

75 Jahre Orthopädische Klinik
der Städtischen Kliniken Dortmund
1921 bis 1996
Dokumentation

Max Brandes



Städtische Kliniken Dortmund
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Münster



Impressum

| | |
|--|--|
| Herausgeber | Orthopädische Klinik der Städtischen Kliniken Dortmund Beurhausstraße 40 44137 Dortmund |
| Redaktion | Walter Schmuck (verantwortlich) Prof. Dr. Bernd-Dietrich Katthagen |
| Autoren | Dr. Ursula Dückert-Brandes, Köln Prof. Dr. Günter Imhäuser, Köln Prof. Dr. Erwin Hipp, München Prof. Dr. Bernd-Dietrich Katthagen, Dortmund Prof. Dr. H. Mau, Tübingen Prof. Dr. Dietrich Tönnis, Dortmund |
| Fotos und Illustrationen | Archiv Städtische Kliniken Dortmund Dr. Ursula Dückert-Brandes Prof. Dr. Günter Imhäuser Prof. Dr. Dietrich Tönnis Benito Baragas-Hidalgo |
| Konzeption, Gestaltung, Satz und Produktion | ServiceAgentur des Büros für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Stadt Dortmund Dirk Bonk Irmgard Wegener |
| Redaktionsschluß | März 1996 |
| Lithographie | ScanArt, Dortmund |
| Druck | Gebrüder Gillissen, Dortmund |

Vor 75 Jahren hatte die Stadt Dortmund die Weitsicht, eine Orthopädische Hauptabteilung zu gründen - lange vor den meisten Universitäten. Hierbei stand die Stadt sicher unter dem Eindruck des Preußischen Krüppelfürsorgegesetzes - wie es damals hieß - vom 6. Mai 1920. Auf Betreiben des Berliner Orthopäden K. Biesalski war 1905 in Berlin ein „Krüppelkinder-Heil- und Fürsorgeverband für Berlin-Brandenburg e.V.“ gegründet worden, der für die Entwicklung der Deutschen Körperbehindertenfürsorge von beispielhafter Bedeutung geworden ist.

Mit der Klinikgründung vom 01.04.21 in Dortmund konnten die Behandlungsmöglichkeiten der aufstrebenden Orthopädie mit operativer Wiederherstellung, Gymnastik, apparativer Versorgung und funktioneller Therapie damit vor allem für körperbehinderte Kinder und Jugendliche sowie damals auch Kriegsversehrte der hiesigen Bevölkerung nutzbar gemacht werden.

Der Klinikgründer, Prof. Dr. Dr. h. c. Max Brandes, schuf aus einer kleinen Wurzel einen kräftigen Baum - er führte die Dortmunder Klinik zu weit überregionaler Bedeutung.

Er blieb ihr bis zum Jahre 1952 treu und wurde für seine Verdienste, auch als ärztlicher Direktor der Städt. Kliniken Dortmund, 1961 zum Ehrenbürger der Stadt ernannt.

75 Jahre Orthopädische Klinik Dortmund sind für uns heute ein Grund zu feiern, aber auch eine Gelegenheit zurückzuschauen. 75 Jahre Orthopädie sind auch 75 Jahre Medizingeschichte, 75 Jahre Geschichte der Körperbehinderten- und Sozialfürsorge

in Deutschland. Heute finden wir noch Zeitzeugen, die für uns und für die Zukunft aus erster Quelle über ihre Tätigkeit berichten können.

Der emeritierte Prof. Dr. H. Mau, Tübingen, geb. 1921, hat für uns die tiefgreifenden Wandlungen der Orthopädie in den letzten 75 Jahren zusammengefaßt, wie es nur für jemanden möglich ist, der diese Jahre im wesentlichen bewußt miterlebt und mitgestaltet hat.

Die Tochter von Professor Brandes, Frau Dr. U. Dückert-Brandes, hat Dokumente ihres Vaters, seiner Schüler sowie eigene Erinnerungen zusammengetragen. Diese Berichte wurden im Original belassen und redaktionell nicht bearbeitet.

Ich freue mich, daß es möglich war, aus erster Hand Berichte meiner Amtsvorgänger, Prof. Dr. G. Imhäuser, Prof. Dr. E. G. Hipp und Prof. Dr. D. Tönnis zu bekommen.

Alles und jedes hat seine Zeit. Diesen Grundsatz haben wir auch für die Gestaltung dieser Dokumentation beherzt. Denn das Jetzt wäre nicht ohne das Gestern möglich und jede Zeit hat ihren Kontext. Daher haben wir uns entschieden, die Berichte gleichberechtigt auf der Zeitschiene aneinanderzureihen und auf farbige Abbildungen zu verzichten.

Wir wollen aus der Rückschau für die Zukunft lernen. 1996 ist ein Jahr, in dem die Grenzen unserer wirtschaftlichen Möglichkeiten besonders deutlich werden. Arbeitslosigkeit, zunehmende Armut bei gleichzeitig großem allgemeinen Wohlstand, die notwendige Begrenzung der Sozialkosten und drohende Beschränkung der Gesundheitsfürsorge sind äußere Zeichen hierfür.

Vor dem Hintergrund der Probleme der Anfangsjahre, Inflation, Besatzung, Hunger, Arbeitslosigkeit, Radikalismus, Notverordnungen, Nationalsozialismus, Krieg, Zerstörung, nationaler Zusammenbruch und wieder Inflation, Besatzung und Hunger wird deutlich, daß wir mit unseren jetzigen Aufgaben gut fertig werden können.

Dabei muß die einkommensunabhängige allgemeine Gesundheitsfürsorge auch bei knapper werdenden Mitteln erste Priorität behalten - ist doch Gesundheit ein von allen anerkannt vorrangiges Anliegen.

Gerade die Orthopädie ist durch ihre enge Beziehung zur Sozialgesetzgebung und wegen ihrer allgemeinen gesellschaftlichen Bedeutung bei Arbeit, Sport und Freizeit, Schwerbehinderung und gesundheitlicher Frühberentung sowie Pflegebedürftigkeit im Alter und der Bedeutung des Erhaltes der Beweglichkeit für die Lebensqualität ein Prüfstein für die Gesundheitspolitik.

Wir müssen schauen, woher wir kommen, damit wir begreifen, wo wir stehen, um gut zu planen, wohin wir gehen.



Prof. Dr. B.-D. Katthagen

Die tiefgreifenden Wandlungen der Orthopädie

von Professor Dr. Hans Mau, Tübingen

Im wesentlichen wurde die Orthopädie im 19. Jahrhundert durch adlige, konfessionelle oder private Stiftungen gefördert. Diese führten anfangs eine mehr stationäre, später auch ambulante konservative Therapie von angeborenen und erworbenen Verunstaltungen und Behinderungen, wie z.B. Knochen- und Gelenktuberkulose, Kontrakturen usw. mit Redressionen, Übungsbehandlungen und Apparaten durch. Schon damals gingen einige Institute aus finanziellen Gründen - hauptsäch-

die Hüfferstiftung in Münster, die Paulinenhilfe in Stuttgart, das Anna-Stift in Hannover sowie nicht zuletzt die orthopädischen Anstalten in Heidelberg-Schlierbach überlebten und behandelten langfristig körperbehinderte Kinder. Sie waren wesentlicher Wegbereiter der Kinderorthopädie. In derartigen Einrichtungen sind nicht nur Kinder und Jugendliche konservativ und operativ therapiert worden, sondern sie wurden hier auch internatsmäßig untergebracht, geistlich betreut und bei schwerer Behinderung schulisch und beruflich ausgebildet. Typische Körperbehindertenberufe waren z.B. Korbflechter, Orthopädie-Mechaniker, Orthopädie-Schuhmacher, Schneiderinnen; später traten modernere Berufe wie eine Büroausbildung hinzu.

wesentlicher staatlicher Unterstützung ein neuer Aufschwung: die Körperbehindertenfürsorge differenzierte und verselbständigte sich weiter in die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation, wie man nunmehr sagte. Das Gedankengut wurde nach dem Vorbild der Orthopädie auf andere medizinische Disziplinen erstreckt und fand im „Sozialgesetzbuch“ seinen Niederschlag. Der Orthopädie ging damit nicht nur der enge Zusammenhang mit der Körperbehindertenfürsorge und ihrem verbindenden Arm, der „deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter“ verloren, sondern auch ein Teil der sozialen Orientierung unseres Faches gegenüber dem mehr materiell ausgerichteten Denken unserer Tage.

Die finanzielle Absicherung dieser Entwicklung ist vor allem dem Berliner Orthopäden Konrad Biesalski zu danken, der nach dem ersten Weltkrieg das preußische Krüppelfürsorgegesetz unter seinem „sozialbiologischen Einheitsgedanken der Orthopädie“ wesentlich mit auf den Weg brachte. Die übrigen damaligen Provinzen glichen die von ihnen bereits entwickelten Ansätze diesem Gesetz an. Erstmals wurde damit eine Verpflichtung zur Übernahme der Behandlungskosten auch chronischer Körperbehinderungen aufgestellt, in Abgrenzung zur Krankenversicherung. Orthopädischen Landeskrüppelärzten, den späteren Landesärzten, wurden diese Patienten auf verschiedenen Sprechtagen im Lande vorgestellt und ggf. zur Behandlung ausgewählt.

Nur wenige der alten, mehr kinderorthopädisch tätigen orthopädischen Stiftungen und einige größere Häuser waren dem enormen technischen Fortschritt der Orthopädie auf Dauer auch finanziell gewachsen. Sie gerieten mehr und mehr unter kommunalen Einfluß bzw. wurden staatlichen Universitäten angegliedert, wie z.B. die Thea Diederichsen-Stiftung, aus welcher heraus die Kieler Orthopädische Universitätsklinik entstand. Manche orthopädische Abteilungen stiegen in ähnlicher Weise als zweite Wurzel der heutigen Orthopädie „aus den Kellern“ der Chirurgischen Kliniken empor, waren damit primär mehr operativ, zum Teil traumatologisch ausgerichtet und bildeten den Kern selbständiger orthopädischer Universitätskliniken. Eine ähnliche Entwicklung spielte sich auch auf dem konfessionellen und kommunalen Sektor ab. Im Gefolge der beiden Weltkriege hatte andererseits durch die zahlreichen Verwundeten und die daraus resultierende Wieder-



Transplantation des M. extensor hallucis longus auf den gelähmten M. tibialis anterior nach Konrad Biesalski

lich zu lange Liegezeiten im stationären Bereich - wieder ein, bis gegen Ende des Jahrhunderts mit der Einführung einer wirksameren Therapie, damals der subcutanen Tenotomie, die Behandlungskosten wesentlich gesenkt werden konnten.

Größere Krüppelheime, wie etwa das Oskar-Helene-Heim in Berlin, das Friedrichsheim in Frankfurt,

Während diese Entwicklung unter dem Nationalsozialismus aus ideologischen Gründen einen markanten Rückschlag erlitt, vollzog sich nach dem zweiten Weltkrieg mit

herstellungschirurgie sowie die Ausweitung der Prothetik zunehmend die Erwachsenenorthopädie an Bedeutung gewonnen. Dieser Vorgang wurde zu einem geringen Teil durch den einsetzenden Geburtenrückgang begünstigt.

Nach der wirtschaftlichen Gesundung in den 50er Jahren setzte sich der spezielle Weg der deutschen Orthopädie - im Gegensatz zur führenden anglo-amerikanischen Orthopädie - mit der weiteren Pflege der konservativen Therapie vorwiegend durch die niedergelassenen Fachkollegen fort, während auf der anderen Seite die orthopädische Chirurgie an den Kliniken besonders gepflegt wurde, begünstigt unter anderem durch den weit verbreiteten Bettenmangel. Die Traumatologie des Bewegungsapparates ging mehr und mehr an die von der Chirurgie sich emanzipierende Unfallchirurgie über. Diese parallele Entwicklung der orthopädischen Chirurgie ist begünstigt worden durch die Zunahme der Betriebs- und Verkehrsunfälle, während die Sportunfälle zum größten Teil der Orthopädie vorbehalten blieben.

Vor allem die einsetzende Spezialisierungswelle im Gefolge der enormen Fortschritte der Medizin auf fast allen Gebieten veränderte das Gesicht unseres Faches Schritt für Schritt: nach der revolutionierenden Periode der Antiseptik und Asepsis wurden die Sulfonamide von den Antibiotika und den Tuberkulostatika weitgehend abgelöst, mit entsprechendem Rückgang der chronischen Osteomyelitis und der Knochen- und Gelenktuberkulose. Die Vakzination führte praktisch zum Verschwinden der Poliomyelitis. Die Betten dieser Kinder waren noch warm, als sie von den Contergan-Opfern gefüllt wurden. In

diesem Zusammenhang erfuhr die technische Orthopädie mit der Konstruktion der pneumatischen und später der myoelektrischen Prothesen einen gewaltigen Schub nach vorne; man erkannte die Bedeutung der Offenendprothesen der Arme mit Erhalt der Sensibilität. Die Rehabilitation der Ohnhänder des zweiten Weltkrieges, wie etwa in Hohenlychen bei Berlin, wurde ausgeweitet durch die Einführung der in den anglo-amerikanischen Zentren entstandenen Beschäftigungstherapie (die erste deutsche Schule für Beschäftigungstherapie ist seinerzeit im Anna-Stift in Hannover gegründet worden). Auch die Krankengymnastik, deren Schulen überwiegend orthopädischen Kliniken entsprangen, erfuhr eine weitere Differenzierung durch die Einführung immer neuer Methoden (Bindegewebsmassage nach Dicke, Bobath, Vojta usw.). Durch die frühzeitige Behandlung profitierten gerade die Kinder mit spastischen Lähmungen. Neben vielfältigen neuen Injektionstechniken erweiterten die Chirotherapie bzw. manuelle Untersuchungstechniken die Palette der zunehmend anerkannten konservativen Behandlungsverfahren. Die Einführung der fortgesetzten passiven Bewegungsschienen nach Operationen erbrachte eine weitere Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten. Auch die Verfeinerung der Diagnostik, beispielsweise durch die Sonographie der Säuglingshöften, trug entscheidend zum Rückgang des Komplexes der Hüftluxation und ihrer Folgen bei. Schließlich ist die Bedeutung psychogener Komponenten in unserem Fach anerkannt worden, nicht nur für die Diagnostik und Entstehung orthopädischer Krankheitsbilder, wie dem Kreuzschmerz, sondern auch bei der hohen Schule jedes operativen Faches, der Operationsindikation.

Spektakulär waren auf dem operativen Sektor die ständigen Vervollkommnungen der inneren Fixation der Knochen mit Marknägeln und der Verschraubungen mit Hilfe von Platten, die modernen Verfahren der Kompression und der Verlängerungsosteotomien, die Versteifungsoperationen der Skoliosen von dorsal und ventral und die Aufrichtungen der Kyphosen, die inneren Wirbelsäulenfixationen sowie die dreidimensionalen Fixations- und Korrekturmöglichkeiten der Extremitäten. Gekrönt wurden diese Spitzenleistungen der orthopädischen Chirurgie durch die Entwicklung der Endoprothetik, hauptsächlich des Hüft- und Kniegelenks in breiter Front, aber auch durch den Ersatz großer Skeletteile und Transplantationen, gerade in der Tumorchirurgie.

Zu den entscheidenden Fortschritten des letzten Jahrzehnts zählte insbesondere die diagnostische und therapeutische Arthroskopie, vorwiegend des Knie- und Schultergelenkes sowie die Kombination endoskopischer, mikrochirurgischer und lasertechnischer Verfahren, auch an der Wirbelsäule. Die Verkleinerung und Verfeinerung der Operationstechniken dürfte das Bild der orthopädischen Chirurgie nachhaltig verändern und der Bedeutung der Einführung der Antiseptik und Asepsis kaum nachstehen. Aktuell sind derzeit Abgrenzungsfragen zwischen der modernen „Knopflochchirurgie“ und den früheren offenen Verfahren, wenn letztere von dem hoch spezialisierten Operateur der Zukunft - etwa bei Komplikationen - gar nicht mehr beherrscht werden sollten. Sind derartige Probleme durch die verbreiterte apparative Diagnostik - CT und M.R.I., Videoketten usw. - wirklich ausschaltbar? Nur wenige Operati-





Die ständige Vervollkommnung der inneren Fixation - hier am Beispiel einer inneren Stabilisierung der Wirbelsäule - gehört zu den spektakulärsten Entwicklungen in der Orthopädie.

onstechniken, die wir als junge Assistenten vor 45 Jahren erlernten, auch kaum die Interpositions-Kappenplastiken und die Judet-Schenkelhalsprothesen mit Plexiglasglocke sind heute noch gefragt.

Diese Beispiele lassen das ganze Ausmaß des Wandels in der operativen Orthopädie ermessen. Entsprechend hat sich auch das Krankheitspanorama erheblich verändert. Heute stehen im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung nicht mehr die Folgen kindlicher Osteomyelitiden und Tuberkulosen, der Kinderlähmung, der „klassischen“ kinderorthopädischen Leiden wie Hüftluxation, Klumpfuß, Schiefhals und Skoliosen im Vordergrund, sondern die Zunahme von Abnutzungs- und Alterskrankheiten wie Tendopathien, Arthrosen und Osteoporosen sowie Bandscheibenschäden. Sie werden vielfach auf eigenen konservativ-orthopädischen Rehabilitationsabteilungen behandelt oder nachbehandelt. Die Spezialisierung brachte

außerdem vermehrt ambulante Praxiskliniken, etwa mit arthroskopischem Schwerpunkt, hervor, während sich andererseits mehr und mehr kostenträchtige Problemfälle in größeren orthopädischen Kliniken häufen. Daraus entstanden Ausbildungsprobleme, auch dadurch, daß die jüngeren Kollegen in der Klinik kaum mehr die Ergebnisse ihrer Behandlung selbst zu sehen bekommen, da die Patienten gewöhnlich nicht zurücküberwiesen werden und auch für wissen-

schaftlich-klinische Nachuntersuchungen nur unter erschwerten Bedingungen zur Verfügung stehen.

Das Erfahrungsspektrum hat sich infolge der zunehmenden Spezialisierung und Teilung orthopädischer Abteilungen auch für die Chefarzte verengt; das Zeitalter der „Generalisten“ neigt sich dem Ende zu; die Spezialisten beherrschen zunehmend das Feld: als neue Schwerpunkte schälten sich die Sport- und Rheumaorthopädie und die Tumor- und Wirbelsäulenorthopädie heraus und gesellten sich zu den älteren Zweigen, der freilich reduzierten Kinderorthopädie, der Handchirurgie und ständig weiteren Subspezialisierungen. Die fortschreitende Technisierung kam natürlich der Fortentwicklung der technischen Orthopädie, z.B. durch die Entwicklung neuer Werkstoffe zugute.



Die hochentwickelte Endoprothetik stellt eine Spitzenleistung der orthopädischen Chirurgie dar.

Der technische Fortschritt des letzten Jahrzehnts, wie z.B. im mikrochirurgischen Bereich, eröffnet neue Behandlungsperspektiven.



Schon zeichnet sich darüber hinaus die Möglichkeit von durch Roboter gesteuerte Operationen für ausgewählte orthopädische Krankheitsbilder wie am Kniegelenk ab. Diese unglaublichen Fortschritte, die allerdings bestenfalls nur einem sehr geringen Teil der Menschheit zugute kommen werden, sind das Ergebnis der in der Nachkriegszeit erheblich intensivierten Grundlagenforschung im Verein mit der Industrie und einer exakteren klinischen Forschung. Heute hat die deutsche Orthopädie ihre Isolierung überwunden und hat weitgehend das Niveau der führenden anglo-amerikanischen Länder erreicht.

Inwieweit unser Fach durch die Technisierung der hierfür besonders anfälligen Orthopädie und durch die für den einzelnen Arzt zunehmende Vereinheitlichung und Verarmung des Krankengutes sowie durch die Kommerzialisierung, Bürokratisierung, Verrechtlichung und neuerlichen Sparzwängen im Gesundheitswesen seine Attraktivität wird bewahren können, bleibt abzuwarten. Das zuerst in den USA aufgeblühte Arzthaftpflichtwesen, bei welchem unser Fach mit in der Spitzengruppe rangiert, trägt kaum dazu bei, ebensowenig Verluste in der sozialen Kompetenz, der zunehmende Vertrauensschwund und die wachsende Isolierung und Distanz zwischen Arzt und Patient im menschlichen Bereich. Sie stellen einen hohen Preis für die Erreichung der heutigen Hochleistungs-Orthopädie dar!



Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Max Brandes

1921 - 1952

von Dr. Ursula Dückert-Brandes, Köln



Professor
Dr. Max Brandes

Dies soll nicht der utopische Entwurf einer Würdigung des Vaters sein. Meine persönliche Erinnerung setzt erst Anfang der dreißiger Jahre ein. Auch hat das Gedächtnis eine gewisse Nachgiebigkeit. Ich mußte mich also auf die Spurensuche begeben. Es bleibt hier bei Streiflichtern, zusammengesetzt aus Zeitdokumenten, Stellen aus Briefen von Max Brandes, Äußerungen von Freunden und Kollegen und aus persönlichen Erinnerungen.

Am 1. April 1921 wird Brandes zum Leiter der Orthopädischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten in Dortmund ernannt. Er verließ die Universitätsklinik Kiel, weil er in Dortmund ein größeres, vielseitigeres Arbeitsfeld erwartete und später auch gefunden hat. Kultureller Aufbruch, vor allem aber soziale und wirtschaftliche Depression charakterisieren

diese Zeit. Die enorme Teuerung macht den Anfang in Dortmund schwer.

Im Mai 1921 schreibt Brandes: „Der Anfang hier ist doch schwieriger als ich dachte. Ich habe im Städtischen Krankenhaus die Orthopädische Abteilung übernommen, noch klein, aber ganz nett eingerichtet und entwicklungsfähig. Und ich arbeite jetzt für mich, für meine Klinik. Dortmund ist gar nicht so häßlich, wie der Ruf des Industriegebietes nicht erwarten ließ. Ich bin schon ganz gerne hier und merke nichts mehr von Ruß und Kohlenstaub.“

Und im Mai 1922: „Seit April bin ich ein Jahr in Dortmund tätig, und das Fazit dieses ersten Jahres befriedigt mich nicht. Ich habe zu lange Wissenschaft betrieben, um mich so schnell auf die Praxis des Berufes einstellen zu können. Auch gehen meine Verhandlungen mit der Stadt immer noch nicht voran. Bei dieser Teuerungswelle wird alle Großzügigkeit bezüglich Neueinrichtung, Anschaffung und Erweiterung der Abteilung von oben her sehr gebremst.“

Nach einem Urlaub im September 1922: „Meine Krankenabteilung fand ich in ganz gutem Zustand

wieder vor. Dr. Kirste hat Haus und Klinik gut verwahrt. Nur in den Werkstätten kriselt es wieder und ballt sich allerlei Unheil zusammen. - Meine Sprechstunde war heute noch ziemlich leer. Hier sind noch Ferien, und alle Kinder, die ja meine zahlreichsten Patienten darstellen, auf das Land entflohen.“

Im Oktober 1922: „Der Montag ist immer ein schlimmer Tag, der Tag der blutigen Operationen. Heute war es noch gnädig. Um 8 Uhr fingen wir an; um 1/3 Uhr waren wir schon fertig. Aber erst um 9 Uhr kam ich aus dem Krankenhaus.“

Im Januar 1923 hatten die Franzosen das Ruhrgebiet besetzt. In der „Geschichte der Freien Reichs- und Hansestadt Dortmund“ schreibt die Stadtarchivarin Luise von Winterfeld: „Sie kamen mit schweren Waffen, Geschützen und Tanks. Auf der Beurhausstraße wurden im Juni zwei Franzosen von Unbekannten erschossen. Die Besatzungsmacht verhängte Sperrzeiten. Im Juli 1923 herrschte länger als drei Wochen eine vollkommene Verkehrs- und Post-

Außenaufnahme der
Orthopädischen und
Chirurgischen Kliniken
vor dem 2. Weltkrieg





Turnsaal der Orthopädischen Klinik um 1925

sperre. Als die Franzosen am 22. Oktober 1924 die Stadt räumten, waren fast 90 % aller Erwerbstätigen erwerbslos, im Oberbergamtsbezirk Dortmund 78 Zechen mit einer Belegschaft von 58.185 Mann für immer stillgelegt worden.“

Im Juni 1923 schreibt Brandes: „Die Arbeit im Krankenhaus nimmt ab wegen der lästigen Verkehrssperren; aber auch wohl wegen der hohen Preise. Wenn sich das Publikum erst daran gewöhnt hat, geht es auch wieder zum Arzt.“

Mein Vater hatte nach dem frühen Tod seiner Mutter nicht die Kindheit erlebt, in der Vitalität, Zartheit, laute Fröhlichkeit nebeneinander gedeihen konnten.

Er wurde ernst, rücksichtsvoll, war aber nie verdrossen, resignierte selten, zeigte immer Zuversicht. Vermutlich war er schon früh erwachsen, ohne überschäumend jung gewesen zu sein. Doch auch 90jährig wirkte er niemals alt.

Im Jahre 1923 heiratete mein Vater. Walter, ein vierjähriger Sohn aus der ersten Ehe seiner Frau, vergrößerte den Familienkreis

schon bei der Eheschließung. 1924 Geburt der Tochter Ursula.

In den nächsten Jahren wurden mit den Chefärzten der anderen Kliniken freundschaftliche Kontakte geschlossen und gepflegt, mit Henle, Engelmann, Bartels, Konjetzny, er war ein Freund aus der Kieler Zeit; mit Berg, Jantzen, Meyer zu Hörste, Carrié. Und es entstanden gute Freundschaften mit Dortmunder Familien.

Musik spielte eine große Rolle, sowohl die Konzerte des Philharmonischen Orchesters mit Generalmusikdirektor Professor Wilhelm Sieben, wie auch Kammermusik im sehr schönen Festsaal des Dortmunder Rathauses, Hauskonzerte bei Professor Henle, Konzerte im Haus Brandes.

Sehr wichtig für meinen Vater war das Geltenlassen von produktiver Stille. Auch seine Arbeit kam aus der Stille, so neben anderen Werken der „Faustulus, ein romantisches Spiel“, Einakter in vier Szenen, 1942. Eine Aufstellung der wissenschaftlichen Arbeiten von Brandes umfaßt 146 Titel. Schreiben war nicht nur eine Berufung, sondern auch Stärkung, ein Schutz gegen Oberflächliches und Probleme, die schwer zu er-

tragen waren. Er blieb immer auch Wissenschaftler, Kunstbetrachter, wurde deutlich angelehrt von Musik. Doch wesentlich für ihn war der Klang der Sprache in gebundener Rede, in Poesie und dramatischem Text.

Brandes pflegte eine doppelte Selbstdistanzierung, einmal in der Klinik vom Familiären und im Privatleben von dem, was er in der Klinik zutiefst war, wirkte, schaffte. Mein Bruder Walter und ich erreichten im Krankenhaus höchstens Eintritt in den Turnsaal. Der hatte bewegliche Bänke für Knie- und Fußgelenkübungen, Sprossenwände, ein Pferd, das Schüttelbewegungen erzeugte und Lederhalterungen zum Aufhängen. Es war für uns eine Art Lust-, für andere vielleicht aber auch eine Art Märtyrerstube.

Das längste regelmäßige Zusammensein mit meinem Vater fand, als wir etwas älter waren, bei



Krankenzimmer um 1925





Behandlungsraum
um 1925

Tisch statt. Es gab Gespräche über Freunde, Interessen, Schulprobleme. Sitte und Haltung beeinflusste Vater Brandes mit Kopfschütteln und perkussionsgeübtem Klopfen auf den Tisch. Er erkundigte sich auch, was in der Schule durchgenommen worden sei, um bei einem ihm zusagenden Thema anzuknüpfen und es erschöpfend zu behandeln. Und er ließ es sich manchmal nicht nehmen, auch das angrenzende Jahrhundert zu beleuchten.

Nach einer halben Stunde Mittagsschlaf machte er sich wieder auf den Weg in die Klinik, oft zu Fuß. Das war ein Weg von zwanzig Minuten, den er viermal am Tag zurücklegte.

Viel wäre zu sagen zu Brandes' tolerant gelebtem Respekt vor anderen Sitten, anderen Kulturen. Doch ihn interessierte auch immer wieder mal die leichte Muse. 1924 tanzten die Tiller Girls in Dortmund, Jazz und Charleston setzten sich durch. Während der drei-

Bigen Jahre ging mein Vater ab und zu mit mir in das damals am Burgwall gelegene Olympia Theater, das zu den führenden Varietés in Deutschland zählte, vergleichbar der Berliner Scala.

Und er beschäftigte sich auch mit den Möglichkeiten einer Veränderung der Vorstellung und Willens-tätigkeit durch Hypnose, durch Suggestion. Eine leichte suggestive Beeinflussung durch Brandes' Auftreten ist von vielen durchaus positiv empfunden worden. Deutlich bestätigt dies eine Patientin, die sieben Wochen auf der Station A 2 gelegen hat, sechs Wochen unbeweglich in Gips, in einem Saal mit zehn Betten - da lagen Erwachsene und Kinder, ein buntes Gemisch.

Der langjährige Oberarzt von Brandes, Dr. Lothar Horeysek, als Arzt geschätzt, war verhältnismäßig jung, leutseliger als Brandes. Er hatte eigentlich Pianist werden wollen, das behauptete jedenfalls mein Vater. Sowohl in Dortmund, wie vor allem später im Haus am Möhnesee, spielte er für meine Eltern und Gäste. Oft begleitete er auch die Sängerin Hanna Lohde, Professorin an der Folkwang Schule in Essen, die oben erwähnte Patientin und geliebte junge Freundin meiner Eltern.

Brandes zeigte hohes Verantwortungsgefühl gegenüber dem Schicksal von Behinderten, ist nach Operationen mit ihnen in Betriebe gegangen und hat später geprüft, ob sie dort eine angemessene und nicht etwa eine für den Patienten schädliche Arbeit bekommen hatten. Um körperbehinderten Medizinern auch eine fachärztliche Ausbildung zu ermöglichen, hatte er sich dafür eingesetzt, ihnen Plätze in Kliniken zu verschaffen. Dr. Peter Braadt, er mußte nach einer Kin-

derlähmung einen starken Stützapparat aus Leder und Stangen tragen, konnte sich kaum bewegen, hatte davon gehört, fuhr nach Dortmund, stellte sich vor; und Brandes sagte: „Sie fangen morgen bei mir an.“ Es entwickelte sich eine feine, sehr gute Beziehung. Dr. Braadt arbeitete unermüdlich und ging für Brandes durchs Feuer. Später hatte er eine große orthopädische Praxis in Essen am Klaraplatz.

Über die guten Möglichkeiten, an der Orthopädischen Klinik in Dortmund zu lernen und zu arbeiten, schreibt Dr. Hans Schötteldreyer: „Während der vier Jahre, die ich dort tätig war, lag die erste Aufbauphase der Klinik, die unter dem Bombenkrieg sehr gelitten hatte. So wurde der Zandersaal, der Turnsaal, benannt nach dem schwedischen Orthopäden Dr. Zander, nie wieder in Betrieb genommen. Seine Funktion übernahm weitgehend die Krankengymnastische Abteilung. Räume für die Ambulanz, die Röntgenabteilung der Klinik und die Bibliothek waren nur mit Einschränkung benutzbar. - Manch-





Wiederaufbau der Orthopädischen Klinik mit modernen Liegeterrassen nach dem 2. Weltkrieg.

mal fehlten Gipsbinden oder Tupper und wurden noch am Abend vor den Operationstagen aus gewaschenem Material von Schwestern und Assistenten hergestellt.

Neben dem Chef Prof. Brandes und dem Oberarzt waren wir drei oder vier Assistenten. Zu versorgen waren mehr als hundert stationäre Patienten, die zum Teil in zwei Räumen mit mehr als je zwanzig Betten untergebracht waren. Die Ambulanz, die vom Klinikpersonal mitversorgt wurde, hatte vor allem durch die Ruhrknappschafft reichlich zu tun. Der Sonntagsdienst von Samstag nachmittag bis Montag früh mußte alle drei bis vier Wochen übernommen werden. Nachtdienst wurde häufig vom chirurgischen Assistenten versehen. Es war aber immer ein älterer Assistent oder Oberarzt oder der Chef der Orthopädie zu erreichen. Die Arbeit auf den Stationen mit Coassistenten, Oberarzt und Chef lief reibungslos und war auch mit den Schwestern durchaus harmonisch. Rückblickend betrachtet glaube ich, daß dazu wesentlich beitrug der deutlich ältere und von allen als Autorität geachtete Chef, auch der „Meister“ genannt, der in sei-

ner Arbeitskraft und Freiheit von Launen vorbildlich war.

An einem Abend in der Woche, meist am Freitag, wurden Themen aus der neueren Literatur besprochen, aus der Orthopädie und Randgebieten. Die Referate wurden vorher verteilt. Es ging um Themen aus der Zeitschrift für Orthopädie, dem Chirurgen, der Deutschen Medizinischen Wochenschrift oder der Münchner Medizinischen Wochenschrift.

Die Erinnerung an die anfallenden Operationen in den ersten Nachkriegsjahren zeigt die gewaltige Veränderung im Patientengut, verglichen mit den späteren Jahrzehnten. Knochentuberkulose, jetzt fast ausgestorben, und Osteomyelitis spielten eine große Rolle. Medikamentöse Behandlung und dadurch auch erweiterte Operationsmöglichkeiten ließen diese Krankheiten stark zurückgehen. Konservative und operative Klumpfußbehandlung, ebenso Zehenkorrekturen aller Art und Hallux Valgus waren häufig. X-Beine, O-Beine wurden operiert, Schiefhäse, Hand- und Fingerverbildungen. Hüftluxationen waren ganz überwiegend eine Domäne der konservativen Behandlung. Endoprothesenimplantationen kamen kaum noch vor. Nervenplastiken, Muskel- und Sehnenverpflanzungen waren, so meine ich, häufiger als heute, was si-

cher auch daran liegt, daß jetzt die Handchirurgie als Fachgebiet eine größere Bedeutung hat.

Ab und zu lud uns der Chef zu einem kleinen Dämmerchoppen in den „Biedermeier“ oder in ein ähnlich zentral gelegenes Lokal ein. Die Entsendung zum Kongreß, wie z.B. zum Chirurgenkongreß nach Lübeck, war in dieser Zeit schon ein Erlebnis, zumal die Unterbringung bei einem früheren Oberarzt der Klinik, Dr. Claus Voss, der in Lübeck eine Privatklinik hatte, sehr großzügig ausfiel.

Besuche bei näher gelegenen Orthopädischen Kliniken wie Münster, Sendenhorst, Volmarstein und Haardheim waren üblich und



Professor Brandes mit Familie am 24. November 1961 anlässlich der Feierstunde zur Überreichung des Ehrenbürgerbriefes

wurden, da meist mit einem Imbiß verbunden, von uns ewig hungrigen Assistenten sehr geschätzt. Teilnahme an Theateraufführungen oder Symphoniekonzerten, dienstlich als „Theaterarzt“, waren beliebte Abwechslungen.

So ist die Dortmunder Zeit mit ihren großen Möglichkeiten, zu lernen und zu arbeiten, wohl allen Brandes-Assistenten eine schöne, bleibende Erinnerung.“

Dr. Regina Pidoll zu Quintenbach war es 1946 nicht sogleich möglich, ihre Ausbildung in der Kin-



derklinik zu beginnen. Man empfahl ihr erst einmal eine Tätigkeit bei Professor Brandes. „Als ich mich vorstellte,“ so erzählte sie, „saß er souverän in diesem Trümmerfeld, in diesem völlig zerstör-

haben die Äthernarkosen zu dieser Zeit noch selbst machen müssen, die auch uns nach fünf oder sechs Operationen in einen Ausnahmezustand brachten. Auch im Gipsraum funktionierte

Brandes war fordernd, nie recht-haberisch. Wir hatten drei Operationstage in der Woche. Ich kann mich nicht erinnern, daß wir vor nachmittags vier Uhr aus diesem Geschirr herausgekommen wären; er ja auch nicht. Die eigentliche Entlohnung war damals das Gebrauchtwerden, das Gefordertsein, das Vertrauen, das auf einen verlagert wurde.“

Es gab im Leben meines Vaters auch persönliche Einsamkeit, Echelosigkeit. Politische Gründe verwehrten ihm den Zutritt zu einem orthopädischen Lehrstuhl. Das hat er nie verwunden.

Von 1938 bis 1948 war Brandes Schriftführer der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. 1952 wurde er zu ihrem Ehrenmitglied gewählt und 1955 zum Ehrenmitglied der Deutschen Vereinigung zur Förderung der Krüppelbehindertenfürsorge. Die Entgegennahme des Bundesverdienstkreuzes hat er abgelehnt.

Die Stadt Dortmund benannte eine Straße nach ihm. Die Universität Münster ernannte ihn zum Ehrendoktor. Doch ich habe deutlich gespürt, wie besonders stark mein Vater es als Würdigung empfunden hat, als die Stadt Dortmund ihm 1961 den Ehrenbürgerbrief überreichte.

Im Alter wacht die Kindheit auf. Und so wie das Älterwerden das Dahinschmelzen der Zukunft ist, kann die Bedeutung der Vergangenheit an ihre Stelle treten. Das ist das Gleichgewicht des Lebens.

Der Rat der Stadt Dortmund hat in seiner Sitzung am 23. Oktober 1961 beschlossen, dem früheren Ärztlichen Direktor der Städtischen Krankenanstalten, Herrn Prof. Dr. Max Brandes, das Ehrenbürgerrecht zu verleihen.

Die Überreichung des Ehrenbürgerbriefes soll in einer

Feierstunde

am 24. November 1961, 11.30 Uhr, im Festsaal des Restaurants „KRONE“, Dortmund, Markt 10, erfolgen.

Hieran anschließend gibt die Stadt zu Ehren ihres neuen Ehrenbürgers einen Empfang, zu dem auch Sie herzlich eingeladen sind.



Oberbürgermeister



Oberstadtdirektor

Am 23. Oktober 1961 verlieh der Rat der Stadt Dortmund Professor Dr. Max Brandes das Ehrenbürgerrecht.

ten Areal der Orthopädie und fragte: „Haben Sie sich wirklich diesen dornenreichen Weg ausgesucht, Kinderärztin zu werden? Wir haben viele Kinder hier mit angeborenen Hüftluxationen. Da sollte mit Korrekturturnen, eventuell mit Musik und Gymnastik unterstützend eingewirkt werden. Sie müssen eigene Ideen haben.“ Brandes schätzte meine Begeisterungsfähigkeit und daß ich mich bei helferischen Aktionen in Kriegslazaretten trotz meiner relativ zarten Konstitution nicht gefürchtet hatte.

So hatte ich fortan vierzehn Kinderbetten. Die Neugestaltung der Pfanne wurde durch rechtwinkliges Eingipsen gefördert. Sie bildete sich so im Verlauf von ein bis zwei Jahren durch das Wachstum. Er machte auch eine Spanverpflanzung, die das Abrutschen des Kopfes aus der Pfanne verhindern sollte, ein Rieseneingriff. Wir

alles. Professor Brandes blieb bis zum Schluß der Handlung. Er klopfte schließlich noch einmal, um zu kontrollieren, ob der Gips nach sieben Stunden wirklich trocken war. Er hätte uns dies bei seinem ungeheuren Verantwortungsbewußtsein als Assistenten nie allein abschätzen lassen.

Ich habe damals im Keller gewohnt, neben dem Gipssaal. Die Tür hatte kein Schloß. Und 1946 konnte niemand das reparieren. Die Kollegen waren Schutz und Schirm.

Brandes wohnte zeitweise auch in der Klinik. Sein Haus war während des Krieges zerstört worden. Wegen noch nicht wieder begehbarer Gänge und Kliniktreppen mußte er über ein Brett in seine Schlafkammer balancieren. Tag und Nacht war er zu ärztlichen Leistungen bereit.



Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Max Brandes

1921 bis 1952

von Prof. Dr. G. Imhäuser



Die Orthopädische Klinik Dortmund wurde 1921 gegründet. Ihr erster Chefarzt war Professor Dr. Max Brandes.

Die Orthopädische Klinik Dortmund wurde 1921 gegründet. Ihr erster Chefarzt war Professor Dr. Max Brandes.

Brandes wurde am 27. September 1881 in Salzuflen geboren. Er studierte nach seinem Abitur, das er 1901 am humanistischen Gymnasium in Detmold ablegte, Medizin und schloß im Februar 1906 in München sein Staatsexamen ab. Er promovierte mit einer Arbeit „Über Gliome des Gehirns jugendlicher Personen“.

Nach dem Studium sammelte Brandes orthopädische Erfahrung in der Orthopädischen Privatklinik von Karl Gaugele in Zwickau. Es



Professor Dr. Max Brandes im Alter von 40 Jahren

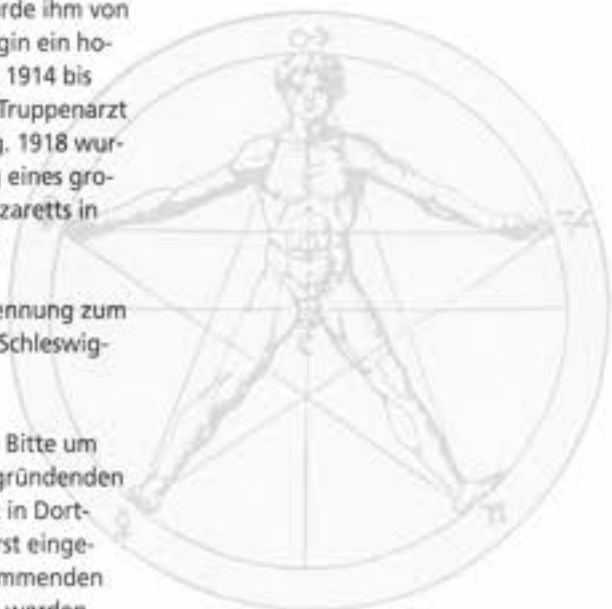
folgten eine Tätigkeit als Schiffsarzt, die ihn nach Südamerika führte, und eine pathologisch-anatomische Ausbildung bei Prof. Borrmann am Krankenhaus in Braunschweig. 1908 wechselte Brandes zur Chirurgischen Universitätsklinik Kiel, wurde Assistent und bald Oberarzt bei Prof. Alfred Wilhelm Anschütz. 1912 habilitierte er sich mit einer Arbeit über „Typische Frakturen des atrophischen Femur“. Die Gründung einer orthopädischen Abteilung fand sein besonderes Interesse, und seitdem blieb er diesem Fach treu. Damit gehört er zur „zweiten Orthopädengeneration“. Seine Schüler wurden C. Mau (später Hamburg) und K. Lindemann (später Hannover, danach Heidelberg). 1913 betreute Brandes im zweiten Balkankrieg zusammen mit Prof. Weil (Heidelberg) und Prof. Coenen (Münster) ein Lazarett in Saloniki. Als Dank für seine Tätigkeit wurde ihm von der griechischen Königin ein hoher Orden überreicht. 1914 bis 1918 war Brandes als Truppenarzt in Feldlazaretten tätig. 1918 wurde er mit der Führung eines großen Hirnverletzten-Lazaretts in Karlsruhe beauftragt.

1920 erfolgte die Ernennung zum Landeskrüppelarzt in Schleswig-Holstein.

1921 erreichte ihn die Bitte um Übernahme einer zu gründenden orthopädischen Klinik in Dortmund. Diese mußte erst eingerichtet und für die kommenden Aufgaben vorbereitet werden. Diese Aufgabe übernahm Brandes mit großem Verständnis und Geschick. Im Laufe der über 30jährigen Tätigkeit an dieser Klinik hat Brandes ein erstaunlich großes Arbeitspensum geleistet. Darüber wird noch zu sprechen sein. Er heiratete 1923. 1952 trat Brandes in den Ruhestand. Er verstarb am

25. Mai 1976 im 95. Lebensjahr und wurde in seiner Geburtsstadt beerdigt.

Brandes war eine Persönlichkeit, die besonders geeignet war, als Vorbild zu dienen. Exakte Arbeit mit der Selbstverständlichkeit der Spitzenleistung, Fleiß, Stetigkeit, Klarheit der Gedankengänge, verantwortliches Handeln und unerschütterlicher Optimismus kennzeichneten sein Wirken. Er war voller Güte, bescheiden und unbeeinflussbar in Dingen, die er für richtig und wahr erkannt hatte. Er hatte die Fähigkeit, durch die Hülle auf den Kern der Dinge zu schauen, das Wesentliche zu erfassen und in meisterhaft klarer Sprache zu formulieren. Seine Bildung war umfassend im Sinne Humboldts. Kaum ein anderer Forscher war so berufen, einen Lehrstuhl an einer namhaften Universität zu besetzen wie Bran-



des. Politische Ereignisse haben ihm diese Position vorenthalten; er hat nie offen darüber gesprochen, aber das nie verschmerzt.

Der Lebensweg von Brandes glich dem einsamen Flug eines Adlers. Niemand konnte seine Kreise stören, und er störte niemanden.

Was er sagte und was er beschrieb, war das Ergebnis intensivster gedanklicher Arbeit. Er beklagte (im Hinblick auf die moderne Fachliteratur) immer wieder, daß zu wenig nachgedacht und oberflächlich das vorhandene Schrifttum berücksichtigt und vor schnell publiziert würde. Man müsse beabsichtigte Veröffentlichungen immer reifen lassen, auch deshalb, um Zufallsbeobachtungen und subjektive Eindrücke von jeder wissenschaftlichen Arbeit fernzuhalten. Aus diesem Grunde liebte er betont die Ergebnisse der experimentiellen Medizin, die er, solange es ihm sein Gehör noch erlaubte, anlässlich der Chirurgenkongresse in München verfolgte.

Die Orthopädie von Brandes war im wesentlichen eine Weiterentwicklung chirurgischer Prinzipien unter Einbeziehung zweckdienlicher konservativer Methoden. Brandes selbst nennt als seinen bedeutendsten Lehrmeister die Natur, der er entscheidende - für die Therapie nutzbar zu machende - Geheimnisse entnommen habe. So entstand die orthopädische Schule von Brandes als eine überwiegend persönliche Schöpfung. Die wissenschaftlichen Errungenschaften von Brandes haben die Dortmunder Klinik zu größtem Ansehen gebracht.

Frau Schede schrieb über Brandes: „Für den folgenden Kongreß 1934 in Dortmund war Brandes als Präsident gewählt worden. Er gehört zu denen, die mir heute noch am nächsten stehen. In Kiel hatte der Chirurg Anschütz, ein alter Freund meiner Familie aus der Halleschen Zeit und ebenfalls Schüler von Richard Volkmann, eine orthopädische Klinik eingerichtet, der er mit bemerkenswertem Weitblick eine große Selbständigkeit einräumte. Die Lei-

stung dieser Abteilung übernahm Brandes nach erfolgter orthopädischer Ausbildung; auch bei Lange in München war er damals. Brandes wurde dann nach Dortmund berufen, wo er die Städtische Orthopädische Klinik schuf und die Krüppelfürsorge organisierte. Er hat dort in der Stille, wie es seiner Zurückhaltung lag, Großes geleistet. Auch seine wissenschaftliche Arbeit übertrifft die manches Universitätslehrers an Wert und Zahl.“

Es seien nur einige, jedoch wesentliche Erkenntnisse von Brandes hier aufgeführt, die dessen Bedeutung für unser Fach dokumentieren und darüber hinaus

entzündlichen Zerstörung des Trochanter major im Kindesalter der Schenkelhalsschaftswinkel anstieg. Er nutzte diese Beobachtung aus, um bei kindlicher Coxa vara eine Aufrichtung des Schenkelhalses durch Resektion des Trochanter major zu erzielen. Brandes hat zusammen mit Horeysek über Ergebnisse berichtet, und H. Mau hat hierzu Resultate der Heidelberger Klinik mitgeteilt. Es war die Entlastungswirkung der Trochanterresektion, die Brandes veranlaßte, das Verfahren auch bei Coxarthrose zur Anwendung zu bringen. Daraus wurde dann später (unter Mitwirkung seines Schülers Claus Voss) die „Voss-sche Hängehüfte“. Wenn auch die Ent-



Operationsaal um 1925

zeigen, daß sie teilweise von dauerhaftem Wert geblieben sind.

Die früher geübte gedeckte Infraktion verbogener Knochen (z.B. Crura vara rachitica) löste Brandes ab durch die gezielte Bohrosteotomie, ein Verfahren, das seine Bedeutung behalten hat, zumal auch die Infraktion von Tibia und Fibula nach Vorbohrung bei den heutigen Verlängerungsosteotomien in ähnlicher Weise durchgeführt wird. - Brandes beobachtete, daß bei einer

spannungsoperation anfänglich zu ausgedehnt bei der Coxarthrose angewandt wurde und Rückschläge kommen mußten, so kann das Entspannungsprinzip auch weiterhin als biologisch wirksam und erwiesen angesehen werden. Die heutige Gelenkplastik mit Ersatz-Hüftgelenken hat die Entspannungsoperation abgelöst. Auf dem Gebiete der Hüftluxation hat Brandes nachgewiesen, daß der Hüftkopfkern nach der Reposition unterhalb der Verbindungslinie beider Y-Fugen stehen



Professor Dr. Max Brandes am Monument mit Großzehe in Rom.

müsse. Durch diese wichtige Entdeckung erst war man in der Lage, aufgrund des Röntgenbildes die tiefe Reposition zu beweisen und unvollständige Einstellungen zu erkennen. Gerade das Kapitel der Hüftluxation hat Brandes sehr beschäftigt. Er hat immer darauf hingewiesen, daß bei diesem Krankheitsbild Reizpausen eingeschaltet werden müssen und man Geduld haben müsse, da ein Defizit an Ausreifung nicht gleichbedeutend sei mit der Notwendigkeit, aktiv zu werden (wie das heute leider immer wieder geschieht). Die Notwendigkeit der Therapie in der frühen Säuglingsperiode war ihm noch nicht bekannt.

Brandes verbesserte die Hahnsche Operation zur Behandlung der Tibiadefektpseudarthrosen in entscheidendem Maße. Während Hahn die Fibula nur im oberen Bereich durchtrennt und in die Ti-

bia eingepflanzt hatte, fügte Brandes dieser Operation auch die distalgelegene Einpflanzung der Fibula hinzu. Das führte dazu, daß die Behandlungsergebnisse noch sicherer wurden und das Knöchelgelenk durch die Operation nicht gestört wurde. Die vorzügliche Hahn-Brandessche Operation wird nahezu alle zwei Jahrzehnte neu erfunden und mit neuen Namen belegt, z.B. „Fibula pro Tibia“.

Wer kennt nicht die Brandessche Teilresektion zur Behandlung des Hallux valgus und Hallux rigidus? Obgleich Keller bereits vor Brandes (1904) diese Operation beschrieb - was Brandes nicht wissen konnte - , ist doch dieses Operationsverfahren die einzige Gelenkplastik geblieben, die sich über viele Jahrzehnte gehalten hat. Sie hat den Vorteil, weder auf zwischengelagertes Gewebe noch auf Fremdmaterial angewiesen zu sein.

Über die Behandlung der „schiefen Großzehe“ hat bis heute eine große Zahl von Orthopäden berichtet. Sehr viele Ergebnisse liegen daher vor, und mehr als 150 Operationsverfahren sind inzwischen empfohlen worden (ein Zeichen dafür, daß kein Verfahren alle Wünsche erfüllen konnte). Wachsmuth sagte: „Das Verfahren von Brandes hat praktisch die größte Bedeutung, da es auch bei schwersten Fällen mit hochgradiger arthrotischer Veränderung des Grundgelenks den u. E. einfachsten und erfolgversprechendsten Eingriff darstellt.“

Am 25. Kongreß der Vereinigung Nordwestdeutscher Orthopäden (15. - 18.06.85) in Kiel sagte ich in dem Einleitungsvortrag zum Hallux valgus:

„Wir verfügen über 150 verschiedene Operationsmethoden, um den Hallux valgus zu beseitigen.“

Alle Verfahren haben eine zwischen 10 und 50 % liegende Versagerquote. Villadot, ein guter Kenner der Fußkrankungen, schreibt 1982 etwas sarkastisch: „Müßte man eine Entscheidung fällen, für welche Krankheit des gesamten Bewegungsapparates am häufigsten unnütze, ja sogar schädliche Operationen vorgeschlagen sind, dann wäre es zweifellos der Hallux valgus.“ Weiterhin sagte ich: „Das Ziel unserer operativen Behandlung erschöpft sich nicht darin, daß wir kosmetisch ein gutes Resultat erreichen, das man im Röntgenbild und in der Photographie zeigen kann. Wichtiger ist die Erzielung eines ausdauernden Standes, einer kraftvollen Abrollung, einer guten Geheleistung, einer befriedi-



Korrektur der Zehenfehlstellung durch Operation nach Professor Dr. Max Brandes.

genden Leistungsfähigkeit des Fußes bei der Möglichkeit der problemlosen Schuhversorgung“.

Es gibt aber noch eine große Reihe anderer Beurteilungen der Hallux-valgus- und Hallux-rigidus-Operationen. Man kann sagen, daß sich die Empfehlung der

Brandesschen Operation hauptsächlich auf die deutschen und österreichischen Arbeiten beschränkt.

Mit der Zeit sind auch die amerikanischen Verfahren empfohlen worden und auch in unserem Lande gewinnen andere Methoden an Gewicht. Wir sind der Meinung, daß man für viele, insbesondere für mittelgradige Deformationen des Hallux valgus und Hallux rigidus weiterhin nach der Brandesschen Methode operieren und zu umfangreichen Verfahren dann greifen sollte, wenn die Dislokation schwer, der Vorfuß verbreitert und eine Bewegungsbehinderung im Großzehengrundgelenk eingetreten ist.

Wenn man diese Arbeiten studiert, ist man erstaunt, zu lesen, mit welchen unterschiedlichen Verfahren diese Deformität am Fuß angegangen wird.

Die Besprechung dieser Deformität des Vorfußes möchte ich beenden, weil sich selbst Fachleute über die optimale Behandlung der Deformität am Großzehengrundgelenk nicht einig sind. Es müßte zunächst die Indikation noch stärker herausgearbeitet werden, damit man hinsichtlich der Therapie eine einheitliche Auffassung bekommt.

Andere von Brandes erarbeitete Methoden - die oft Jahrzehnte zurückliegen - sind mittlerweile von neueren Verfahren überholt worden.

Über die Arbeitsmethodik von Brandes kann ich nur wenig sagen, da ich darüber keinen persönlichen Eindruck gewinnen konnte. Was ich aber sagen kann, ist, welche Resultate erzielt wurden, und wie die Patienten darüber dachten. Generell ist festzu-

stellen, daß die Ergebnisse der Brandesschen Behandlungen hervorragend waren. Ganz unabhängig von der Frage, wie man heute - nicht vor Jahrzehnten - die Fehlförmigkeiten und Fehlfunktionen behandeln würde, war ich von den Brandesschen Arbeiten und Resultaten stark beeindruckt.

Daß Brandes die besondere Achtung der Kliniken besaß, erkannte ich daran, daß er über lange Zeit Ärztlicher Direktor des Klinikums war.

Noch viele Jahre nach seinem Ausscheiden waren die Brandessche Tätigkeit und die Behandlungserfolge bekannt, nicht nur im Bereich des Klinikums Dortmund, sondern auch unter den orthopädischen Fachärzten und den Orthopädischen Kliniken.

Zum 70. und 80. Geburtstag wurden ihm zusätzliche Ehren zuteil:

Die Universität Münster ernannte ihn zum Dr. med. h. c.. Die Stadt Dortmund würdigte ihn, indem sie eine Straße der Stadt nach ihm benannte, seine Büste vor dem Klinikeingang aufstellen ließ und ihn zum Ehrenbürger von Dortmund ernannte. Dabei erhielt Brandes einen goldenen Wappening der Stadt überreicht.

Schon vor Ausscheiden aus der klinischen Tätigkeit hatte Brandes damit begonnen, der Dichtung erhebliches Gewicht beizumessen. Die von ihm stammenden literarischen Werke sind am Schluß des Literaturverzeichnisses aufgeführt. Außer diesen Büchern hat Brandes das Leben von Goethe in jahrelanger Arbeit erforscht. Als er das Manuskript für die Veröffentlichung an den Verlag gab, hatte gerade ein englischer Autor ein Buchkonzept mit der gleichen Thematik vorgelegt. Brandes hat

daraufhin auf die Drucklegung verzichtet.

Mein persönlicher Kontakt zu meinem Vorgänger in der Klinik (Prof. Brandes) war vorzüglich. Es wird kurz darüber im nächsten Aufsatz berichtet.



Professor Dr. Günter Imhäuser

1952 bis 1966

von Prof. Dr. G. Imhäuser



Professor Dr. Günter Imhäuser

Am 18.08.12 wurde ich in Olpe/ Westfalen geboren. Mein Vater war Fabrikant einer Metallwarenfabrik; meine Mutter stammte aus einer Kaufmannsfamilie in Mönchengladbach.

Nach dem Abitur, das ich in Olpe ablegte, wollte ich Chemie oder Medizin studieren. Ich belegte zunächst beide Fächer, um mich nach dem Physikum auf die Medizin zu beschränken. In jedem Falle hatte ich die Absicht, einen Beruf zu wählen, der mit der Technik zusammenhing. Mein medizinisches Staatsexamen legte ich 1936 an der Universität Hamburg ab und promovierte anschließend zum

Dr. med.. Nach der vorgeschriebenen Zeit in der Inneren Medizin (Prof. Berg, Hamburg) wechselte ich in die Orthopädische Klinik Hamburg-Eppendorf und wurde Assistent von Prof. C. Mau. Die Eppendorfer Klinik hatte damals außer dem Chef nur einen Assistenten, dem ich als unbezahlter Assistent zugeordnet wurde. Ohne diesen zusätzlichen zweiten Assistenten wären größere Opera-

tionen nicht möglich gewesen. Nach 3jähriger Tätigkeit hatte sich noch immer keine Möglichkeit ergeben, eine bezahlte Stelle zu erhalten.

Eine Korrespondenz mit Prof. Schede in Leipzig ergab, daß dort nach dem Weggang von Prof. Dr. Faber eine Stelle frei geworden war; sie wurde mir übertragen. Ich konnte dort an einem wesentlich größeren Patientengut arbeiten als in Hamburg und bekam außerdem ein Assistentengehalt.

Bald kam der Zweite Weltkrieg. Die ansehnliche Mitarbeiterzahl der Leipziger Klinik wurde durch Einberufungen klein. Bald waren wir nur noch drei Assistenten neben dem Chef, der allerdings zeitweise Soldat war. Die andere Zeit betreute er die nach Hochweitzschen verlegten Patienten.

Während der Kriegszeit konnte ich mich habilitieren, obwohl das

den waren. Mit diesen Nachteilen ging es weiter. Zunächst deckte ich mit den Assistenten, Schwestern etc. die Räume ab, damit sie vor Regen geschützt waren. Näheres kann man in der Monographie von Schede (Rückblick und Ausblick) lesen.

Ende 1946 fuhr ich mit meiner Familie nach Rücksprache mit Prof. Schede über die grüne Grenze in meine Heimatstadt Olpe und versuchte, als praktischer Arzt zurechtzukommen. Auch diese Schwierigkeiten wurden gelöst. Glücklicherweise hatte Professor Pauwels in Aachen bald eine freie Oberarztstelle. An dieser von den Kriegszerstörungen nicht so stark betroffenen Klinik konnte ich tätig werden; allerdings wegen einer eigenen Erkrankung nur kurze Zeit. Ich folgte dann einer Bitte von Prof. Mau, der seit längerer Zeit erkrankt war, und übernahm die Sprechstundentätigkeit in seiner Wohnung. Meine nächste Sta-



Korrektur einer Hüftkopfepiphyse
lösung nach Imhäuser

Leben in Leipzig keineswegs sicher war. Vornehmlich am Ende des Krieges nahmen die feindlichen Luftangriffe erheblich zu. Die Klinik wurde zum größten Teil zerstört. Diese Zeit der Angriffe und der Zerstörung der Behandlungsräume lähmte uns, zumal wir Patienten behandeln sollten, die durch die Angriffe verletzt wor-



tion wäre beinahe die eines niedergelassenen Orthopäden in Hamburg-St. Pauli geworden. (Die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung lag vor.)

Das blieb mir erspart, weil Prof. Lindemann (Hannover) anfragte,



ob ich eine Klinikneugründung übernehmen würde. Ich sagte erfreut zu und suchte den in Frage kommenden Ort Wursterheide auf der Landkarte, fand ihn aber nicht; er sollte in der Nähe von Cuxhaven liegen. Dort hingefahren fand ich einen großen Komplex von Pavillons, in deren Mitte ein großes Gemeinschaftshaus stand. Die Anlage hatte als Unterkunftslager für Arbeiter der Kriegsmarine gedient. Diese Institution sollte ein größeres Öllager in der Heide bauen. Ich sah sehr schnell die Eignung dieses verlassenen, aber mit gut erhaltenen Gebäuden ausgestatteten und gut abgetrennten Komplexes für die Errichtung einer Klinik. Wir behandelten in ca. 600 Betten Kranke mit Knochen- und Gelenktuberkulosen, daneben orthopädisch Kranke sowie urologische Fälle. Nach reichlich 4jähriger Arbeit hatten wir eine gut eingerichtete Operationsabteilung, eine Röntgenabteilung, ein Labor mit Histologie und weitere Einrichtungen (Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie) geschaffen. Die Patienten, Ärzte, Schwestern, Pfleger und das sonstige Personal hatten auf dem Gelände gute Unterkünfte.

1952 erreichte mich eine Anfrage aus Dortmund, ob ich an der herausragenden Klinik von Prof. Brandes interessiert sei. Das war ich über alle Maßen - ich sagte zu. Die Stadt Dortmund wählte mich zum Chefarzt der Orthopädischen Klinik, die ich dann 14 Jahre leitete. Es war eine imponierende Tätigkeit. Prof. Brandes hatte die Klinik im Jahre 1921 gegründet und zu einer unglaublichen Höhe entwickelt.

Mit der Zeit habe ich eine Reihe von Verbesserungen veranlaßt, z.B. die Vermehrung und eine zweckentsprechende Umorientierung der

Krankenbetten, Erstellung einer Bäderabteilung etc. Über diese 14 Jahre meiner Arbeit wird noch einiges zu sagen sein. Prof. Brandes hat mich bei meinen Vorbereitungen für die Tätigkeit an seiner Klinik gut beraten. 1952 wurde ich zum apl. Professor durch die Universität Hamburg ernannt.

Tätigkeit an der Orthopädischen Klinik Dortmund

Die Dortmunder Klinik hatte eine schwankende Belegungszahl. Durch unsere Umorientierung der Stationen konnte noch ein Gewinn an Betten erzielt werden. Die Stationen waren immer voll belegt, und wir hatten stets längere Wartezeiten zur Aufnahme von Patienten.

Die Tätigkeit in Dortmund war für mich von allergrößtem Wert. Prof. Brandes hatte alle die Einrichtungen geschaffen, die eine sinnvolle Arbeit an einem größeren Krankengut möglich machten. Daß die im Ruhrgebiet gelegene Klinik eine Fülle besonderer, d.h. ungewöhnlicher Aufgaben stellte, war klar. Ich hatte viele Probleme zu lösen; mein technisches Leistungsvermögen hat dies vereinfacht.

An dieser Stelle möchte ich zum Ausdruck bringen, daß die Verwaltung der Kliniken durch ihren Chef, Herrn Schlink, sich um unser Wohlbefinden und unsere Arbeit außerordentlich kümmerte. Ihm sei (nach seinem Tode) herzlich für seine Förderung gedankt.

Die Orthopädische Werkstatt (Leiter Herr Meier) war im Hause, der Orthopädie-Schuhmacher (Herr Teuchert) in einer nahegelegenen Schuhmacherei. Die Versorgungen waren immer prompt und die Zwischenprüfung der Apparate und Schuhe eine Verpflichtung für alle Ärzte.

Eine große Zahl wissenschaftlicher Arbeiten konnte durch die unterschiedliche Struktur der Patienten entstehen.

Bei meinen Plänen und Tätigkeiten in Dortmund war mir Herr Dr. Horeysek eine ganz wesentliche Hilfe. Er hatte bereits einige Jahre bei Prof. Brandes gearbeitet und kannte die Aufgaben eines solchen Krankenhauses. Ich verdanke ihm eine Reihe guter Anregungen.

Die damalige Zeit (1952 - 1966) hatte noch keine Begrenzung für die Dauer der Tätigkeit eines Assistenten an der Klinik. Wir konnten die Ärzte daher recht lange behalten, ihnen immer größer werdende Aufgaben übertragen, so daß sie selbständig arbeiten konnten. So hatten die Mitarbeiter eine optimale Ausbildungsart und -zeit und die beste Voraussetzung für die Tätigkeit außerhalb der Klinik in entsprechenden Pra-



Japanische Assistenten mit Professor Dr. Imhäuser

zen. Viele unserer Assistenten blieben in Dortmund oder Umgebung, um auch bei ihrer selbständigen Tätigkeit mit der Klinik verbunden zu bleiben.

Ich versuche, meiner Erinnerung zu folgen und die Namen der Dortmunder Assistenten in alphabetischer Reihenfolge mitzuteilen (die Zeiten sind unterschiedlich gewesen):



Professor Dr. Max Brandes im Gespräch mit seinem Nachfolger Professor Dr. Günter Imhäuser.



Dr. Amaya (Spanien)
 Frau Dr. Berg
 Dr. Brors
 Dr. Chen (Formosa)
 Dr. Ernsting (+)
 Dr. Fitz
 Dr. Fritzsche
 Frau Dr. Frewer
 Dr. Hitzler
 Dr. Horeysek (+)
 Dr. Ischler
 Frau Dr. Jenzowski
 Dr. Kisters
 Dr. Knust
 Dr. Kock am Brink
 Dr. Kramer
 Dr. Larinaga (Spanien)
 Dr. Lübcke
 Dr. Mehnert
 Dr. Meier-Liehl
 Dr. Oldenburg (+)
 Dr. Peić (Jugoslawien)
 Dr. Schmidt
 Dr. Schneider
 Frau Dr. Schwabe (+)
 Dr. Techakampuch (Thailand)
 Dr. Telkmann
 Dr. Thissen
 Dr. Tschirn
 Dr. Thomas
 Dr. Steinhauser
 Dr. Vogel
 Dr. Weber (+)
 Frau Dr. Wiegelmann

(+) heißt inzwischen verstorben

Allen Kollegen bin ich zu Dank verpflichtet, die sich über ihre Dienststunden hinwegsetzten und oft bis zum späten Abend in der Klinik tätig waren.

Der Kontakt zu Prof. Brandes

Etwa alle drei bis vier Wochen waren meine Frau und ich in Körbke/Möhnesee eingeladen. Über die Klinikarbeit, die Freude am Beruf konnte berichtet werden, aber auch über die Schwierigkeiten. Prof. Brandes, den ich aus früherer Zeit nur wenig kannte, wurde mir ein langdauernder Freund. Seine Frau, die aus einer Verlegerfamilie in Stuttgart stammte, versorgte uns vorzüglich. Auch die Tochter, Frau Dr. Ursula Dückert-Brandes, war mit ihrem Mann und Sohn oftmals in Körbke dabei. Häufig waren an den Besuchstagen besondere Gäste anwesend, die z.T. durch Vorträge, musikalische Darbietungen etc. den Nachmittag verschönerten. An Sommertagen wanderten wir durch den Garten, der an den Möhnesee grenzte. Diese schönen und vergnügten Nachmittage waren für meine Frau und mich unvergeßlich und währten immerhin über 20 Jahre.

Kontakt zu den Kliniken der Krankenanstalten Dortmund

Zu den Kliniken hatten wir enge Verbindungen, z.B.

Dr. Bergmann, später Prof. Carie (Hautklinik)
 Prof. Beutel (Röntgenabteilung)
 Prof. Boemke (Pathologie)
 Prof. Busse (Frauenklinik)
 Prof. Janzen, später Prof. Kalm (Neurologie)
 Dr. Luhmann (Chirurgie)
 Prof. Meyer zu Hörste (Kinderklinik)
 Prof. Tobeck (HNO-Klinik)
 Prof. Woenkhaus, später Prof. Wenderoth (Med. Klinik)
 Prof. Zeiss, später Prof. Ullrich (Augenklinik)

Außer gemeinsamer Patientenbetreuungen gab es auch wissenschaftliche Fragestellungen, die jeweils zwei oder mehrere Kliniken betrafen. Bei stationären Patienten kamen die entsprechenden Fachärzte in die Orthopädische Klinik und umgekehrt betreuten wir orthopädische Kranke in anderen Kliniken. Ein Kontakt mit wissenschaftlichen Sitzungen wurde gepflegt und überörtliche Tagungen sowie orthopädische Kongresse besucht.

Eine große Zahl von Arbeiten wurden verfaßt und Vorträge gehalten. Es bestanden folgende

Schwerpunkte unserer wissenschaftlichen Arbeit

1. Die physiologische und pathologische Entwicklung des Hüftpfannenbodens
2. Probleme der Hüftluxationstherapie, die optimal nur bei Frühbehandlung zu lösen sind
3. Die Behandlung der Perthes'schen Erkrankung mit Gehgipsverbänden in Entlastungsstellung

4. Die Aufklärung der Epiphysenlösung am koxalen Femurende und ihre Behandlung (ca. 25 Arbeiten)
5. Die Therapie des idiopathischen Klumpfußes (Spätresultate) Monographie
6. Die Behandlung von Knochenzysten durch Schrägosteotomie (ohne Einbringung von Knochenmaterial)
7. Die Behandlung der Hohlfüße und Plattfüße
8. Amputationen und prothetische Versorgung

1966 bekam ich einen Ruf an die Orthopädische Universitätsklinik zu Köln in der Nachfolge von Prof. Hackenbroch. Ich nahm den Ruf an und habe dort mit vier Oberärzten und ca. 20 Assistenten bis 1978 gearbeitet und meine Erfahrungen in entsprechenden Publikationen niedergelegt. Nach meiner Emeritierung habe ich ca. zehn Jahre in einer orthopädischen Praxis in Köln gearbeitet mit Operationsmöglichkeiten bei meinem (ebenfalls ausgeschiedenen) Oberarzt Prof. Peiß in Oberhausen und dem bekannten Orthopäden Prof. Dederich in Bonn.

Allen Kollegen, die mir wissenschaftlich und persönlich verbunden waren, danke ich nochmals aus vollem Herzen.

Friedrich 20.12.62.

Lieber Herr Brandes!

in anerkennender Erinnerung an
 den Aufenthalt von Ihnen und Ihrer Familie
 in der Hochschulgemeinschaft. Es ist
 alle zusammen in einem so
 schönen und frohen, harmonischen
 Fest und nehmen Sie für diesen
 sehr dankbar. Ihren Festtagen wie für
 das neue Jahr unsere herzlichsten
 Wünsche sind gesamt. —

Hier leben von Vornach nach
 dem mit Freunden und Bekannten das
 Fest zu begreifen; — am 3. d. d. b. Jahr
 sind wir zusammen und wieder
 in Hochschulgemeinschaft bei Prof. Kraft
 nehmen. — Wie freuen uns, Sie

Ihnen herzlichen Dank!

Kauf ich Ihnen als ganz kleine
 Weihnachtsbescherung noch 2 Bücher aus
 meiner Bibliothek vorlegen?

Keine neuen Bücher; — für Sie
 sollte bei Medizin, — und Sie
 sind von besonderen Werte!

Nachmal immer, Ihre besten
 Fest und im besten Wohlsein
 alle guten Wünsche sind
 herzlichsten gesamt!

Günter
 Max Brandes

Brief von Professor
 Dr. Max Brandes
 - Dezember 1962 -
 an Professor Dr. Gün-
 ter Imhäuser

Professor Dr. Erwin Hipp

1966 bis 1970

von Prof. Dr. E. Hipp



Professor Dr. Erwin Hipp

Am 01.04.66 übernahm ich die Dortmunder Orthopädische Klinik. Sie wurde von Herrn Prof. Brandes gegründet und bekannt gemacht und hat unter seinem Nachfolger Prof. Imhäuser eine hervorragende Entwicklung nehmen können. So war es ganz selbstverständlich, daß diese weit über die Landesgrenzen hinaus bekannte Orthopädische Einrichtung für mich - ich war damals gerade 37 Jahre alt - als besondere Herausforderung galt.



Geboren bin ich 1928 in Zell/Füssen im Allgäu. In Füssen besuchte ich die Oberrealschule und vertrieb die Freizeit mit Bergsteigen und Klettern sowie Skifahren, zunächst in den Bergen meiner Allgäuer Heimat.

Medizin studierte ich in Freiburg und München und promovierte 1952 mit „Summa cum laude“ zum Doktor der Medizin mit einer

Arbeit über die embryonale Entwicklung des Kniegelenkes. Für diese Arbeit erhielt ich den Preis der Medizinischen Fakultät der Ludwig Maximilians-Universität München. Mein Doktorvater war der bekannte Münchner Anatomieprofessor Ritter Titus von Lanz, Verfasser eines berühmten Werkes über die praktische Anatomie.

1954 und 1955 verbrachte ich in den USA als „Intern und Resident“. Meine Erfahrungen in den USA bald nach dem Zweiten Weltkrieg waren richtungweisend für meine Zukunft. 1956 konnte ich bei Prof. Decker, dem führenden Deutschen Neuroradiologen, vor allem die Technik der Angiographie erlernen. 1957 begab ich mich zu Prof. M. Lange, um Orthopäde zu werden.

Mit einer angiographischen Arbeit über die Hüftkopfnekrose erfolgte bereits 1961 meine Habilitation. Mit dieser Arbeit erhielt ich 1962 den Preis der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. Die folgenden

Jahre an der großen Münchner Orthopädischen Universitätsklinik waren geprägt durch eine intensive klinische Arbeit und wissenschaftliche Tätigkeit, vor allem über die Nekrose der Knochen, insbesondere des Hüftkopfes und der Knochentumore. Eingebunden war ich damals bereits in die Herausgabe des vierbändigen Lehrbuches über die Orthopädie und Traumatologie, das in der 2. Auflage durch mich bearbeitet wurde und jetzt in der 3. Auflage gemeinsam mit meinem früheren Oberarzt und jetzigen Ordinarius

für Orthopädie in Lübeck, Prof. Gradinger, erfolgen wird.

Nach Dortmund kam ich auch als Allgäuer mit großer Begeisterung nicht zuletzt deshalb, weil ja Dortmund auch Medizinische Fakultät werden sollte.

Ich fand dort eine Klinik vor, die hervorragende Leistungen vollbrachte, unter anderem vor allem bei der Behandlung des angeborenen Klumpfußes, wie sie von Imhäuser geprägt wurde und sich als außerordentlich leistungsfähig zeigte. Dieses Behandlungsverfahren übernahm ich sofort und bin auch jetzt nach mehr als 30 Jahren voll überzeugt. Dieses Behandlungsverfahren ist kinderfreundlich und führt bei entsprechender Anwendung zu hervorragenden Ergebnissen. Ähnlich verhält es sich mit der Imhäuser'schen Methode bei der Behandlung der Coxa vara epiphysaria.

Aus München brachte ich ein Konzept der Tumororthopädie (Limb salvage) mit sowie die Behandlung von Knochennekrosen, vor allem der idiopathischen posttraumatischen Nekrose sowie der Behandlung degenerativer Veränderungen (Arthrose) an den Gelenken mit Endoprothesen, die ab 1966 zementiert eingebracht werden konnten.

Mit C. W. Fassbender, dem Dortmunder Radiologen, konnte ich klinische Studien über die Angiographie bei der Hüftkopfnekrose weiter fortführen und bereits 1967 über Gefäßverschlüsse bei idiopathischer Hüftkopfnekrose berichten und so das Krankheitsbild als coronary disease of the hip, wie es von Chandler bereits 1944 vermutet wurde, jetzt angiographisch bestätigen.

Mit C. W. Fassbender entstanden klinische Studien über die damaligen, das heißt die ersten Möglichkeiten der Anwendung nuklearmedizinischer Methoden (Szintigraphie) bei Tumoren und Knochennekrosen. Insgesamt war es mir möglich, während meiner Dortmunder Zeit 20 wissenschaftliche Publikationen vorzunehmen und zahlreiche Referate bei internationalen Kongressen im In- und Ausland zu halten. 1968 erhielt ich von der Universität Mexiko eine Einladung für mehrwöchige Gastvorlesungen.

In Dortmund konnte ich auch den 4. Band des Lehrbuches fertigstellen, der 1967 erschien, ebenso eine Monographie über Skiverletzungen. Die notwendigen jahrelangen Studien zu dieser Monographie erfolgten schon vorher in München.



Sportverletzungen nehmen heute einen großen Platz in der Orthopädie ein.

Im übrigen zählten bald Sportverletzte in vermehrter Zahl zu den Patienten, die zum Teil von München nachgereist waren, wobei es sich vor allem um bekannte Nationalspieler der Deutschen Eishockey-Mannschaft handelte. Im üb-

rigen betreue ich jetzt in meiner Klinik seit nunmehr mehr als 25 Jahren die Nationalmannschaften des Deutschen Eishockeybundes. Eine diesbezügliche 10-Jahres-Verlaufsstudie, international gesehen die erste umfassende Studie, konnten wir gerade jetzt abschließen: Daraus ergibt sich, daß die Verletzungsgefahr beim Eishockey herabgesetzt (Schutzmaßnahmen) und gezielte Therapiekonzepte entwickelt werden konnten.

In der Dortmunder Klinik war die interdisziplinäre Zusammenarbeit hervorragend, wobei die Kontakte zum Chirurgen Prof. Thorban, zum Gynäkologen Prof. Busse, zum Neurologen Prof. Kalm, zu Prof. Württemberger, dem Kinderchirurgen, und vor allem zum Radiologen Prof. Fassbender, besonders hervorgehoben werden müssen. Daraus entwickelte sich eine fruchtbare klinische Tätigkeit. Die Mitarbeiter meiner Klinik zeigten eine außerordentliche Leistungsbereitschaft, wobei ich vor allem meine Oberärzte Dr. Thieme, späterer Chefarzt der Hessing-Klinik in Augsburg, Dr. Radke, Chefarzt der Orthopädischen Abteilung des Rotkreuzkrankenhauses München und Dr. Schildhauer, Dortmund, hervorheben möchte. Auch ausgezeichnete Krankenschwestern in der Ambulanz, im OP und auf der Station bei der Pflege brachten eine hervorragende Arbeit. Erwähnen möchte ich Schwester Hildegard im OP, Schwester Grete und Schwester Hildegard in der Ambulanz sowie in meinem Vorzimmer Frau Seiler, die ich aus München mitbrachte. Sie war mir in meiner Dortmunder Zeit eine außerordentliche Hilfe im täglichen Betrieb und auch bei der wissenschaftlichen Tätigkeit. Sie ist jetzt Schulleiterin in einer Grundschule in Dortmund.



1969 erhielt ich den Ruf auf den neu gegründeten Lehrstuhl für Orthopädie in München - in der Zwischenzeit der erste deutsche Lehrstuhl für Orthopädie und Sportorthopädie -, den ich natürlich mit Begeisterung annahm, wenngleich mich der Weggang von meinen Westfälischen Patienten traurig stimmte. Die West-



Die Röntgenaufnahme zeigt die Instabilität des Sprunggelenkes nach einer schweren Bandverletzung.

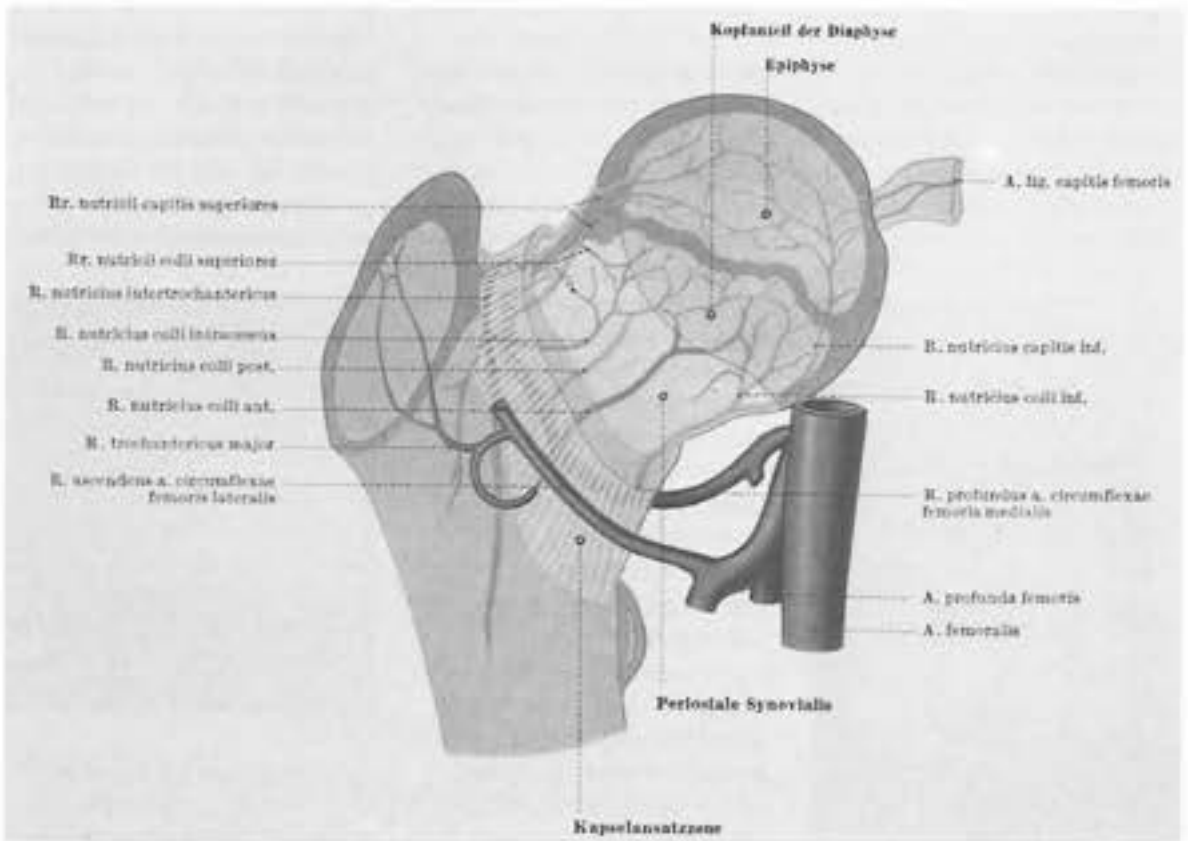
falen, so konnte ich immer wieder feststellen, zeigten Ähnlichkeiten mit den Oberbayern: arbeitsam, zäh, zuverlässig und liebenswert.

Mit gutem Gefühl konnte ich meinem Nachfolger, Prof. Tönnis, die Klinik übergeben, da wir uns schon als Studenten kannten und er mir später ein treuer orthopädischer Weggefährte wurde. Er zeichnete sich als Westfale stets durch Zuverlässigkeit aus und hat

dies in den 20 Jahren der Dortmunder Tätigkeit bewiesen.

In München erwartete mich der Aufbau einer Klinik, der sich als mühsam erwies. Wissenschaftlich erfolgte die Fortführung von Schwerpunkten, die bereits in Dortmund ihren Anfang nahmen, nämlich die Erforschung der Knochennekrosen und Möglichkeiten der Behandlung von Knochtumoren, wobei das Limb salvage mit Spezialprothesen nach eigener Entwicklung im Vordergrund stand.

eine Abteilung für Sportorthopädie mit Schwerpunkt „arthroskopisches Operieren“, das von Prof. Dr. A. Imhoff geleitet wird und der Abteilung für angewandte Biomechanik, die für uns bei der Entwicklung von Spezialprothesen und vor allem auch in der Sportorthopädie grundlegende Erkenntnisse bringen kann. Diese beiden Abteilungen haben ihren Hauptsitz vor Ort im Olympiazentrum, wohingegen die klinische Abteilung für Sportorthopädie sich am Klinikum rechts der Isar befindet.



Durchblutung des Hüftkopfes

Derzeit verfügt unser Zentrum bereits über mehr als 1 500 registrierte Patienten mit Knochtumoren.

Einen weiteren Schwerpunkt bildete von Anfang an die Sportorthopädie gemeinsam mit dem Olympiazentrum in München. Es entstand an meinem Lehrstuhl



Professor Dr. Dietrich Tönnis 1970 bis 1992

von Prof. Dr. D. Tönnis



Professor Dr. Dietrich Tönnis

1. Lebenslauf des Klinikleiters

Geboren am 10.08.27 in Würzburg. 1937 zogen die Eltern nach Berlin. Im Kriege Schulunterbrechung durch Luftwaffenhelferdienst ab 1943. Abitur 1947 in Bochum-Langendreer. Dann Medizinstudium in Münster, Freiburg, Köln und Staatsexamen 1953 in München. Im Kolleg von Prof. Georg Hohmann in München erwachte das Interesse an der Orthopädie. Das anschließende Praktische Jahr wurde im Rahmen eines Read-Austauschprogramms in Nordamerika abgeleistet. Zur allgemeinen und wissenschaftlichen Vorbildung dann ein Jahr Arbeit am Physiologischen Institut der Universität Köln und ein Jahr in der Neurologischen Klinik. Dann unfallchirurgische Ausbildung 1958 - 1960 in den Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten Bergmannsheil, Bochum. 1960 Beginn der orthopädischen Ausbildung bei Prof. Dr. A.N. Witt an der Orthopädischen Universitätsklinik der Freien Universität Berlin im Oskar-Helene-Heim in West-Berlin. Hier schon früh Interesse an der Kinderorthopädie. Die wissenschaftlichen Arbeiten und die Habilitationsschrift waren vorwiegend diesem Bereich und dem Hüftgelenk gewidmet. 1966 Habi-

litation, 1968 Wechsel mit Prof. Witt an die Orthopädische Klinik der Universität München. Am 01.04.70 Übernahme der Leitung der Orthopädischen Klinik der Städtischen Kliniken Dortmund und nachfolgend Umhabilitierung zur Universität Münster.

2. Bautätigkeit in der Klinik 1970 - 1992

Was hat unsere Orthopädische Klinik mit einer alten gotischen Kathedrale gemeinsam? An beiden wird ständig gebaut! An der Kathedrale, um sie zu erhalten, wie sie ist, an der Orthopädischen Klinik, um sie immer wieder zu modernisieren und schöner und funktionstüchtiger zu gestalten.

Prof. Brandes baute die Klinik nach dem Kriege aus den Trümmern wieder auf. Prof. Imhäuser setzte die Arbeit fort. Er schildert das auch in seinen Ausführungen. Prof. Hipp konnte die Kinderstation aus dem Keller in das Erdgeschoß verlagern und eine gute Station für Wahlleistungspatienten im Flügel der Internisten gewinnen. Mit Prof. Thorban, dem Chirurgen, plante er einen großzügigen Neubau von Operationsälen für beide Fachgebiete. Die

letzte Planung und die Bauzeit fielen noch in meine Zeit. 1973 konnten wir den Neubau beziehen und in den alten OP-Räumen unser Röntgenzimmer vergrößern und einen großen Gipssaal schaffen. Das war zu dieser Zeit auch noch nötig.

Um die Aufteilung der Operationsräume mußte noch gekämpft werden, da wir einen Gipsraum auch zum Operationsraum umfunktionierten und dann vier Räume hatten wie die Chirurgie. Es kam zu dem Kompromiß, der auch heute noch besteht, von 3 1/2 Räumen für unser Fach (Nutzung des vierten OP an drei Tagen). Einen so großzügigen, voll klimatisierten Operationstrakt wie unseren gibt es wohl nicht oft, und er würde auch heute nicht mehr so gebaut werden können. Er hat sich voll bewährt. Ein besonders großer Raum steht für die Endoprothetik zur Verfügung.

Für ein verbessertes Erscheinungsbild der Klinik wurden große helle Fensterrahmen eingesetzt und die Decken etwas herabgezogen, die Räume zum Teil auch farbig gestrichelt.

1973 wurde die Orthopädische Klinik um einen Neubau (rechts) erweitert.



chen. Dazu wurden farbenfreudige Bilder aufgehängt. Die Ambulanz wurde modernisiert. 1983 richteten wir auch einen Sonographieraum mit Wartezimmer ein. Die Kinderstation war bis dahin noch im Erdgeschoß hinter der Frauenstation O3 untergebracht und zu eng und unansehnlich.

1985 ergab sich durch das freundliche Entgegenkommen des Kinderchirurgen Dr. Würtemberger die Möglichkeit, unsere Kinder im obersten Stock seiner Klinik unterzubringen. Damit waren sie in einem großen Verbund mit der Kinderheilkunde und Kinderchirurgie, der praktische Vorteile hat, aber auch kindgerechter wirkt. Ein Tunnel unter der Straße gewährleistet eine schnelle wetterunabhängige Verbindung. Die Kinderorthopädie gehört aber weiter zur Gesamtorthopädie. 1985 entschlossen sich die Städtischen Kliniken auch eine Herzchirurgische Klinik einzuführen. Die Unterbringung erfolgte zunächst in freigezogenen Räumen der Chirurgie und der Frauenklinik. Im Operationssaal mußten wir uns etwas einengen und den septischen, außerhalb gelegenen Operationstrakt in einen zusätzlichen aseptischen verwandeln. Dann wurde ein neues Bettenhaus für die drei Fachgebiete geplant und ein Anbau an den OP für die Herzchirurgie.

Gemeinsam mit meinen Oberärzten und den Stationsschwestern entschlossen wir uns bei der Aufteilung der Stationen, nur eine einzige im Neubau zu beziehen, die übrigen aber dicht bei den Funktionsräumen zu belassen, dem Gipssaal, dem Röntgenraum, der Krankengymnastikabteilung und den Sekretariaten und Archiven im hinteren Flügel des Hauses und nur zu renovieren. Die Klinik besitzt eine Frauen-, eine Män-

ner- und eine Kinderstation sowie eine weitere für Wahlleistungspatienten, insgesamt jetzt 110 Betten. Auch das Chefsekretariat und die orthopädische Ambulanz rückten mit in den Komplex auf der Parkseite und wurden wesentlich vergrößert und modernem Bedarf angepaßt. Der letzte Teil der Baumaßnahmen fiel dann bereits in die Zeit meines Nachfolgers, Prof. Katthagen. Ich glaube, daß unsere Klinik damit weiter sehr gewonnen hat im Erscheinungsbild und in der optimalen Funktionsfähigkeit.

3. Orthopädische Behandlungstechniken 1970 - 1992

Zu Beginn meiner Tätigkeit ab 1970 nutzte ich meine breite Ausbildung in orthopädischer Chirurgie und Wiederherstellungschirurgie, um das ganze Fachgebiet abzudecken. Prof. Hipp hatte die AO-Technik bereits im Hause eingeführt. An der Wirbelsäule wurden Bandscheibenvorfälle operiert, Versteifungen nach Cloward vorgenommen, Skolioseoperationen und anderes. Zu Beginn führte ich nach entsprechenden Kursen auch Hand- und sogar Nerven Chirurgie mit Operationsmikroskop durch auf Wunsch des Neurologen Prof. Kalm. Die Endoprothetik des Hüftgelenks nahm aber bald einen breiten Raum ein. Die Wartezeiten waren lang. Wir benutzten auch nach kurzem schon den hinteren Zugang zum Hüftgelenk, der sich für die Schonung der Muskulatur und zur Vermeidung von Verkalkungen heute als überlegen herausgestellt hat. Wir wandten uns auch sofort den Totalprothesen und den Schlittenprothesen des Kniegelenks zu und führten 1977 eine eigene, verbesserte Schlittenprothese ein, die auf Kortikalisfläche aufzusetzen ist und damit besseren Halt bekommt. Das Modell hat sich mit



Moderner
Operationssaal



Professor Tönis bei
einer dreifachen Beckenosteotomie

kleinen Änderungen bei langfristigen Nachuntersuchungen bis heute bewährt.

In der Fuß- und Zehenchirurgie suchten wir neben bekannten auch neue Wege, kamen aber nur begrenzt dazu, sie auszuwerten.



Professor Dr. Tönis
und sein Team arbeiteten u.a. an der Verbesserung der Schlittenprothesen des Kniegelenkes.



Die Hüftchirurgie im Kindes- und Erwachsenenalter und die Kinderorthopädie nahmen bald einen immer breiteren Raum ein. Diese Gebiete hatten mich schon während meiner Ausbildung und ersten wissenschaftlichen Tätigkeit interessiert. 1971 übernahm ich



1982 veröffentlichte Professor Dr. Dietrich Tönnis eine Monographie zum Thema Hüft-dysplasie (siehe Röntgenaufnahme) und Hüftluxation im Kindes- und Erwachsenenalter.



Korrekturergebnis nach dreifacher Beckenosteotomie und Trochanterversetzung (vgl. präoperativ Bild oben)

die Leitung des Arbeitskreises für Hüftdysplasie der DGOT. Im Laufe der Jahre bearbeiteten wir vier große Themen, zuerst das Erstellen von normalen Meßwerten für das Hüftgelenk in allen Altersstufen, denn nur von Normalwerten her lassen sich Abweichungen feststellen und Behandlungsergebnisse definieren. Es wurden dann im Laufe der Jahre drei Sammelstatistiken von 20 - 30 Kliniken des deutschen Sprachraumes erstellt. Die erste befaßte sich mit dem Auftreten der Hüftkopfnekrose bei konservativen und operativen Einrenkungsverfahren der angeborenen Hüftluxation, die zweite mit den Ergebnissen der operativen Behandlung der Hüftdysplasie bei Operationen am Schenkelhals und am Pfannendach. Die dritte Sammelstatistik vergleicht Wirksamkeit verschiedener Orthesen und Gipsverbände bei der Behandlung der Hüftdysplasie und Hüftluxation beginnend mit der Geburt. Sie steht kurz vor dem Abschluß.

Daneben führten wir an unserer Klinik weitere Einzeluntersuchungen durch. Damit ließ sich die konservative und operative Behandlung der angeborenen Hüftdysplasie in vielem verbessern. Erfolge auf einem Spezialgebiet ziehen natürlich den Zustrom des entsprechenden Krankengutes nach sich. Auch meine Monographie über die Hüftdysplasie und Hüftluxation im Kindes- und Erwachsenenalter 1984 in Deutsch und 1987 in Englisch haben dazu beigetragen. So wurden wir immer mehr zur Spezialklinik für Hüftchirurgie im Kindes- und Erwachsenenalter und Kinderorthopädie.

In der Frauenklinik begannen wir schon zu Beginn der siebziger Jahre mit Vorsorgeuntersuchungen der Neugeborenen auf Hüft-



Professor Dr. Dietrich Tönnis mit einer „kleinen“ Hüftluxationspatientin.

dysplasie wie sie von Ortolani und v. Rosen angegeben worden waren. Als Graf die Ultraschalluntersuchung der Neugeborenen ausgearbeitet hatte, führten wir sie schon 1983 in unserer Frauenklinik für das Neugeborenencreening und Verlaufskontrollen ein. Damit erfaßten wir doppelt so viele Kinder mit Hüftdysplasie wie zuvor und konnten sie frühzeitig ausheilen und eine spätere operative Behandlung vermeiden. Auch für die übrigen Entbindungskliniken der Stadt regten wir die sonographische Untersuchung der Neugeborenenhüfte an.

Die Suche nach verbesserter Diagnostik und Behandlung hat unsere Klinik stets beschäftigt. Für die operative Einstellung von Hüftluxationen wurde ein schonender, aber noch übersichtlicher vorderer Zugang vom Leistenschnitt aus 1978 angegeben. Auch die Pfannendachplastik bei Hüftdysplasie im Kindesalter arbeiteten wir im Laufe der Jahre immer mehr aus. Für Jugendliche und Erwachsene mit Steilstellung der Hüftpfanne führten wir 1977 eine neue Technik der Hüftpfannenschwenkung auf Normalwerte

durch dreifache Beckenosteotomie ein. Es waren verschiedene Verfahren bis dahin vorhanden, die sich aber entweder bei längerer Beobachtung nicht bewährten oder noch bestimmte Nachteile hatten. Die hier eingeführte Technik hat sich auch bei längerfristigen Nachuntersuchungen bewährt und konnte das Auftreten einer Arthrose oder ihre Verschlechterung weitgehend vermeiden. Die Zahl dieser Operationen in unserer Klinik geht jetzt auf 2 000 zu. Diese Zahl ist bisher noch an keiner anderen Klinik erreicht worden. Viele Kollegen informierten sich hier und übernahmen das Verfahren. Die Feststellung, daß auch fehlerhafte Torsionsstellungen am Schenkelhals und an der Hüftpfanne zur Arthrose führen können und der Korrektur zugänglich sind, war einer unserer letzten Fortschritte.

Daneben übernahmen wir aber auch andere Neuerungen der Orthopädie in unsere Klinik. Schon früh führten wir ein Endoskop für Kniegelenkuntersuchungen ein und später die verbesserten Arthroskope für arthroskopische Operationen. Die Traumatologie des Kniegelenks blieb damit auch unsere Aufgabe im Kindes- und Erwachsenenalter.

4. Mitarbeiter in den Jahren 1970 - 1992

Bei Beginn meiner Tätigkeit bestanden für viele operative Eingriffe lange Wartezeiten. Die Zahl der Operationen mußte erhöht werden. So gelang es mir, die Zahl der ärztlichen Mitarbeiter zu Beginn von sieben auf zehn heraufzusetzen und im Laufe der Jahre weiter auf 13 und die Oberarztstellen von zwei auf drei. Eine orthopädische Klinik hat auch für die Ausbildung der Mitarbeiter zum Facharzt ihre Bedeu-



Professor Dr. Dietrich Tönnis und sein Team, von dem die Oberärzte Kalchschmidt, Buckup und Storch weiterhin in der Orthopädischen Klinik tätig sind.

tung. In der Orthopädie sind die meisten Operationen Wahleingriffe, die bei Behinderten sorgfältig überlegt und nach ihren Vor- und Nachteilen ausgewählt werden müssen.

Die Durchführung der Operation ist ein zweites Problem. Wie in meiner eigenen Ausbildungszeit unter Prof. Witt führten wir eingehende Patientenvorstellungen und Besprechungen vor den Operationen durch, die auch der Schulung der Mitarbeiter dienten. Ferner hat das Auswerten der Röntgenbilder in unserem Fach große Bedeutung. Es kann bei operationstechnischen Fragen auch nur von Orthopäden vorgenommen werden.

Langjähriger erster Oberarzt war anfangs Dr. Schildhauer, dann Dr. Asai. Es folgte bis heute Dr. Kalchschmidt. Dr. Mussnig war lange zweiter Oberarzt. Es folgte

Dr. Buckup. Dr. Storch ist seit langem Oberarzt der Kinderstation.

Viele Jahre hatten wir auch eine eigene Oberschwester für unsere Klinik, zuerst Schwester Hildegard, dann Schwester Grete. Langjährige Stationsschwestern waren auf der Kinderstation Schwester Dagmar und dann Schwester Gerda, auf der Station O1 Schwester Ingrid, auf der Station O2 Schwester Margret, auf der Station O3 Schwester Okya und später Schwester Irmgard. Von den leitenden Operationsschwestern war Schwester Inge besonders lange bei uns, dann Schwester Marianne. Herr Bülow war immer der Stellvertreter und technisch besonders versiert. Die Abteilung für Krankengymnastik wurde lange Jahre von Frau Hirt geleitet, dann von Frau Gebauer. Unsere langjährigen tüchtigen Röntgenassistentinnen im OP und im Rönt-



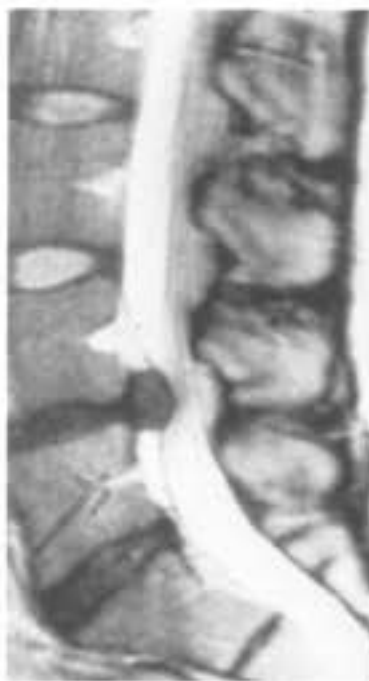
genraum waren Frau Weiß und Frau Moog. Auch von den Sekretärinnen gäbe es verdienstvolle Namen zu nennen, die lange bei uns waren, als Chefsekretärin zuerst Frau Delius, dann bis heute Frau Tiemann, unter den anderen Frau Zwick, Frau Böhm, Frau Gietzel, Frau Rüppel und Frau Graf. Die guten Seelen der Ambulanz, schließlich, sind seit langem Frau Warda und Frau Loell. Die Krankengymnastik leitete lange tatkräftig Frau Hirt, jetzt Frau Gebauer.

Die Zusammenarbeit und die Einsatzbereitschaft für unsere Kranken erinnere ich in allen Abteilungen als vorbildlich. Der Patient stand im Mittelpunkt. Die Haltung war stets hilfsbereit, der Ton ungezwungen und auch fröhlich. Ich denke deshalb in großer Dankbarkeit an alle Mitarbeiter, ohne deren Einsatzfreude die Leistungen dieser Jahre nicht möglich gewesen wären. Auch an unsere fast jährlichen Betriebsausflüge und manche Feiern erinnere ich mich noch gern.

Ein Wort des Dankes möchte ich noch an unsere Verwaltung richten, die alle notwendigen Bau- und Förderungsmaßnahmen verständnisvoll durchgeführt hat. Auch ihr bin ich für eine langjährige gute Zusammenarbeit sehr dankbar.

Die Zusammenarbeit der Chefärzte war stets gut und kollegial.

Verteilungskämpfe in Etatfragen gab es hier nicht. Manche Freundschaften wurden auch geknüpft. Leider bleibt den operativen Fachgebieten heute nur wenig Zeit für gemeinsame Besprechungen und Austausch. Aber wir haben doch vieles fachübergreifend von einander gelernt. So haben wir beispielsweise Neurologen, Neurochirurgen und Internisten zeigen können, daß es außer den Bandscheibenvorfällen auch das Iliosakralyndrom gibt, das mit pseudoradikulären Beschwerden einhergehen kann, aber zur Behandlung oft nur eine oder ein paar Kortisoninjektionen benötigt.



Moderne Technik unterstützt bei der Befundlokalisierung: Großer Bandscheibenvorfall im Kernspinbild.

5. Akademisches Krankenhaus und Kongresse

Durch die Einführung eines praktischen Jahres in den Studiengang der Medizinstudenten wurden die Städtischen Kliniken 1976 Akademisches Krankenhaus der Universität Münster. Durch meine Umha-

bilitierung 1970/71 von München nach Münster gehörte ich bereits zum Lehrkörper der Universität. Neben den Pflichtfächern Innere Medizin und Chirurgie können die Studenten vier Monate in einem Fach ihrer Wahl arbeiten. Auf diese Weise gingen viele Studenten durch unsere Klinik und legten bei uns die letzte Prüfung des Staatsexamens ab. Manche arbeiteten hier auch an ihrer Doktorarbeit und wurden von uns betreut.

Als besondere wissenschaftliche Tagung unserer Klinik sei noch der 25. Kongreß der Vereinigung Nordwestdeutscher Orthopäden vom 8. - 10. Mai 1975 erwähnt, den wir im Goldsaal der Westfalenhalle und den Nebenräumen abhielten. Hauptthemen waren die Indikation zu Stellungskorrekturen an der unteren Extremität und die Indikation und Technik operativer Maßnahmen am Vorfuß. Das erste Thema wurde in sechs Podiumsdiskussionen nach einleitenden Übersichtsreferaten abgehandelt. Bei dieser Tagung konnten wir noch alle früheren Klinikleiter hier begrüßen, sogar Herrn Prof. Brandes. Ich habe ihn öfter auch in seinem Haus am Möhnesee besucht. Er hat das stattliche Alter von 94 Jahren in lebhafter Frische erreicht.

Prof. Brandes hatte 1934 hier schon den 29. Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft abgehalten und war auch derjenige, der mit Prof. Karl Mau und Dr. Peter Bade die Initiative zur Gründung der Vereinigung Nordwestdeutscher Orthopäden ergriff. Eine der ersten Sitzungen fand in Dortmund statt. 1953 veranstaltete auch Prof. Imhäuser die Tagung hier. 1974 fand sie bei Prof. Matthiaß in Münster statt. Es folgte dann unser Kongreß 1975 in Dortmund. Im Vorstand dieser Gesellschaft habe ich bis

jetzt als Schriftführer mitgewirkt. Nach dem Fall der innerdeutschen Grenze öffnete sich unsere Gesellschaft nach Osten zu den neuen Bundesländern und nannte sich um in Vereinigung Norddeutscher Orthopäden. Im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie habe ich ebenfalls über mehrere Wahlperioden mitgearbeitet. Bei der deutschen Vereinigung für Kinderorthopädie und der European Paediatric Orthopaedic Society gehörte ich zu den Gründern.



Professor Dr. Bernd-Dietrich Katthagen

seit 1992

von Prof. Dr. B.-D. Katthagen



Professor Dr. B.-D. Katthagen und Mitarbeiter/innen aus seinem Team.

Die Orthopädie ist das Fachgebiet der Medizin, welches sich mit den Erkrankungen der sogenannten Stütz- und Bewegungsorgane beschäftigt.

Von Anfang an hat sich die Orthopädie um eine ganzheitliche Betrachtung angeborener und durch Verletzung, Tumor oder Verschleiß erworbener Erkrankungen der Arme und Beine, Muskeln, Sehnen sowie vor allem der Gelenke und Wirbelsäule bemüht. Die ganzheitliche Betrachtung beinhaltet die Vorsorge z.B. durch Früherkennung angeborener Hüft-erkrankung der Säuglinge, die als häufigste angeborene Skeletterkrankung immerhin 2 % der Bevölkerung betrifft. Heute führen wir ca. 5 000 Ultraschalluntersuchungen pro Jahr bei Säuglingen durch und behandeln die Erkrankung schonend, möglichst früh, meist ohne Operation mit einfachen Abspreizbandagen und Gipsen. Die Ultraschalluntersuchung wurde nicht zuletzt auch wegen

der in Dortmund gesammelten Erfahrung inzwischen in die gesetzliche Vorsorgeuntersuchung integriert. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen war von Anfang an und ist auch heute ein Schwerpunkt unserer Arbeit.

Im Jahre 1995 haben wir knapp 1 000 stationäre Behandlungen

auf unserer frischrenovierten und um Kinderturnsaal, Spielzimmer, Mutter-Kind-Zimmer, Elternküche und Elternaufenthaltsraum erweiterten Kinderstation zu verzeichnen. Schwerpunkte der Arbeit sind dabei Hüfterkrankungen und Fußfehlbildungen sowie zunehmend neuroorthopädische Behandlungen cerebralparetischer Kinder.

Die wachsende Bedeutung orthopädischer Leiden in unserer Gesellschaft wird eindrücklich unterstrichen durch den Stellenwert, den diese Leiden bei Schwerbehinderung, Arbeitsunfähigkeit, Frühberentungen und Pflegebedürftigkeit, aber auch bei Sport und Freizeit einnehmen.

Wir haben bei unserer Arbeit die Vorsorge (z.B. Rückenschule, Schulmöbel, sportliche Betätigung, Arbeitsplatzgestaltung, Berufsauglichkeitsuntersuchungen) mit der entsprechenden Beratung ebenso im Blick wie die konservative (meist ambulant in der Praxis) und operative Therapie ein-

Modernes, freundliches Krankenzimmer in der Orthopädischen Klinik



schließlich der anschließenden medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation.

Da wir unsere Patienten und Patientinnen lebenslang vom Säuglings- bis zum Greisenalter betreuen, spielen gerade langfristige Überlegungen unter Einschluß der beruflichen und privaten Beanspruchung bei unserer Beratung und Therapie eine entscheidende Rolle.

In der Klinik führen wir hauptsächlich die operative Therapie durch. Über 3 000 Patientinnen und Patienten haben wir 1995 mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 11 Tagen stationär behandelt. Dabei waren über 500 Implantationen künstlicher Gelenke (Endoprothesen) an Hüfte und Knie, ca. 500 gelenkerhaltende Operationen, 1 000 Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen, über 200 Behandlungen von Wirbelsäulenerkrankungen, einschließlich operativer Fusionsoperationen und mehrere Hundert arthroskopische Gelenkoperationen, Operationen an Füßen, Schultern und Armen.

Die Beratung in unserer Ambulanz bei Facharztüberweisungen von Problempatientinnen und -patienten, zum Teil überwiesen auch von anderen orthopädischen Fachkliniken, nimmt mit über 6 000 Behandlungsfällen im Jahr ebenfalls einen hohen Stellenwert ein. Dies drückt sich auch in über 50 % Belegung durch auswärtige Patienten aus. Sicher ist auf der einen Seite der Umstand zu begrüßen, daß durch die überregionalen Patienten in Dortmund wertvolle Dienstleistungsarbeitsplätze gesichert werden. Außerdem ist dies auch Ausdruck der klinikinternen Schwerpunktbildung, vor allem auf dem Gebiete der Kinderorthopädie, welche

medizinisch sinnvoll ist und letztlich durch die Vorhaltung einer vollen kinderorthopädischen Station mit hohem Leistungsstand, gerade auch der örtlichen Bevölkerung zugute kommt. Auf der anderen Seite können wir bei weitem die Nachfrage nach stationärer Behandlung in der Orthopädischen Klinik nicht befriedigen; so entstehen zum Teil längere Wartezeiten, die wir aufgrund der heutigen gesetzlichen Budgetierungen und Begrenzung der Behandlungszahl nicht abbauen können.

Wir freuen uns heute über eine großzügige und pünktlich zum 75jährigen Jubiläum abgeschlossene Neuordnung der Orthopädischen Klinik mit Umbaumaßnahmen im Umfang von mehr als sechs Millionen Mark.

So konnte in engem räumlichen Zusammenhang eine neue Ambulanz mit renovierten Röntgen-, Ultraschall- und Behandlungsräumen sowie Funktionsräumen mit Bibliothek und Besprechungsraum bezogen werden.

Durch enge Kooperation statt der anderenorts oft vorherrschenden Konfrontation mit dem Zentralen Röntgeninstitut unserer Klinik, konnte die eigene Röntgenabteilung in der Orthopädischen Klinik nicht nur erhalten sondern auch mit komplett neuen Röntgeneinrichtungen versehen werden.

Durch die Verknüpfung mit der zentralen Röntgeneinheit im EDV-System sind auch bei Nachkontrollen Röntgenbefunde jederzeit abrufbar.

Für die Krankengymnastik konnten ein neuer Turnsaal und neue Behandlungsräume bezogen werden. Auch die physikalische Therapieabteilung wurde renoviert.



Eine leistungsfähige orthopädische Vertragswerkstatt wurde im Haus neu eingerichtet. Auch die orthopädischen Krankenstationen entsprechen heute in jeder Beziehung gehobenem Standard. Eine Neubaustation konnte bezogen werden, zwei Stationen wurden im Altbau kernsaniert und mit modernen sanitären Einrichtungen und hellen, freundlichen Krankenzimmern ausgestattet. So bietet sich unse-

Die Krankengymnastik trägt erheblich zum Behandlungserfolg bei.



ren Patientinnen und Patienten, nicht zuletzt auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ein freundliches Umfeld.

