

01.02.2014 Allgemeinchirurgie

Kinderchirurgie oder Chirurgie am Kind – macht die Weiterbildung den Unterschied?

P. Schmittenbecher



In der Zeit, als die Kinderchirurgie noch ein Teilgebiet der Chirurgie war, erklärte mein allgemeinchirurgischer Chef einmal im Rahmen einer Diskussion um die Notwendigkeit und die Relevanz der Kinderchirurgie, dass er es sich durchaus zutrauen würde, einem 8-jährigen Patienten den Blinddarm zu entfernen. 20 Jahre später berichtete mir eine viszeralchirurgische Chefärztin von einem Jungen mit perforierter Appendizitis, bei dem sie nach der Appendektomie wegen der Unterbauchperitonitis eine lokale VAC-Behandlung angeschlossen und den Bauch erst nach einigen Tagen im Rahmen eines second look verschlossen habe.

Die beiden Geschichten umreißen das Spannungsfeld, in dem die Kinderchirurgie steht. Einerseits wird ein Eingriff exemplarisch herausgegriffen, den natürlich jeder Allgemeinchirurg ausführen kann. Die Kinderchirurgie definiert sich nicht über die Fähigkeit zur Appendektomie im Schulalter! Dies ist nicht eine sogenannte Indexdiagnose, an der man die Notwendigkeit einer Kinderchirurgie festmachen kann. Kein Visceralchirurg würde seine fachliche Expertise an einer der einfachsten und gängigsten Diagnosen resp. Operationen festmachen. Andererseits kommt bei einem Kind mit dem abdominellen VAC ein Verfahren zur Anwendung, das der Autor selbst in mehr als 25 Jahren kinderchirurgischer Tätigkeit nie einsetzen musste. Hier wird für diese sicher nicht spezifisch kinderchirurgische Operation eine spezielle Prozedur aus der Erwachsenen Chirurgie übertragen, möglicherweise mangels Erfahrung mit der Situation im Kindesalter. Trifft hier etwa zu, was Wilkesmann und Jang in ihrem Artikel „Nichtwissen im chirurgischen Krankenhausalltag“ dem Bereich „Ich weiß nicht, dass ich etwas nicht weiß“ zugeordnet haben [16]? Auf jeden Fall zeigt dieses Beispiel, dass Chirurgie am Kind nicht gleich Kinderchirurgie ist.

Die Literatur enthält über das vorgenannte und auch in der Literatur beschriebene Beispiel Appendektomie [1] hinaus verschiedene Hinweise für unterschiedliche Resultate bei gleicher Diagnose in Abhängigkeit davon, ob die Operation kinderchirurgisch oder allgemeinchirurgisch erfolgte. Dies betrifft beispielsweise die Rate duodener Schleimhautverletzungen bei der Pyloromyotomie [2,3,13], die Quote operativer Interventionen bei der Invagination [4,5] oder die Zahl der Laparotomien und der Splenektomien bei den stumpfen Milzverletzungen [12]. Vergleichbare Daten liegen für urologische und neurochirurgische Eingriffe vor [14].

Operativ-technische Erfahrung „im Bauch“, „am Urogenitaltrakt“ oder „am Skelett“ ersetzt also nicht die Expertise im kinderchirurgischen Bereich. Dies zeigen auch Analysen der englischen Kollegen, die für Allgemeinchirurgen eine feste Rotation in eine qualifizierte kinderchirurgische Abteilung fordern und konkrete operative Erfahrung in sog. allgemein-kinderchirurgischen Fällen wie Leistenhernie, Invagination oder akutes Skrotum für erforderlich halten, um in den Distriktkrankenhäusern eine qualitativ vernünftige Medizin vorhalten zu können, wenn die nächste Kinderchirurgie weiter entfernt ist [9-11]. Überträgt man diese britische Perspektive auf die BRD, ist hier der Aspekt zu diskutieren, dass bei nicht erreichbarer kinderchirurgischer Flächendeckung die Versorgung akut erkrankter oder verletzter Kinder zwangsläufig vielerorts von anderen operativen Fachgebieten durchgeführt werden muss. Daraus ist in Analogie zu den zuvor zitierten Überlegungen die Notwendigkeit einer kinderspezifischen Operationserfahrung im entsprechenden Teilbereich zu diskutieren. Die DGUV als Dachverband der berufsgenossenschaftlichen Versicherungen ist als erste Institution den Weg gegangen, seit Jahresbeginn nicht nur von jedem D-Arzt eine regelmäßige spezifische kindertraumatologische Fortbildung zu fordern, sondern auch für das sog. Verletzungsartenverfahren (VAV), also für die Erlaubnis zur stationären Behandlung bestimmter komplexerer Verletzungen eine persönliche kindertraumatologische Erfahrung in Form eines OP-Kataloges zu definieren [6].

Umgekehrt: Kinderchirurgische Operationserfahrung ersetzt nicht grundsätzlich Erfahrung „im Bauch“, „am Urogenitaltrakt“ oder „am Skelett“. Der kinderchirurgisch Weitergebildete kann nicht per se eine Expertise ad personam für das gesamte kinderchirurgische Spektrum in seiner Breite **und** in der organspezifischen Tiefe begründen. Erfahrungen in anderen operativen Fachgebieten (während der Basischirurgie oder darüber hinaus) sind immer hilfreich, und oft erfährt das kinderchirurgische Team auf der Oberarzt- und Facharzzebene eine Fokussierung einzelner Kollegen auf eine der Subspezialitäten. Aber auch der entsprechend traumatologisch fokussierte und versierte Kinderchirurg bedarf der fachlichen Unterstützung bei Wirbelsäule, Becken, Hüfte, komplexen Verletzungen oder Korrekturosteotomien, und mancher urologisch versierte Kinderchirurg bei Blasenersatz oder Inkontinenz-Korrektur. Eine alleinige Zuständigkeit einer Seite ex cathedra kann und soll nicht die zukünftige Versorgungsstruktur bestimmen.

Die Neugeborenenchirurgie ist dagegen ein unstrittig der Kinderchirurgie zugeordnetes Kerngebiet des Faches. Es ist heute ein signifikantes Überleben auch schwerer Fehlbildungen dank intensivmedizinischer, anaesthesiologischer und kinderchirurgisch-operationstechnischer Entwicklungen realisiert [8]. Mit dem gBA-Beschluss zur Versorgung Frühgeborener ist die Forderung nach der Einbindung der Kinderchirurgie erstmals für einen umrissenen Bereich festgeschrieben und die Anerkennung als Neonatalzentrum Level I sogar davon abhängig gemacht worden. Dies ist positiv festzuhalten, auch wenn es dazu geführt hat, dass eine ganze Reihe kleiner kinderchirurgischer Einheiten gegründet wurden, um die Zulassung zur Behandlung von Frühgeborenen nicht zu verlieren, was unter dem Aspekt der Weiterbildung wegen des sog. „case load“ pro Klinik Probleme auslösen kann. Und: Wenn die Neugeborenenchirurgie auch dem Kinderchirurgen vielerorts unstrittig überlassen wird, reicht dies nicht aus, um eine wirtschaftlich überlebensfähige klinische Einheit zu konstruieren. Ohne überlebensfähige Kliniken wird aber keine Kinderchirurgie gepflegt, und wer soll dann – hier schließt sich der Kreis zu den britischen Überlegungen – andere operative Fachkollegen in den Besonderheiten der Kinderchirurgie trainieren?

Ein weiterer Aspekt kinderspezifischer Medizin darf nicht fehlen: die strukturellen Voraussetzungen im stationären Betreuungsbereich. Sicher sind heute die Zeiten vorbei, in denen Kinder auf allgemeinen Stationen zwischen Senioren oder jungen Erwachsenen gelegen haben. Häufig ist eine operative Kinderstation vorhanden, die von pädiatrischer Seite mit betreut wird. Aber erstens hält auch auf der Stufe der Maximalversorgung nicht jede Klinik eine pädiatrische Abteilung vor, und zweitens ist der Pädiater in der postoperativen Betreuung nicht der geborene Fachmann (wie der Internist nicht für den operierten Erwachsenen). Es sollte also der operative Teil der Betreuung nicht herausgeschnitten und der Rest einer nicht-chirurgischen Fachabteilung überlassen werden. Wer nicht nur Chirurgie

am Kind, sondern Kinderchirurgie betreiben will, sollte sich auch im prä- und postoperativen Management der Kinder in den verschiedenen Altersklassen auskennen. Dies soll den Wert einer engen Kooperation mit den pädiatrischen Kollegen in Fragen der Intensivmedizin und vielem mehr in keiner Weise mindern. Nahrungsaufbau und postoperative Erfordernisse koordinieren sich aber besser in einer als in zwei Händen.

Die Kinderchirurgie war lange Teilgebiet der Chirurgie. Nach abgeschlossener allgemeinchirurgischer Weiterbildung schloss sich früher eine zweijährige Zusatzweiterbildung an, ergänzt durch ein pädiatrisches Jahr. Nach der Anerkennung als eigenständigem Fachgebiet wurden fünf Jahre kinderchirurgische und ein Jahr pädiatrische Erfahrung vermittelt. Heute folgen der zweijährigen Basischirurgie ein pädiatrisches und drei kinderchirurgische Weiterbildungsjahre. Daraus resultieren aktuell im Minimum vier Jahre ausschließlicher Beschäftigung mit Kindermedizin. Dagegen fordern bis zum heutigen Zeitpunkt weder die viszeralchirurgische noch die urologische oder orthopädisch-unfallchirurgische Weiterbildung eine Expertise im Umgang mit Patienten im Kindesalter oder benennen kinderspezifische Eingriffe im OP-Katalog. Postuliert wird jedoch unverändert die Zuständigkeit „in jedem Lebensalter“ trotz der Tatsache, dass durch lokale Gegebenheiten der Patientenzuordnung ein Facharzt seine Weiterbildung theoretisch und praktisch ohne einen einzigen kinderspezifischen Eingriff durchlaufen kann.

Die anstehende Überarbeitung der MWBO stellt die einzigartige Möglichkeit dar, durch die Formulierung spezifischer Inhalte Teilgebiete der operativen Kindermedizin zu definieren, um die besondere Expertise eines Chirurgen auf diesem speziellen Gebiet zu unterstreichen und die Qualifikation sichtbar zu machen. Eine solche Qualifikation kann dann aus verschiedenen Fachgebieten heraus erworben werden, so wie es für die Kinderorthopädie heute schon möglich ist. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie hat einen entsprechenden Vorschlag für die Bereiche Traumatologie, Urologie, Tumorchirurgie und Neugeborenenchirurgie auf die Arbeitsplattform der Bundesärztekammer eingestellt und versucht aktuell, in Arbeitsgruppen mit den Partnerfachgebieten Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Urologie Konsens-fähige Inhalte zu formulieren.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Je jünger sie sind, desto eher haben sie andere chirurgische Diagnosen. Bei gleicher Diagnose ist der Verlauf oft unterschiedlich. Bei vergleichbarem Verlauf haben sie andere strukturelle und psychosoziale Anforderungen. Und es darf nicht vergessen werden: Das Wachstum ist die vierte Dimension der täglichen Auseinandersetzung mit dem kranken und vor allem dem chirurgisch zu behandelnden Kind und muss auf der Basis entsprechender Erfahrung in alle Entscheidungen einbezogen werden. Trotzdem ist die Akzeptanz der Kinderchirurgie in der bundesdeutschen Krankenhauslandschaft durchaus unterschiedlich und entwicklungsfähig. Formale Zuständigkeiten sind unterschiedlich zugeteilt und das Aufgabengebiet des Kinderchirurgen ist nicht einheitlich umrissen. Die Weiterentwicklung eines jeden Faches ist aber auch abhängig von der wissenschaftlichen Aktivität [7]. Gerade in manchen Universitätskliniken sind kinderchirurgische Kliniken jedoch in ihrer Zuständigkeit begrenzt und könnten treffender als „pädiatrische Visceralchirurgen“ umschrieben werden. Dies begrenzt auch die Chance auf gute wissenschaftliche Untersuchungen in Teilbereichen der Kinderchirurgie. Die oft fachlich viel breiter aufgestellten städtischen oder allgemeinnützigen Spitäler können dies mit ihrer an der Versorgung orientierten Personalstruktur nicht auffangen. Hier ist ein interdisziplinärer Zusammenschluss notwendig, damit wissenschaftlich Kinderchirurgie betrieben wird, und nicht nur Aspekte einer Chirurgie am Kind zusammengetragen werden. Entsprechend hat die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie vor vielen Jahren ihre eigene Arbeitsgemeinschaft Kindertraumatologie aufgelöst und sich in der Sektion Kindertraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie mit den speziell interessierten Unfallchirurgen zusammengeschlossen. Gerade wird das zweite wissenschaftliche Arbeitstreffen von Vertretern beider Fachgebiete vorbereitet. Die AGs Kinderurologie der Deutschen Gesellschaft für Urologie wie der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie haben im letzten Jahrzehnt zunehmend fachübergreifend kooperiert und interessante Fachdiskussionen sowie Leitlinienentwicklungen gemeinsam (durch-)geführt.

Die Inhalte der Weiterbildungsordnung sind nicht das entscheidende Kriterium für die praktische Abgrenzung der operativen Fächer voneinander. Prinzipielle Beschreibungen („...in jedem Lebensalter...“) und spezifische Inhalte der Weiterbildungskataloge („Operationen im Kindesalter“) überschneiden sich. Sicher kann jeder Chirurg auch ohne kinderchirurgische Weiterbildungszeit ein Kind operieren. Das ist Chirurgie am Kind, aber nicht zwangsläufig Kinderchirurgie. Kinderchirurgie im Sinne einer pädiatrischen Chirurgie erfordert eine auf Kinder ausgerichtete Einheit mit altersspezifischer Diagnostik (Kinderradiologie, Kinderkardiologie, Kindergastroenterologie), mit kindgerechter Anästhesie und Intensivmedizin, mit kinderchirurgischen, kindertraumatologischen, kinderurologischen und kinderneurochirurgischen Operationstechniken und einer auf die Betreuung, Nachsorge und Rehabilitation von Kindern eingestellten Station [15]. Wird dies alles allein durch die kinderchirurgische Weiterbildung gewährleistet? Nein, natürlich nicht. Aber die kinderchirurgische Weiterbildung garantiert eine konsequente Auseinandersetzung mit dem kranken Kind und die Durchführung einer Vielzahl von operativen Eingriffen bei Kindern verschiedener Altersgruppen, in der Regel eingebettet in eine kinderspezifische Krankenhausstruktur. Somit sind persönliche Expertise des Operateurs und strukturelles Ambiente kindgerecht.

Kinderchirurgie oder Chirurgie am Kind unterscheiden sich einerseits in der Erfahrung, die man persönlich in der Versorgung kranker Kinder gemacht hat, und andererseits in den Bedingungen, unter denen man die Kinder behandelt. Die Weiterbildung ist ein Schritt dahin, und die Vorschläge zur neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) wollen die persönliche Qualifikation unterstreichen und – im Falle einer Umsetzung – besser sichtbar machen. Aber die Weiterbildung ist nicht der einzige Weg und nicht die *conditio sine qua non*. Wer mit kindgerechter Einstellung, in kindgerechtem Umfeld und mit kindgerechten Verfahren auf der Basis eines kind-zentrierten Weiterbildungs- oder Fortbildungsabschnittes ein Kind operiert, kann auch als Viszeralchirurg, Unfallchirurg oder Urologe Kinderchirurgie betreiben. Aber es geht um mehr, als einem 8-jährigen den Blinddarm zu entfernen.

Literatur

- [1] Alexander F, Magnuson D, DiFiore J, Jirousek K, Secic M: Speciality versus generalist care of children with appendicitis: an outcome comparison. J Pediatr Surg 2001; 36:1510-1513
- [2] Brain AJL, Roberts DS: Who should treat pyloric stenosis: the general or specialist surgeon? J Pediatr Surg 1996; 31:1535-1537
- [3] Branikoff T, Campbell BT, Travis J, Hirschl RB: Differences in outcome with subspecialty care: pyloromyotomy in North Carolina. J Pediatr Surg 2002; 37:352-356
- [4] Bratton SL, Haberkern CM, Waldhausen JHT, Sawin RS, Allison JW: Intussusception: hospital size and risk of surgery. Pediatrics 2001; 107:299-303
- [5] Calder FR, Tan S, Kitteringham L, Dykes EH: Pattern of management of intussusception outside tertiary centers. J Pediatr Surg 2001; 36:312-315
- [6] DGUV und LSV-SpV: Verletzungsartenverfahren (VAV). Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach §34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV).
- [7] Hardin WD, Stylianou S, Lally KP: Evidence-based practice in pediatric surgery. J Pediatr Surg 1999; 34:908-912

- [8] Krause H, Rissmann A, Hass HJ, Kroker S, Meyer F: Was muss der (Viszeral-) Chirurg über Kinderchirurgie wissen – Kinderchirurgische Aspekte in der Allgemein (Viszeral-) Chirurgie. Zentralbl Chir 2011; 136:458-470
- [9] Leung MW-Y, Liu KK-W, Chao NS-Y, Wong BP-Y, Chung K-W, Kwok W-K: Impact of paediatric surgery training on the attitudes and experience of frontline general surgeons in common paediatric surgical emergencies. Surg Pract 2008; 12:74-78
- [10] O'Donovan A, Varadaraj H, Delaney PV, Flood H, Drumm J, Grace PA: The future of paediatric surgery outside specialist paediatric hospitals. Irish J Med Sci 2001; 170:228-230
- [11] Pye JK: Survey of general paediatric surgery provision in England, Wales and Northern Ireland. Ann Roy Coll Surg Engl 2008; 90:193-197
- [12] Potoka DA, Schall LC, Ford HR: Risk factors for splenectomy with blunt splenic trauma. J Pediatr Surg 2002; 37:294-299
- [13] Schmittenbecher PP: Behandlung der hypertrophen Pylorusstenose. Kinder- und Jugendmedizin 2004; 4:67-72
- [14] Snow BW: Does surgical subspecialty care come with a higher price? Curr Opin Pediatr 2005; 17:407-408
- [15] Stolar CJH: Best practice for infant surgery – a position statement from the American Pediatric Surgical Association. J Pediatr Surg 2008; 43:1585-1586
- [16] Wilkesmann M, Jang SR: Nichtwissen im chirurgischen Krankenhausalltag. Passion Chirurgie 2013; Q2:15-19
Schmittenbecher P. P. Kinderchirurgie oder Chirurgie am Kind – macht die Weiterbildung den Unterschied? Passion Chirurgie. 2014 Februar, 4(02): Artikel 02_01.