für Kinderchirurgie der DDR erst im Jahr 1985 stattfand, hat sich hier die strukturelle Eigenständigkeit der Kinderchirurgie einheitlicher und schneller durchgesetzt. Dies fand seinen Ausdruck nicht nur in der frühen Einführung eines eigenständigen Facharztes für Kinderchirurgie sondern auch in einer strukturierten, zentralisierten und das gesamte Gebiet der Kinderchirurgie umfassenden Klinikstruktur. Nach der deutschen Wiedervereinigung erfolgte 1990 die Zusammenführung beider deutscher Fachgesellschaften für Kinderchirurgie in die „Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie“. Folgerichtig wurde 1992 der eigenständige Facharzt für Kinderchirurgie im gesamten Deutschland bestätigt.

Unberührt von dieser eigenständigen Entwicklung der Kinderchirurgie betrachten wir uns als einen festen Bestandteil im Gebiet der Chirurgie, das die Diagnostik, operative und konservative Therapie sowie die Nachsorge von prinzipiell operativ zu behandelnden Krankheitsbildern aller Organsysteme des Kindesalters umfasst. Immer wieder muss betont werden, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind. Und somit befassen sich Kinderchirurgen mit andersartigen Problemen als die Organchirurgen des Erwachsenenalters. Die Kinderchirurgen behandeln Patienten praktisch von Kopf bis Fuß in einem sehr dynamischen Lebensabschnitt, dem Wachstum. Damit werden die Patienten für den Kinderchirurgen nicht über das Organsystem sondern über das Lebensalter definiert. Der Kinderchirurg muss demzufolge Kenntnisse von vielen Organsystemen haben, das Wachstum und die Reifung sowie das Zusammenspiel der verschiedenen Organe berücksichtigen, um auch komplexe angeborene Fehlbildungen sowie Erkrankungen mit besonderer Dynamik im Wachstumsalter behandeln zu können. Berücksichtigt man, dass die überwiegende Zahl unserer Patienten eine hervorragende Lebensqualität vor sich hat, ist zu verstehen, dass in der Kinderchirurgie anatomisch rekonstruktive Verfahren einen wesentlich höheren Stellenwert als resezierende Verfahren besitzen. Ebenfalls stellen die kleinen Patienten andere Ansprüche an Aufmerksamkeit und Umgang als erwachsene Patienten. Diese müssen ebenfalls angemessen berücksichtigt werden, um ein gutes Behandlungsergebnis zu erzielen und dieses auch im sozialen Kontext funktionell erhalten zu können. In diesem Sinne versteht sich die Kinderchirurgie als ein enger Partner der

Kinder- und Jugendmedizin und ist in diesem Kontext prädisponiert, die von Carl Gustav Carus postulierten Prinzipien einer ganzheitlichen Medizin umzusetzen.

Für die Einrichtung einer speziellen Abteilung für operierte Kinder in Analogie zu den genannten in Stuttgart, Heidelberg, Leipzig oder Berlin gibt es in Dresden keinen Anhaltspunkt. Man muss davon ausgehen, dass es eine solche Einrichtung nicht gab. Dies ist insbesondere in dem Zusammenhang zu sehen, dass im März 1894 in Dresden durch Arthur Schloßmann das erste Säuglingsheim eröffnet worden ist. Dieses Säuglingsheim befand sich auf der Pfotenhauerstr. 26 in unmittelbarer Beziehung zum 1901 gegründeten Johannstädter Stadt Krankenhaus. Unabhängig davon muss jedoch davon ausgegangen werden, dass auch in Dresden operative Eingriffe an Kindern und an Säuglingen bereits zu dieser Zeit durchgeführt worden sind. Dass diese sogar eine fachliche Nachhaltigkeit erlangt haben, soll im Weiteren kurz ausgeführt werden. Der erste ärztliche Leiter der Chirurgischen Klinik des Johannstädter Stadt Krankenhauses in Dresden war Benno Credè. Er leitete die Klinik bis Dezember 1918. Als sein Nachfolger wurde als Leitender Oberarzt Ernst Seidel berufen. Er war bereits seit 1910 Oberarzt an der Chirurgischen Abteilung des Stadt Krankenhauses Dresden Friedrichstadt. Sein wissenschaftliches Interesse galt neben der Durchführung so genannter großer Operationen, z. B. bei Gallenblasenentzündungen auch der Therapie des Pylorospasmus des Säuglings. Dies ist durch entsprechende Publikationen belegt. Es muss davon ausgegangen werden, dass das Interesse an der chirurgischen Behandlung des Pylorospasmus im Säuglingsalter während seiner Tätigkeit im Stadt Krankenhaus Dresden Friedrichstadt geweckt worden ist. Zeitgleich zu ihm war der Chirurg Wilhelm Weber (1872-1928) als Leiter der Chirurgischen Poliklinik in Dresden Friedrichstadt tätig. Parallel betrieb Herr Weber eine Praxisklinik in der Schnorrstr. 80 im Süden von Dresden. Dieser Wilhelm Weber inaugurierte 1908 und 1909 die noch heute nach ihm benannte Pyloromyotomie nach Weber-Ramstedt. Diese Operationstechnik wird praktisch noch heute unverändert angewendet. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass eben genau dieser Wilhelm Weber auch Gründungsmitglied der am 21.08.1914 gegründeten „Freien Innung für das Chirurgie-Mechaniker-Handwerk“ zu Tuttlingen war. Somit muss davon ausgegangen werden, dass Wilhelm Weber ebenso ein in Deutschland anerkannter Chirurg gewesen ist, der sich mit orthopädisch-unfallchirurgischen Fragestellungen beschäftigte. Somit wäre es nicht verwunderlich, dass die auch heute noch in der Unfallchirurgie praktizierte Weber-Klassifikation der Sprunggelenksfrakturen ebenfalls auf diesen Dresdner Wilhelm Weber zurückzuführen ist. Doch befassen wir uns im Weiteren wieder mit der Kinderchirurgie. Die erste operative Versorgung eines Säuglings mit einem Pylorospasmus erfolgte 1893. Dabei wurde eine Jejunostomie angelegt. Diese operative Lösung des Problems erfolgte nur ein einziges Mal und verlief tödlich. Sie wurde im Weiteren auch dahingehend kritisiert, weil sie

das eigentliche Problem des Pylorospasmus nicht adressiert hat. Im weiteren Verlauf erfolgte einmal eine Pylorusresektion, die ebenfalls tödlich endete. Danach wurde der spastische Pylorus durch eine innere Dehnung praktisch gesprengt. Diese Methode wurde durch Loreta eingeführt, zeigte aber auch eine Mortalität, die weit über 50 % lag. Später wurde diese Dehnung des Pylorus mit modifizierten Formen der Pyloroplastik im Sinne einer queren V-Y-Plastik durchgeführt. Diese Eingriffe zeigten neben einer weiterhin hohen Mortalität noch das Risiko von Rezidiven. Wilhelm Weber führte offenbar deswegen nun 1908 erstmals eine klassische Pyloromyotomie in Längsrichtung durch, wobei aber nur die Serosa und die dicke Muscularis durchtrennt worden sind, aber nicht die Schleimhaut. Die Schleimhaut wurde nicht inzidiert. Somit wurde der Magen-Darm-Trakt nicht eröffnet und die postoperative Prognose gestaltete sich wesentlich günstiger. Weber hat ebenso im Sinne der klassischen Pyloroplastik eine quere einschichtige Vernähung der Muskulatur angestrebt. Es erscheint sehr sinnvoll eine Passage aus der Originalpublikation dieser Methode aus der Berliner Klinischen Wochenschrift vom 25.04.1910, Seite 764 zu zitieren:

„Die beiden Kinder, über die hier zu berichten ist, das eine 6 Wochen alt, das andere 6 ½ Wochen alt, habe ich durch Pyloroplastik am 08.XII.1908 und 27.I.1909 operiert. Und zwar habe ich eine Methode angewandt, die sich mir im Verlaufe der Operation von selbst aufdrängte und, wie ich meinte, in der operativen Behandlung des Pylorospasmus eine Neuerung darstellt. In leichter Aethertropfnarkose, die für so kleine Kinder als einzig erlaubt empfehle, wird ein kleiner Schnitt in der Mittellinie oder im Rectus des Oberbauches gemacht, grade gross genug, um den knorpelhaften, cylindrischen, derben, weisslich-glänzenden Pylorusring vor die Bauchdecken zu holen. In den Fällen war der Pylorus etwa kleinfingerdick, wurstförmig, an seinem oberen Rande konvex, an seinem unteren konkav. Der Magen selbst war im Antrum praepyloricum verdickt und starr. Es wurde nun der bei der Pyloroplastik übliche Längsschnitt durch den Pylorus geführt in Ausdehnung von 2 cm, aber nur durch die Serosa und die mächtig verdickte, harte Muscularis hindurch. Sobald die Pylorusringmuskulatur in die Weise bis auf die Schleimhaut durchtrennt war, klaffte der Schnitt und ließ in seinem Grunde die Aussenfläche der unverletzten Schleimhaut sehen. Da die Starrheit der Muskelwand und die Krümmung des Pylorus in einem nach unten offenen Bogen mir für die kunstgerechte Ausführung einer Pyloroplastik mit querer Nahtanlegung und Uebernähung diese Nahtreihe durch seroseröse Nähte recht ungeeignet vorkam, und da zu dem die Enge des Pylorus schon durch den Längsschnitt durch Serosa und Muscularis, der ziemlich weit klaffte, beseitigt zu sein schien, kam ich auf den Gedanken, ob diese Spaltung der Pyloruswand durch Serosa und Muscularis mit Ausschluss der Mucosa nicht genügen könne, Abfluss durch den Pylorus zu schaffen. Ich fügte daher, ohne die Schleimhaut zu eröffnen, die weitere bei der Pyloroplastik auszuführende Nahtreihe hinzu:

d. h. die quere Vernähung dieses Längsschnittes. Nun klingt ja die Beschreibung der Pyloroplastik sehr einfach: man macht einen Längsschnitt durch den Pylorus, vernäht ihn der Quere nach und legt darüber noch eine Reihe Lembertnähte. Das Ergebnis ist eine wesentliche Erweiterung des stenosierten Ganges. In Wirklichkeit lagen bei diesen beiden Fällen die Dinge durchaus nicht so einfach. Die Wand des Pylorus war durch die bis auf 5, ja 6 mm verdickte Muskulatur so starr und unnachgiebig, dass schon diese eine Nahtreihe, die ich der Quere nach anlegte, mehrfach durchschnitten und recht unvollkommen ausfiel. Darüber, wie es die Vorschrift verlangt, noch eine zweite zu legen, war technisch einfach unmöglich. Es gelang nicht, in dem starren Gewebe eine Falte zu erheben, jede Naht schnitt ohne weiteres durch. Ich musste mich daher mit dieser einen Nahtreihe begnügen und durch das auch, weil die Schleimhaut ja nicht eröffnet war, ein Austritt von Mageninhalt also nicht zu befürchten stand. Der Erfolg war über Erwarten gut. Die Kinder überstanden den Eingriff und sind bis heute – Anfang 1910 – erfreulich geblieben. Beim zweiten von ihnen platzte nach einigen Tagen die ganze Bauchwunde und heilte per secundam. Auch diese Wundstörung wurde gut ertragen.“

Es scheint für unsere heutige Zeit äußerst interessant, wie instruktiv und transparent die chirurgischen Probleme zu dieser Zeit diskutiert worden sind. Im weiteren Verlauf hat Conrad Ramstedt 1911 diese Methode dahingehend modifiziert, dass die quere Vernähung der Muskulatur im Sinne der klassischen Pyloroplastik nicht mehr durchgeführt wurde. Somit hat die heute gültige Operationsmethode der Pyloromyotomie ihren Namen Weber-Ramstedt erhalten. Die einzige Änderung, die sich in den letzten 100 Jahren diesbzgl. ergeben hat, betrifft den Zugangsweg. Die Operation wird heute entweder über einen Nabelzugang nach Bianchi oder minimal-invasiv laparoskopisch durchgeführt.

Das in Dresden weiterhin auch Säuglinge operiert worden sind, ist einer Publikation von Conrad Ramstedt aus dem Jahr 1930 zu entnehmen. In dieser Arbeit werden die Ergebnisse der in Deutschland erfassten Pylorospasmus-Operationen von 1919 bis 1929 ausgewertet. Danach sind in diesem Zeitraum in Dresden (es wird der Name Bordt genannt) 30 Säuglinge mit einem Pylorospasmus operiert worden, von denen 4 verstarben. Damit war die beigesteuerte Fallzahl aus Dresden vergleichbar mit denen aus Münster, Wiesbaden, Berlin oder Tübingen und repräsentiert somit eine beachtliche Position der chirurgischen Aktivität im Kindes- und Säuglingsalter in Deutschland. Es sei jedoch noch ein zweites Zitat aus der Publikation von Herrn Wilhelm Weber gestattet, dass aus heutiger Sicht bereits damals klar formuliert wurde und immer noch der endgültigen Umsetzung bedarf:

„Zum Schluss noch eine Bemerkung: Alle Operationen auch die bestersonnenen und bestausgeführten, werden erfolglos bleiben, wenn die Nachbehandlung nicht mit der

grössten Sorgfalt geleitet wird. Und das kann nur auf einer Säuglingsabteilung mit dem entsprechenden Personal unter spezieller Leitung geschehen. Die sachgemässe Nachbehandlung durch den Pädiater und sein Personal ist fast so wichtig wie der Eingriff selbst. Ich habe die Ueberzeugung, dass manches der erfolglos operierten Kinder hätte gerettet werden können, wenn der Nachbehandlung die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt worden wäre.“

Diese bereits vor über 100 Jahren gestellte Forderung hat nichts an ihrer Aktualität verloren. In der 1956 eingeweihten neuen Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden erfolgte erstmals die Einrichtung einer chirurgischen Kinderstation. In dem „Haus 19“ gab es 8 chirurgische Stationen. Von denen auf der Station „Nord 2“ 55 Betten für operativ versorgte Kinder vom Säuglingsalter bis zum 16. bis 18. Lebensjahr eingerichtet wurden. Die Trennung operierter Kinder von operierten Erwachsenen und die damit verbundene spezielle Betreuung durch Kinderkrankenschwestern waren zu dieser Zeit in Deutschland noch sehr fortschrittlich und nicht überall umgesetzt. Wenige Monate nach Eröffnung dieser neuen Chirurgischen Klinik unter Leitung von Prof. Dr. Hans Bernhard Sprung wechselte Herr Prof. Dr. Günther Bellmann 1957 vom Krankenhaus Dresden-Neustadt an die Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden und übernahm im Weiteren die Position des leitenden Oberarztes. Seinem Engagement ist es zu verdanken, dass die Kinderchirurgie zunehmend an Bedeutung gewann. 1964 erhielt er die Facharztanerkennung für Kinderchirurgie und übernahm 1967 die Kinderchirurgische Abteilung als so genannte „Halbselfständige Abteilung“. Dieses Amt hatte er bis zu seinem frühen Tod im Jahr 1974 inne. Ab 01.09.1993 stand die Chirurgische Klinik unter der Leitung des berufenen Prof. Dr. Richard Kirsch. Während dieser Zeit begann Wolfgang Schubert seine Ausbildung an der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“. Er erwarb 1965 die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie und 1966 die für das Fachgebiet der Kinderchirurgie. 1972 habilitierte Wolfgang Schubert an der Medizinischen Akademie Dresden mit der wissenschaftlichen Arbeit „Entwicklung eines Ventilsystems zur ventrikulo-atrialen Drainage und seine Anwendung in der Praxis“. 1973 erhielt er die Lehrbefähigung für das Fachgebiet Chirurgie und wurde am 01.09.1976 als Dozent für Kinderchirurgie berufen. Mit einer Latenz von 5 Jahren übernahm er 1979 die Leitung der Kinderchirurgischen Abteilung. Damit wurde die Kinderchirurgie erstmals in vollem Umfang selbstständig. Zu diesem Zeitpunkt waren in der Abteilung 5 ärztliche Kollegen tätig. Es wurde ein kinderchirurgischer Rufdienst etabliert und die vollumfängliche chirurgische Versorgung der Kinder sichergestellt. Dies umfasste nicht nur die Neugeborenen- und Fehlbildungschirurgie, sondern auch die Gebiete der pädiatrischen Onkochirurgie, der Hydrocephaluschirurgie, der Unfallchirurgie im Kindesalter sowie spezieller plastisch-

chirurgischer Eingriffe im Kindesalter. Am 01.09.1980 wurde Prof. Dr. Wolfgang Schubert als ordentlicher Professor für Kinderchirurgie in der Medizinischen Akademie Dresden berufen. Im Rahmen der Neustrukturierung der chirurgischen Klinik im Jahr 1990 wurde die bislang eigenständige Abteilung für Kinderchirurgie der Klinik für Chirurgie zu einer eigenständigen Klinik ernannt. Ihr erster Direktor war Prof. Dr. Wolfgang Schubert, der diese Position bis zu seinem Ausscheiden 1993 innehatte. Im Jahr 1967, zu einer Zeit als die Leitung der Kinderchirurgischen Abteilung noch unter Prof. Bellmann stand, nahm Dietmar Roesner seine Tätigkeit als Assistenzarzt an der Klinik für Chirurgie der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden auf. In seiner Facharztweiterbildung, zunächst unter Prof. Dr. Richard Kirsch und später unter dem 1972 neu berufenen Klinikdirektor Prof. Dr. Helmut Wolff, durchlief er praktisch alle Abteilungen der Chirurgischen Klinik, angefangen von der experimentellen Chirurgie über die Allgemein-, Neuro- und Kinderchirurgie, über Traumatologie, Anästhesie und Gefäßchirurgie. 1972 erlangte er die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie und 1979 als Facharzt für Kinderchirurgie. 1988 habilitierte er sich zu dem Thema „Tierexperimentelle Untersuchungen zur freien autologen Re-Implantation von Milzgewebe nach Splenektomie in das Omentum majus“ und erlangte die Lehrbefähigung für das Fach Kinderchirurgie. Mit der 1990 vollzogenen Gründung einer selbstständigen Klinik für Kinderchirurgie an der Medizinischen Akademie wurde Dietmar Roesner im gleichen Jahr zum stellvertretenden Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie sowie am 01.06.1990 zum Privatdozent an der Medizinischen Akademie Dresden ernannt.



Prof. Dr. Heinz Diettrich (später 1. Präsident der Sächsischen Landesärztekammer) gratuliert Prof. Dr. Dietmar Roesner nach erfolgreicher Habilitation am 15.12.1988

1993 übernahm Dietmar Roesner zunächst die Leitung der Klinik für Kinderchirurgie kommissarisch und wurde am 01.09.1994 auf den Lehrstuhl für Kinderchirurgie an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden berufen und übernahm seitdem zugleich die Leitung

der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Dresden als Direktor. 2007 wurde Prof. Dr. Dietmar Roesner emeritiert, führte aber die Leitung der Klinik noch bis 2010 fort. Im Oktober 2010 übernahm Guido Fitze die Leitung der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie als Direktor. Er hatte 1991 die Ausbildung zum Facharzt für Kinderchirurgie an dieser Einrichtung begonnen und im Jahr 2000 die Anerkennung als Facharzt für Kinderchirurgie erlangt. Im Jahr 2003 habilitierte er sich an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden zum Thema „Die Bedeutung spezifischer Polymorphismen des *RET*-Protoonkogens für die Pathogenese von Neurokristopathien“ und erlangte im gleichen Jahr die Lehrbefugnis für das Fach Kinderchirurgie. Am 01.08.2012 wurde er auf den Lehrstuhl für Kinderchirurgie der Medizinischen Fakultät „Carl Gustav Carus Dresden“ berufen.

Unter Beibehaltung des breiten operativen Spektrums der Kinderchirurgie stiegen seit Beginn der 90iger Jahre die Operationszahlen auf das Doppelte an. Durch den Umbau in Verbindung mit der Klinikgründung im Jahr 1990 reduzierte sich die Bettenzahl von 55 auf 45. Somit sank die durchschnittliche Verweildauer der Kinder in der stationären Betreuung in diesen Jahren ganz erheblich. Aktuell ist diese bei durchschnittlich 4,6 Tagen angekommen. Zur Illustration muss bemerkt werden, dass in den 70iger Jahren eine Liegedauer nach einem Schädel-Hirn-Trauma im Kindesalter ca. 3 Wochen betrug. Später wurde sie auf eine Woche reduziert, aktuell liegt sie zwischen 24 und 48 Stunden. Analog ist die Entwicklung bei postoperativen Aufenthalten nach einer Operation einer Leistenhernie im Kindesalter zu sehen. Ursprünglich befanden sich die Kinder eine Woche nach Operation im Krankenhaus. Ab 1997 erfolgte die Operation einer Leistenhernie immer freitags als ambulanter Eingriff. Die seit den 90iger Jahren immer zunehmende Arbeitsintensität hat es notwendig gemacht, dass ein kinderchirurgischer 24-h-Bereitschaftsdienst etabliert wurde, der zusätzlich durch einen kinderchirurgischen Rufdienst abgesichert wird. Damit stieg die Zahl der kinderchirurgischen Kollegen zurzeit auf 15 Ärzte. Leider fand im Bereich der speziellen kinderchirurgischen Pflege eher eine gegenläufige Tendenz statt. Durch die Entwicklung der Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in den letzten Jahren stellt sie in Dresden praktisch ein Alleinstellungsmerkmal dar. Jährlich werden ca. 10.000 Kinder notfallmäßig in der Chirurgischen Rettungsstelle versorgt. Parallel dazu wird eine Ambulanz mit mehreren Spezialsprechstunden angeboten, die von einer speziellen Fehlbildungssprechstunde über kinderurologische Krankheitsbilder bis hin zu speziellen kindertraumatologischen Fragen und der Nachbetreuung von Kindern mit thermischen Verletzungen reicht. Diese Sprechstunde hat ihre Tradition, die bereits auf das Jahr 1967 zurück reicht. Speziell ist diesbzgl. die in den Jahren etablierte Hydrocephalussprechstunde zu nennen, die bis in die Gegenwart fortgeführt wird. Eine besondere Erwähnung muss in diesem Zusammenhang das bereits in der Mitte der 70iger Jahre eingerichtete „Tumorkonsil“

finden. Dies fand ursprünglich alle zwei Wochen unter Beteiligung der Kinderonkologen, Kinderradiologen, Kinderpathologen, Strahlentherapeuten und Kinderchirurgen statt und stellt durch die Einbindung der Patienten in verschiedene Therapieoptimierungsstudien den Schlüssel für die erfolgreiche Behandlung von Malignomen im Kindesalter dar. Analoge Strukturen haben sich für das Erwachsenenalter erst in den letzten Jahren entwickelt. Ebenso ist unter dem Aspekt der Therapieoptimierung die Entwicklung der intensivtherapeutischen Behandlung von Kindern zu sehen. Diese erfolgte bis Anfang der 80iger Jahre auf einer eigenen „Intensivstation“ mit eigenen Kinder-ITS-Schwestern in der Kinderchirurgischen Abteilung. Dort wurden Säuglinge und Kleinkinder bis zur Durchführung einer invasiven Beatmung betreut. Ältere Kinder wurden zusammen mit den Erwachsenen chirurgisch-intensivmedizinisch behandelt. Auf Betreiben von Prof. Roesner wurde zunehmend angestrebt, dass die Kinder intensivmedizinisch auf einer interdisziplinären pädiatrischen Intensivstation betreut werden sollen, die unter der Leitung der Kinderklinik steht. Diese Intension wurde mit dem Jahre 2003 stattgefundenen Umzug der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie aus dem Gebäude der Chirurgie in das neu gebaute Kinder-Frauen-Zentrum letztendlich umgesetzt. Dies ist als ein Meilenstein im Selbstverständnis der Kinderchirurgie zu betrachten, die sich im Bewusstsein ihrer chirurgischen Basis einem kindgerechten Umfeld zugewandt hat. In diesem neuen Kinder-Frauen-Zentrum belegt die Klinik für Kinderchirurgie 2 Stationen mit 32 Betten unter modernen räumlichen Gegebenheiten, die auch die Mitaufnahme eines Elternteils ermöglichte. Unter Zusammenlegung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, der Klinik und Poliklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Abteilung Neuropädiatrie, dem Institut für Klinische Genetik und der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie sind dadurch optimale Verhältnisse für die allumfängliche Betreuung von Kindern bis zum 18. Lebensjahr geschaffen worden. Konsequenterweise erfolgt im März 2007 die formale Gründung des Universitäts KinderFrauenzentrums, was eine noch bessere Zusammenarbeit der genannten Kliniken und Institute ermöglicht und somit eine effektive Struktur zur Erlangung bester Ergebnisse bei der Behandlung unserer kleinen Patienten bietet. Seit 2011 ist als Geschäftsführender Direktor des Universitäts KinderFrauenzentrums Prof. Dr. Guido Fitze tätig. Im Bewusstsein der chirurgischen Heimat des Faches Kinderchirurgie ist die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie aber gleichzeitig im Chirurgischen Zentrum des Universitätsklinikums adäquat vertreten.

In Analogie zur strukturellen Entwicklung der Kinderchirurgie in Dresden hat sich in den Jahren eine rasante eigenständige fachliche Entwicklung gezeigt, dies hat zur Etablierung spezieller, nur in der Kinderchirurgie durchgeführter Operationsverfahren, aber auch zur teilweise vollständigen Änderung von Behandlungsstrategien geführt. So hat sich bereits

beginnend in den 80iger Jahren und praktisch vollständig in den 90iger Jahren umgesetzt, das Prinzip der aufgeschobenen Dringlichkeit bei der operativen Versorgung von angeborenen Fehlbildungen durchgesetzt. Standard ist heute, dass eine Ösophagusatresie nicht mehr unmittelbar nach Geburt operiert werden muss. Analog gilt dies für die angeborene Zwerchfellhernie. Hier ist in Dresden bereits seit Anfang der 90iger Jahre die operative Versorgung der Zwerchfellhernie nach einer Stabilisierungsphase postuliert worden. Mit diesem Vorgehen wurden hervorragende Ergebnisse hinsichtlich des Überlebens dieser Kinder auch ohne Anwendung der extrakorporalen Membranoxygenierung dokumentiert. Eine massive Verbesserung der Überlebenschancen nach operativer Korrektur einer angeborenen Ösophagusatresie konnte nach Modifikation der Anastomosentechnik erzielt werden. Seit Ende der 70iger Jahre wird die Verbindung der Ösophagusenden nur über 6 bis 8 Einzelknopfnähte durchgeführt. Dadurch sind die Durchblutungsverhältnisse erheblich verbessert worden und es wurden praktisch fast keine Leckagen mehr beobachtet.



Prof. Dr. Dietmar Roesner beim Operieren zusammen mit Dr. Helmut Dannenberg (1997)

Diese Entwicklung hat sich über die Jahre soweit durchgesetzt und stabilisiert, dass wir heute aktuell in der Lage sind, derartig hochkomplexe operative Eingriffe minimal-invasiv über eine Thorakoskopie durchführen zu können.

Die Durchführung der Ligatur eines persistierenden Ductus arteriosus wurde 1938 durch Gross und Hubbard eingeführt. Dieser operative Eingriff wurde seit dieser Zeit praktisch unverändert bei Frühgeborenen und z. T. extrem frühgeborenen Kindern praktiziert. 1984 erfolgte erstmals in der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ durch die Kinderchirurgen die operative Ligatur. Praktischerweise wurde dieser Eingriff im Wärmebett des Kindes auf der Intensivtherapiestation der Kinderklinik durchgeführt. Damit wurde ein Prinzip etabliert, dass sich unter gegebenen Umständen immer wieder als optimal für den Patienten und den damit verbundenen Behandlungserfolg gezeigt hat. Der Arzt geht zum Patienten, nicht umgekehrt. Unter dem Fortschritt der pädiatrischen Intensivmedizin, insbesondere bei der Betreuung extrem frühgeborener Kinder hat sich mittlerweile dieser operative Eingriff nur noch als äußerst selten für notwendig erwiesen.

Ähnlich hat es sich mit der Entwicklung eines Ventils zur Hydrocephalusbehandlung erwiesen. Anfang der 70iger Jahre sollte ein eigenes Ventil entwickelt werden, um eine Unabhängigkeit von Importen aus dem nicht-sozialistischen Ausland erreichen zu können. Wie bereits erwähnt, war dieses Thema Gegenstand der Habilitationsschrift von Prof. Schubert. Obwohl eine funktionsfähige experimentell erprobte Ventileinheit entwickelt worden war, hat sie sich in den Jahren danach in der Praxis nicht durchgesetzt. Stattdessen werden heute kleinste Ventileinheiten implantiert, die sich in ihren Druckstufen der Körperlage des Kindes anpassen können und so optimale Druckverhältnisse im intraventrikulären System garantieren. Parallel dazu werden bei gegebener Indikation in Zusammenarbeit mit den neurochirurgischen Kollegen heute endoskopische Ventrikulostomien durchgeführt, die eine Shunt-Abhängigkeit verhindern können.

Einen anderen Bereich der angeborenen Fehlbildungen betreffen die Bauchwanddefekte. Auf diesem Gebiet haben immer wieder fatale Verläufe gezeigt, dass die Erkrankung mit einer hohen Mortalitätsrate einhergeht. Bedeutende Ergebnisse wurden erzielt bei der Behandlung der Laparoschisis – der angeborenen Bauchwandspalte, bei der seit 2004 das Prinzip der terminierten Entbindung und unmittelbar postpartalen Verschluss der Bauchwandspalte mit zuvor erfolgter Reposition der Darmschlingen etabliert wurde. Dieser Ansatz basiert auf der Erkenntnis, dass die schweren pathologischen Veränderungen, die die Behandlung oftmals limitiert haben, erst in den späten Schwangerschaftswochen erworben werden und somit unter Inkaufnahme einer kontrollierten Frühgeburtlichkeit die Entbindung in der 34. Schwangerschaftswoche vorgenommen wird. In den allermeisten Fällen ist die sekundäre Schädigung des Darmes zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingetreten und das Krankheitsbild kann durch einen einfachen operativen Eingriff praktisch folgenlos korrigiert werden. Die hervorragenden Ergebnisse sind entsprechend publiziert worden, weshalb die „terminierte Geburt“ mittlerweile, obwohl nicht ganz unkritisiert, in vielen anderen Kliniken in und außerhalb Deutschlands ebenfalls angewendet wird. Für die Omphalocele –

dem persistierenden Nabelschnurbruch – wurde in Dresden ebenfalls eine spezielle Operationsmethode bereits 1985 etabliert. Auf der Grundlage einer Verschiebeplastik von Hautlappen ist eine primäre Deckung der Abdominalorgane praktisch in jedem Fall möglich. Dies löst zwar nicht das kosmetische Problem, aber sie hat dazu geführt, dass praktisch dieses Krankheitsbild in Dresden mit einer 100%igen Überlebensrate verbunden ist. Ein weiteres typisches Krankheitsbild, das Chirurgen immer wieder beschäftigt, ist der Morbus Hirschsprung – die angeborene Aganglionose von Teilen des Dickdarmes. Auf diesem Gebiet ist seit vielen Jahren konstant eine operative Strategie verfolgt worden, die unter unterschiedlicher Respektierung des Schließmuskelapparates eine Entfernung des erkrankten Darmanteiles zum Ziel hat. Der Zugang erfolgte mittels Laparotomie. 1998 wurde für dieses Krankheitsbild ein operatives Verfahren vorgestellt, was transanal durch den Anus in der Lage ist, den erkrankten Darm praktisch vollständig zu entfernen. Dieses Operationsverfahren wurde kurze Zeit später in der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums eingeführt. Es führt nicht nur zu sehr guten funktionellen Ergebnissen sondern hat das kosmetische Erscheinungsbild nach derartigen operativen Eingriffen revolutioniert. Man sieht keinerlei Operationszugänge und ist immer wieder beeindruckt, wie wenig die Kinder nach derartig zum Teil subtotalen Entfernungen des Dickdarmes beeinträchtigt sind.

Wie bereits einleitend ausgeführt, spielen für die Kinderchirurgie die anatomisch-rekonstruktiven operativen Eingriffe eine wesentlich größere Rolle, als im Erwachsenenalter. Es werden möglichst Resektionen von Organen vermieden. Diesbezüglich hat sich die Erhaltung der Milz als Organ im Kindesalter durchgesetzt. Es konnte gezeigt werden, dass der Milz wesentliche funktionelle Aufgaben im Kindesalter zukommen und dass es nicht einfach möglich ist, ohne Konsequenzen auf das Organ zu verzichten. Das drohende OPSI-Syndrom bedroht das Leben der nicht immunkompetenten Kinder. Prof. Roesner konnte im Rahmen seiner Habilitationsschrift zeigen, dass eine Autotransplantation von Milzgewebe in das Omentum majus zu keiner effektiven Funktion des transplantierten Milzgewebes führt. Daraus muss konsequenter Weise geschlossen werden, dass der Milzerhalt im Kindesalter von essentieller Bedeutung ist. Durch verschiedene operative Verfahren, wie die Anwendung von Klebern, Netzen oder speziellen Nahttechniken oder auch einer Teilresektion konnte sich bereits Anfang der 80iger Jahre der Organerhalt bei verunfallten Kindern, aber auch bei der Behandlung von onkologisch erkrankten Kindern durchsetzen. Diese Prinzipien haben sich auch auf Verletzungen anderer parenchymatöser Organe, wie der Leber, den Nieren bis hin sogar zur Bauchspeicheldrüse in den letzten Jahren durchgesetzt und führen mittlerweile dazu, dass nach Evidenz-basierten Studien Milz- und Leberverletzungen im Kindesalter zu über 95 % vollkommen konservativ erfolgreich behandelt werden können. Analoge Strategien werden mittlerweile auch bei den Nieren- und

Pankreasverletzungen verfolgt. In Ausnahmefällen können sogar gezielte Embolisationen von arteriellen Gefäßen eine aktive Blutung sistieren lassen.

Auf dem Gebiet der Kinder-Unfallchirurgie haben sich in den letzten 15 bis 20 Jahren wesentliche Entwicklungen gezeigt, die dazu führen, dass die bis dahin angenommene Selbstheilungstendenz mit Ausgleichspotenz von Fehlstellungen bei Frakturen im Kindesalter sehr differenziert zu betrachten ist. Dadurch hat sich gezeigt, dass bei speziellen Frakturen mittlerweile großzügig eine OP-Indikation zu stellen ist. Ein wesentlicher Meilenstein in der Behandlung von Frakturen im Kindesalter stellt dabei die Einführung der elastisch stabilen intramedullären Nagelung Ende der 80iger Jahre in Nancy dar. Diese wurde sehr zeitig ab dem Jahr 1993 in der Kinderchirurgie Dresden eingeführt und hat sich mittlerweile bei der Versorgung von Frakturen aller langen Röhrenknochen bewährt. Teilweise führt sie zu einem derartigen Komfort, dass sich die Indikation zur Operation gelegentlich sogar aus der besseren sozialen Re-Integration ableiten lässt. Andererseits hat sich aber auch gezeigt, dass unter bestimmten Umständen diese Osteosynthese nicht mehr als altersgerecht oder besser gewichtsangepasst zu betrachten ist. Diese Erscheinung der teilweise deutlichen Akzeleration führt dazu, dass andere spezifische Osteosyntheseverfahren speziell für die Adoleszenten entwickelt worden. Ganz aktuell hat sich in den letzten 3 Jahren die Strategie bei der operativen Stabilisierung von Femurschaftfrakturen zur Anwendung eines speziellen Adoleszentennagels gewandelt. Damit werden für das Kindesalter besonders wichtige frühfunktionelle Behandlungskonzepte im idealen Sinne umgesetzt. Sie sind für Kinder in speziellen Entwicklungsphasen besonders wichtig, da so Entwicklungsdefizite durch eine lange Ruhigstellung vermieden werden können. Aufbauend auf diesen Gedanken werden in einzelnen Fällen sogar Osteosynthesen bei Kleinkindern mittlerweile präferiert.

Als ein ideales Beispiel für die Interdisziplinarität hat sich die Behandlung von angeborenen Kraniosynostosen gezeigt. Auch auf diesem Gebiet haben sich in den Jahren die Operationsstrategien und Ideen grundlegend geändert. So werden bei bestimmten Formen von Kraniosynostosen sehr komplexe umfassende operative Korrekturen durchgeführt, die nicht mehr im Säuglingsalter sondern eher um das 1. Lebensjahr herum ideale Ergebnisse zeigen. Das fronto-orbitale Advancement mit seinen Modifikationen stellt eine Herausforderung an verschiedene Fachbereiche dar. So werden seit Anfang der 90iger Jahre diese Operationen zusammen mit den Kollegen der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie sowie der Neurochirurgie in einem fest geformten Team durchgeführt. Parallel dazu hat sich zunehmend das Problem der sekundär erworbenen Schädeldeformität gezeigt, die ebenfalls in unserer Klinik umfassend sowohl messtechnisch als auch therapeutisch betreut werden. Diese Patienten sollen zukünftig in dem neu gegründeten Zentrums für kranio-faziale Chirurgie gemeinsam betreut werden.

Analog dazu hat sich ebenfalls eine interdisziplinäre Betreuung von Kindern mit Hämangiomen entwickelt, wobei die Kinderchirurgie den Part der Laserbehandlung oder in Ausnahmefällen auch mal eine chirurgische Resektion vornimmt.

Allgemein hat sich dem Trend der Chirurgie in den letzten Jahren folgend auch in unserer Kinderchirurgie eine zunehmende Anwendung minimal-invasiver chirurgischer Techniken durchgesetzt. Grundlage dafür ist eine Entwicklung miniaturisierter Instrumentarien. So werden im Säuglingsalter anatomisch rekonstruktive Eingriffe mit 3 und 2 mm messenden Instrumentarien durchgeführt. Die bereits erwähnte thorakoskopische Operation der Ösophagusatresie ist in Deutschland eine Operation, die nur in ganz wenigen Einrichtungen praktiziert wird. Gleiches gilt für die transzystische Ureterneueinpflanzung. Aber auch Operationen am Intestinum oder in der Tumorkinderchirurgie sind unter Wahrung entsprechend streng gestellter Indikation minimal-invasiv durchführbar und sinnvoll. Auf diesem Weg wird sich mit sehr großer Wahrscheinlichkeit unter Senkung der Gesamtmorbidität und somit zum Wohl der Kinder die Entwicklung der Kinderchirurgie fortsetzen.

Ähnlich vielfältig wie das chirurgisch-operative Spektrum der Kinderchirurgie zeigt sich auch die wissenschaftliche Bandbreite. Prinzipiell bietet der kindliche Organismus in seiner Fähigkeit zur Regeneration oder zum kompensatorischen Ausgleich von krankhaften Phänomenen ideale vielfältige Ansätze für wissenschaftliche Fragestellungen. Wie bereits bei der Entwicklung von operativen Verfahren oder Therapiestrategien erwähnt wurde, haben viele wissenschaftliche Interessen in der Klinik für Kinderchirurgie in den Jahren sehr stark translationalen Charakter gehabt. So war der Ausgangspunkt für die mögliche Entwicklung einer Ventileinheit zur Behandlung eines Hydrocephalus im Kindesalter direkt auf die Einführung eines anwendbaren Medizinproduktes orientiert. Analog ist die Entwicklung der anorektalen Manometrie als diagnostische Methode zu betrachten. Diese wurde primär für die Diagnostik bei Patienten mit Defäkationsstörungen entwickelt und war als Methode geeignet, sekundäre erworbene Defäkationsstörungen von möglicherweise primär angeborenen, z. B. Morbus Hirschsprung, zu unterscheiden. Somit konnte man diese nur geringgradig invasive Methode benutzen, weitere diagnostische Maßnahmen spezifisch planen zu können und somit die kleinen Patienten einer entsprechend spezifischen Behandlung zuzuführen. Ein zweites Anwendungsgebiet für die anorektale Manometrie stellten die Verlaufskontrollen nach rekonstruktiven Eingriffen bei anorektalen Malformationen dar. Hierbei wurde die Kontinenzleistung objektiviert und ein Verlaufsparemeter etabliert, der das Training des Schließmuskelapparates demonstrierte. Da diese Methode zeitweilig ein derartig breites Anwendungsspektrum hatte, entwickelte sich in den 90iger Jahren ein ganzes Team (Wolfgang Schubert, Dietmar Roesner, Peter Göbel,

Kay Großer und Jens Börner), die sich mit der Entwicklung und Optimierung der anorektalen Manometrie beschäftigten.



Schwestern und Ärzte der neu gegründeten Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie vor der damaligen Kinderklinik (2 v.re. Prof. Dr. Dietmar Roesner, damals lfd. Oberarzt, 1990)

Aufbauend auf dieser Idee der spezifischen Messung der Schließmuskelfunktion wurde ein entsprechendes computergestütztes Biofeedback-Programm entwickelt und umfangreich angewendet. In mancher Hinsicht hat sich der diagnostische Wert der Methode relativiert. Trotzdem findet sie unter spezifischer Fragestellung auch heute noch gezielt Anwendung. Das Interesse an der Diagnostik enteraler Fehlbildungen ist in der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie weiter erhalten geblieben und hat sich im späteren Verlauf auf die molekulargenetische Diagnostik fokussiert. Hierbei konnten genetische Grundlagen für die Vererbung des Morbus Hirschsprung wesentlich aufgeklärt werden, so dass synergistische Effekte verschiedener genetischer Faktoren demonstriert werden konnten. Auf diesen Ideen aufbauend, werden aktuell Studien durchgeführt, die auf die Ausnutzung von regenerativen Eigenschaften des enteralen Nervensystems basieren und somit möglicherweise ganz neue therapeutische Ansätze für die Behandlung angeborener Fehlbildungen bieten.

Wie bereits erwähnt, wurde durch Dietmar Roesner bereits in den 80iger Jahren gezeigt, dass eine Autotransplantation von Milzgewebe in das Omentum majus keinen funktionellen Ersatz der Milz bietet. Auf dieser Grundlage wurde postuliert, dass im Kindesalter auf eine Organerhaltung der Milz ein besonderer Wert gelegt werden muss. Ausgehend von diesen Ideen haben sich der Organerhalt und die konservative Therapie von parenchymatösen Organverletzungen bei Kindern mittlerweile auf breiter Basis durchgesetzt. Weitere Studien, die insbesondere von Herrn Roesner durchgeführt worden sind, betrifft die Untersuchung postulierter Wundheilungsstörungen bei laufender Chemotherapie im Rahmen der Behandlung maligner Grunderkrankungen. Hierbei wurden in ausgedehnten

Tierexperimenten Teilappendektomien bei Ratten durchgeführt, die im Wesentlichen keine Beeinflussung der Wundheilung durch eine Behandlung mit Endoxan zeigten. Ebenfalls auf dem Gebiet der potentiellen Therapie maligner Erkrankungen sind die Durchblutungsmessungen von Leber, Milz und Nieren bei Anwendung der Krebsmehrschritttherapie nach Manfred v. Ardenne zu nennen, die ebenfalls Dietmar Roesner während seiner Zeit als Assistenzarzt in der Klinik für Chirurgie der Medizinischen Akademie vorgenommen hat.

In den letzten Jahren haben sich eben unter dem Aspekt der hervorragenden Regenerationsfähigkeit des kindlichen Organismus Studien etabliert, die dieses Phänomen gezielt ausnutzen. Exemplarisch werden gegenwärtig Studien durchgeführt, die die Konfektionierung von Okklusivverbänden bei Endgliedverletzungen an Fingern als Ziel haben. Parallel dazu sollen jedoch auch die molekularen Grundlagen dieses Regenerationsprozesses aufgeklärt werden, die offenbar trotz oder möglicherweise wegen spezifischer Infektionen die Regeneration von Weichteilgewebe derartig positiv beeinflussen, dass eine anatomieidentische Wiederherstellung von Fingerendgliedern abläuft. Dies könnte dazu führen, dass operative Rekonstruktionsverfahren, die trotzdem zu einem funktionellen Defizit führen, praktisch abgelöst werden könnten. Durch die ergänzenden Studien könnten die molekularen Grundlagen für eine derartige Regeneration geklärt und gezielt für andere Prozesse ausgenutzt werden.

Wesentlich näher an der klinischen Anwendung sind die Studien zur diagnostischen Aussagekraft des Ultraschalls bei Verletzungen des Ellenbogengelenkes im Kindesalter anzusehen. Dabei steht insbesondere die Frage der Ablösung radiologischer Verfahren und damit der Einsparung von Röntgenstrahlung durch den Ultraschall im Vordergrund. Die Studien sollen zeigen, dass der Ultraschall in der diagnostischen Anwendung am Ellenbogen unter definierten Bedingungen wesentlich verlässlichere und reproduzierbarere Parameter generiert und somit eine ideale Grundlage zur Kontrolle von Repositionsergebnissen bei speziellen Frakturen der Ellenbogenregion bietet. Letztendlich wäre sogar vorstellbar, dass der Ultraschall teilweise die Röntgendiagnostik im Operationssaal ablösen kann.

Entsprechend der Spezifik des Fachgebietes der Kinderchirurgie und den Ausbildungsaufgaben einer akademischen Einrichtung folgend, werden seit den 60iger Jahren bereits entsprechende Inhalte in der Lehre vertreten. Beginnend mit 2 Doppelstunden war die Kinderchirurgie schon seit Anfang der 70iger Jahre in der Hauptvorlesung der Humanmedizin durch Prof. Schubert und der Zahnmedizin durch Dozent Hellmann vertreten. Dieser Anteil konnte über die Jahre kontinuierlich erweitert werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Kinderchirurgie im Curriculum der Humanmedizin in der Hauptvorlesung der Kinderheilkunde mit 7 Doppelstunden vertreten. Außerdem werden symptombezogene

Vorlesungen der Kinderheilkunde unter Beteiligung der Kinderchirurgie angeboten. Neben diesen Vorlesungen ist die Ausbildung in der Kinderchirurgie fester Bestandteil in Blockpraktika, in der Ausbildung im Rahmen des Praktischen Jahres sowie als Angebot für das Wahlpflichtfach. Konsequenterweise werden ebenso kinderchirurgische Fragen in den Jahresabschlussprüfungen gestellt, so dass ein entsprechender Leistungsnachweis gefordert ist. Seit der Einführung des Facharztes für Kinderchirurgie ist die Abteilung bzw. Klinik für Kinderchirurgie im Besitz der vollen Weiterbildungsermächtigung und trägt in Deutschland somit eine wesentliche Mitverantwortung für die Ausbildung des eigenen Nachwuchses.

Darüber hinaus sind die Ärzte der Abteilung bzw. Klinik für Kinderchirurgie von Anbeginn in die Ausbildung des Pflegepersonals eingebunden. Generationen von Kinderkrankenschwestern sind an der Schwesternschule in Dresden durch die Kinderchirurgen in die Diagnostik und Behandlung sowie die spezifische Pflege von kinderchirurgischen Krankheitsbildern sehr umfassend eingewiesen worden.



„Dienstkleidung“ der Schwestern in der Kinderchirurgie Fasching 1985

Ebenso sind seit vielen Jahren die Kinderchirurgen an der Ausbildung von Operationsschwestern, ITS-Schwestern und Pflegern sowie ganz aktuell an der Ausbildung von operations-technischen Assistenten beteiligt. Dabei wurde das Fachgebiet der Kinderchirurgie immer wieder als ein sehr interessantes Fachgebiet mit direktem Bezug sowohl zur Chirurgie als auch zur Kinderheilkunde anerkannt.

Dem ganzheitlichen Anspruch der Betreuung der kleinen Patienten entsprechend haben sich über Generationen die Kinderchirurgen in dieser Einrichtung auch sozial engagiert. Sowohl Prof. Roesner als auch Prof. Fitze sind aktiv in den Vorständen des Regenbogenvereins für

chronisch kranke Kinder bzw. der später neu gegründeten Dresdner Kinderhilfe tätig. Analog ist das Engagement zum Schutz der Kinder zu sehen. Prof. Roesner war zwischen 1992 und 1995 Mitglied einer Kommission der Bundesärztekammer, die bereits zum damaligen Zeitpunkt ein Kinderschutzgesetz ausarbeiten sollte. Dieses ist dann erst viele Jahre später umgesetzt worden und schließlich in Kraft getreten. Aus dieser Tätigkeit resultierte die Kommission „Häusliche Gewalt“ der Sächsischen Landesärztekammer, in der Herr Roesner ebenfalls über viele Jahre aktiv war und in der mittlerweile das Engagement durch Herrn Fitze fortgeführt wird. Aufbauend auf diesen Themenkreis sind im Freistaat Sachsen, ausgehend von unserem KinderFrauenzentrum mittlerweile Modellprojekte zum Kinderschutz etabliert worden, die eine vielfältige Unterstützung durch den Freistaat Sachsen erfahren haben. Aktuell ist die Kinderschutzgruppe des Universitätsklinikums und des Krankenhauses Dresden-Neustadt darum bemüht, ein kommunales Kinderschutzzentrum in Dresden aufbauen zu können. Über die Jahre hinweg ist die Kinderchirurgie durch die ihre ärztlichen Vertreter in den akademischen Kommissionen der Medizinischen Fakultät immer vertreten gewesen. Hier sei nur die Studienkommission, die Promotionskommission oder die Habilitationskommission genannt. Landespolitisch sind Dresdener Kinderchirurgen im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie seit 1990 kontinuierlich vertreten.



Nikolaus in der Kinderchirurgie (06.12.1990)

Somit stellt die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen wichtigen Bestandteil im Kanon der operativen Fachgebiete des Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“ und der Medizinischen Fakultät Dresden dar. Regional und überregional, aber auch international wird die Einrichtung als hervorragender Vertreter der Kinderchirurgie wertgeschätzt. Somit sieht die Kinderchirurgie am Standort Dresden nicht nur auf eine interessante und vielfältige Vergangenheit zurück, sondern blickt ebenso optimistisch in die

Zukunft. Garant dafür ist die junge, dynamische Bevölkerung unserer Region, die Vertrauen in die medizinischen Leistungen unserer Einrichtung hat.

Quellen:

1. www.dgkch.de
Geschichte und Persönlichkeiten
2. Seidel, E.: Therapie des Pylorospasmus des Säuglings. In: Zeitschrift für Chirurgie (1930)
3. Weber, W.: Ueber eine technische Neuerung bei der Operation des Pylorospasmus des Säuglings. In: Berliner Klinische wochenschrift (1910)
4. Ramstedt, C.: Zur Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift (1939)