



# **Thesen und Aufgaben für die Zukunft der Kinderchirurgie**

Zukunftspapier der DGKCH, beschlossen durch den Vorstand am 23.06.2017 in Berlin

**17.10.2017**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>Inhalt</b>	1
<b>Präambel</b>	3
<b>These I     <b>Die Kinderchirurgie ist ein eigenständiges Fach im Gebiet Chirurgie mit einem spezifischen Spektrum in der Krankenversorgung</b></b>	<b>3</b>
Aufgaben	
1)     Anpassung und Sicherung des fachlichen Spektrums der Kinderchirurgie	3
2)     Sicherung von Mindestvoraussetzungen für eine qualifizierte stationäre kinderchirurgische Versorgung	4
3)     Altersgrenzen der Behandlungszuständigkeit festlegen	4
4)     „Behandlungshoheit“ über spezielle kinderchirurgische Diagnosen etablieren	5
<b>These II     <b>Nur durch die enge Kooperation mit den chirurgischen Nachbarfächern ist die kinderchirurgische Versorgung für die Zukunft zu sichern</b></b>	<b>5</b>
Aufgaben	
1)     Fachliche Kooperationen in der klinischen Versorgung sowie Fort- und Weiterbildung ausbauen	5
2)     Etablierung von Zusatzqualifikationen, Zertifikaten bzw. Schwerpunkten, die von Seiten der beteiligten Fachdisziplinen zugänglich sind	5
3)     Weiterentwicklung der gemeinsamen Kongresstätigkeit mit den chirurgischen Fächern	6
4)     Weitere Vertiefung der standes- und berufspolitischen Zusammenarbeit mit der DGCH und den chirurgischen Fachgesellschaften	6
<b>These III    <b>Die Kinder- und Jugendmedizin mit ihren Subspezialitäten sind die engsten Kooperationspartner der Kinderchirurgie in der klinischen Praxis</b></b>	<b>6</b>
Aufgaben	
1)     Vernetzung der Kinderchirurgie mit allen Bereichen der Kinder- und Jugendmedizin in Patientenbetreuung, Fort- und Weiterbildung	7
2)     Weiterentwicklung der gemeinsamen Kongresstätigkeit	7
3)     Vertiefung der Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Akademien und Vereinen der Kinder- und Jugendmedizin	7
<b>These IV     <b>Die Gewährleistung einer optimalen Versorgungsqualität in der Kinderchirurgie ist essenziell für optimale Patientensicherheit und zur Sicherung der Zukunft des Fachgebietes</b></b>	<b>7</b>
Aufgaben	
1)     Erarbeitung von Qualitätskriterien und Verfahren der Qualitätssicherung für die kinderchirurgische Versorgung	8
2)     Qualitätssicherung durch Zentralisierung und Spezialisierung der kinderchirurgischen Versorgung	8
3)     Strukturell wirksame Umsetzung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung	9
<b>These V     <b>Aufgrund ökonomischer und gesundheitspolitischer Entwicklungen sowie Anforderungen der Qualitätssicherung sind für die Kinderchirurgie strukturelle Veränderungen erforderlich.</b></b>	<b>9</b>
Aufgaben	
1)     Initiierung einer kinderchirurgischen Bedarfs- und Versorgungsforschung	10
2)     Stärkung der Ambulanten Kinderchirurgie	11
3)     Strukturierung der Kinderchirurgischen Krankenversorgung	11

	<b><u>Standortübergreifendes virtuelles Kinderchirurgisches Referenzzentrum</u></b>	12
	<b><u>Stufe 1</u></b> der stationären kinderchirurgischen Versorgung	13
	<b><u>Stufe 2</u></b> der stationären kinderchirurgischen Versorgung	14
	<b><u>Einrichtungen der ambulanten kinderchirurgische Versorgung</u></b>	14
These VI	<b>Für die Zukunftssicherung sind besondere Anstrengungen in den Bereichen Nachwuchsförderung und Forschung erforderlich</b>	15
Aufgaben		
1)	Sicherung Kinderchirurgischer Inhalte in der studentischen Lehre	15
2)	Kinderchirurgische Weiterbildung neu strukturieren	15
3)	Intensivierung der kinderchirurgischen Forschung	15
These VII	<b>Nur durch eine adäquate Öffentlichkeitsarbeit können die Ziele für die Kinderchirurgie erreicht werden</b>	16
Aufgaben		
1)	Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit in der DGKCH in Zusammenarbeit mit der DGCH und dem BDC	16
2)	Weiterentwicklung der Medienarbeit durch gemeinsame medienwirksame Aktivitäten mit DAKJ, DGKJ, DGCH und BDC	16
3)	Effektive Lobbyarbeit initiieren	16
<b>Literatur</b>		17

## **Präambel**

Im Folgenden werden basierend auf einer kritischen Betrachtung und Diskussion der gegenwärtigen Versorgungsstruktur und unter Beachtung der absehbaren demografischen, politischen und ökonomischen sowie wissenschaftlich-fachlichen Entwicklungen Visionen der zukünftigen kinderchirurgischen Versorgung und Aufgaben zu deren Verwirklichung dargestellt.

Grundlage stellt der Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention dar, nach dem allen kranken Kindern ein Höchstmaß an Gesundheit und das Recht auf eine kindgerechte Betreuung durch entsprechend spezialisierte Fachgebiete zugesichert wird [1]. Demzufolge müssen eine kinderchirurgische Expertise und entsprechende medizinische Einrichtungen jederzeit verfügbar sein, in denen kranke Kinder von ärztlichem und pflegerischem Personal betreut werden, welches durch Ausbildung und Erfahrung befähigt ist, auf die körperlichen, seelischen und entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien einzugehen [2].

## **I. Die Kinderchirurgie ist ein eigenständiges Fach im Gebiet Chirurgie mit einem spezifischen Spektrum in der Krankenversorgung**

Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen sind speziell ausgebildete Ärzte mit einer Expertise für die chirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter Beachtung der alters- und entwicklungsbedingten anatomischen, physiologischen, klinischen und psychologischen Besonderheiten. Das betrifft sowohl die Diagnostik als auch das präoperative, operative und postoperative Management sowie die Nachsorge von operationspflichtigen angeborenen Fehlbildungen und erworbenen chirurgischen Erkrankungen sowie Verletzungen und Notfälle. Sie halten aufgrund ihrer Weiter- und Fortbildung ein weites Spektrum an Behandlungsoptionen in höchster Versorgungsqualität für Kinder und Jugendliche vor [2, 3]. Folgerichtig hat die Kinderchirurgie die zentrale Rolle in der chirurgischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen inne.

Kinderchirurgische Versorgung erfolgt für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 18 Jahre sowohl in stationären, als auch in ambulanten und tagesstationären Bereichen, zum Teil auch sektorenübergreifend.

Das Spektrum der Kinderchirurgie ist geprägt von einem großen Anteil häufig auftretender Erkrankungen, die im Rahmen einer ambulanten oder kurzen stationären Therapie behandelt werden können, sowie von seltenen Erkrankungen/Fehlbildungen, die oft mehrere Organsysteme betreffen und meist eine umfassende Behandlung und Betreuung oft über das gesamte Kindes- und Jugendalter erfordern.

## **Aufgaben**

### **1) Anpassung und Sicherung des fachlichen Spektrums der Kinderchirurgie**

In einigen chirurgischen Bereichen führten der wissenschaftliche Fortschritt und die rasche medizinisch-technische Entwicklung zu notwendigen organspezifischen Spezialisierungen. So entwickelten sich unabhängig von der Kinderchirurgie die Kinderherzchirurgie, die Transplantationschirurgie und die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie bei Kindern aus den Mutterfächern heraus zu teilweise bereits selbstständigen Disziplinen, die an ausgewiesenen Zentren die Versorgung für Kinder und Jugendliche absichern. Eine ähnliche Tendenz ist auch im Bereich der Kinderneurochirurgie zu beobachten, wo neue operationstechnische Möglichkeiten zunehmend eine Spezialisierung und Zentralisierung bedingen. Unter Berücksichtigung der jeweiligen lokalen Gegebenheiten, Spezialisierungen und Zentralisierungen ist folgendes fachliche Spektrum der Kinderchirurgie zu sichern:

- Neugeborenenchirurgie
- Visceralchirurgie
- Thoraxchirurgie
- Kindertraumatologie, inkl. Verbrennungsbehandlung
- Kinderurologie
- pädiatrische Onkochirurgie

## **2) Sicherung von Mindestvoraussetzungen für eine qualifizierte stationäre kinderchirurgische Einrichtung (4, 5):**

- Die Qualifikation der kinderchirurgischen Versorgung erfordert den Facharztstatus.
- Verfügbarkeit des kinderchirurgischen Facharztes für 24 Stunden an 365 Tagen.
- Daraus ergibt sich eine Mindestanzahl von 3 kinderchirurgischen Fachärztinnen und Fachärzten, die in einer klar definierten Abteilungsstruktur organisiert sein müssen.
- Zusammenarbeit mit Spezialisten der Kinder- und Jugendmedizin, möglichst in der Struktur eines Zentrums für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin
- Nachweisbare Expertise für Kinderradiologie und Kinderanästhesie.
- Kind- und altersgerechte personelle (Kinderärztinnen und -ärzte, Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen, Kinderkrankenpflege), räumliche und strukturelle Bedingungen.
- Zur Gewährleistung der erforderlichen Versorgungs- und Strukturqualität sind bei Bedarf zusätzlich Kooperationen (bzw. Verbund) mit benachbarten Kliniken nachzuweisen.

## **3) Altersgrenzen der Behandlungszuständigkeit festlegen (6)**

- die Kinderchirurgie ist für die Behandlung von chirurgisch kranken Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren zuständig, in Einzelfällen bei fehlender Transition darüber hinaus.
- bis zu einem Alter von 14 Jahren sind chirurgisch kranke Kinder in kinderchirurgische Einrichtungen zu überweisen bzw. einzuweisen

- zur Gewährleistung einer möglichst flächendeckenden Versorgung von Jugendlichen über 14 Jahren sind bei Bedarf andere chirurgische Fachdisziplinen einzubeziehen. Als Voraussetzung ist dabei eine nachweisbare Expertise in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen anzustreben.
- mit Kinderärztinnen und -ärzten und den chirurgischen Partnern sind dazu verbindliche Regelungen zu vereinbaren
- dafür sind klinische und Versorgungsforschung zu intensivieren

#### **4) „Behandlungshoheit“ über spezielle kinderchirurgische Diagnosen etablieren (6)**

Bestimmte chirurgische Erkrankungen, insbesondere die Neugeborenen- und Fehlbildungschirurgie, bedürfen im Kindesalter einer besonderen Expertise. Diese Krankheitsbilder kommen in kinderchirurgischen Einrichtungen regelmäßig, außerhalb nur selten vor. Chirurgische Forschung hierzu wird fast ausschließlich von Seiten der Kinderchirurgie betrieben. Daher sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Erstellung eines Kataloges originär kinderchirurgischer Diagnosen
- mit DGKJ, DGCH, DGOU und DGU u.a. sind dazu verbindliche Regelungen zu vereinbaren

## **II. Nur durch die enge Kooperation mit den chirurgischen Nachbarfächern ist die kinderchirurgische Versorgung für die Zukunft zu sichern**

Die Kinderchirurgie entstammt naturgemäß der Chirurgie. Die chirurgische Spezialisierung auf das Wachstums- und Entwicklungsalter ist jedoch sinnvoll und notwendig. Die Kinderchirurgie, als generalisierte chirurgische Disziplin für die Kinder und Jugendlichen, ist im stetigen Austausch mit anderen chirurgischen Fachdisziplinen, um die bestmögliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Die Kooperation ist zudem insbesondere im Hinblick auf eine möglichst flächendeckende Versorgung und dem Übergang von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in die Erwachsenenmedizin (Transition) zu intensivieren.

## **Aufgaben**

### **1) Fachliche Kooperationen in der klinischen Versorgung sowie Fort- und Weiterbildung ausbauen**

In Abhängigkeit von lokalen Besonderheiten, ist mit allen operativen Fachdisziplinen die Zusammenarbeit bei der klinischen Versorgung sowie Fort- und Weiterbildung anzustreben.

## **2) Etablierung von Zusatzqualifikationen, Zertifikaten bzw. Schwerpunktweiterbildungen anhand von Curricula, die von Seiten der beteiligten Fachdisziplinen zugänglich sind**

Für Teilbereiche, in denen Kinder und Jugendliche je nach lokalen Gegebenheiten von verschiedenen Fachdisziplinen behandelt werden, soll die Qualifizierung der Ärztinnen und Ärzte bzw. Einrichtungen sowie die Versorgungsqualität durch einheitliche Festlegungen gesichert werden:

- Kindertraumatologie: gemeinsam mit der Sektion „Kindertraumatologie“ der DGU werden Kriterien für kindertraumatologische Referenzzentren definiert
- Kinderurologie: gemeinsam mit dem Arbeitskreis „Kinderurologie“ der DGU wird eine Zusatzweiterbildung Kinderurologie initiiert
- Pädiatrische Neurochirurgie
  - z.B. Hydrozephaluschirurgie
- Plastische Kinderchirurgie und Verbrennungsbehandlung
  - Etablierung einer strukturierten Versorgung von thermischen Verletzungen in spezialisierten Kliniken für brandverletzte Kinder oder in Zentren für schwerbrandverletzte Kinder entsprechend der S2k- AWMF-Leitlinie
- Gynäkologie/Geburtshilfe
  - Kindergynäkologie
  - fetale Chirurgie (klare Regelungen bzgl. Wissenschaftlichkeit, Versorgungsstruktur und Qualitätssicherung anstreben)

## **3) Weiterentwicklung der gemeinsamen Kongresstätigkeit mit den chirurgischen Fächern**

- weitere Vertiefung der Zusammenarbeit mit den Chirurgischen Fächern bei der Ausrichtung des gemeinsamen jährlichen Chirurgenkongresses
- Förderung oder Etablierung gemeinsamer Kongresse und Fortbildungen mit gleichberechtigter Präsenz der beteiligten Fachdisziplinen, insbesondere in den Bereichen Kinderurologie, Kindertraumatologie und Verbrennungsmedizin.

## **4) Weitere Vertiefung der standes- und berufspolitischen Zusammenarbeit mit der DGCH und den chirurgischen Fachgesellschaften**

### **III. Die Kinder- und Jugendmedizin und ihre Subspezialitäten sind die engsten Kooperationspartner der Kinderchirurgie in der klinischen Praxis.**

Pädiatrie und Kinderchirurgie sind paritätische Disziplinen der Kinder- und Jugendmedizin. Das soll in allen Dokumenten und allgemein in der Öffentlichkeitswirksamkeit mit der Bezeichnung „**Konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin**“ eindeutig zum Ausdruck kommen.

## **Aufgaben**

### **1) Vernetzung der Kinderchirurgie mit allen Bereichen der Kinder- und Jugendmedizin in Patientenbetreuung, Fort- und Weiterbildung**

- Konzentration von Pädiatrie und Kinderchirurgie in **Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin** mit der erforderlichen Strukturqualität in unterschiedlichen Levels der Versorgungsstruktur
- Interdisziplinäre und sektorenüberschreitende Kooperationsmodelle gestalten zur Sicherung einer flächendeckenden Grundversorgung
- Etablierung von Rotationsmodellen für Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten
- Zentrale interdisziplinäre Forschungsprojekte initiieren
- Beteiligung der DGKCH am Projekt „*Open Access Journal*“ der DGKJ

### **2) Weiterentwicklung der gemeinsamen Kongresstätigkeit**

- Interdisziplinären Themenkatalog zur Kongressgestaltung erstellen
- Gegenseitige Workshops etablieren
- Gemeinsame Foren für pädiatrischen und kinderchirurgischen Nachwuchs initiieren

### **3) Vertiefung der Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Akademien und Vereinen der Kinder- und Jugendmedizin**

- Erarbeitung eines gemeinsamen Statements zur chirurgischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

## **IV. Die Gewährleistung einer optimalen Versorgungsqualität in der Kinderchirurgie ist essenziell für optimale Patientensicherheit und zur Sicherung der Zukunft des Fachgebietes**

Im SGB V ist die gesetzliche Verpflichtung für alle Leistungserbringer zur Etablierung von Maßnahmen der Qualitätssicherung geregelt. Zudem ist es ein ureigenes Interesse der



Kinderchirurgie, die Qualität der Versorgung zu ermitteln, um eine bestmögliche Versorgung der Patienten und höchste Patientensicherheit zu gewährleisten. Bislang wird dies überwiegend im Rahmen von einzelnen Forschungsprojekten oder Elternselbsthilfegruppen durchgeführt. Durch die Initiative der deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie sollen derartige Projekte zusammengefasst, vereinheitlicht und deutschlandweit etabliert werden.

Die Ergebnisse sind öffentlich und transparent darzustellen. Wenn möglich sollten die Maßnahmen so mit gesetzlichen Vorgaben abgeglichen werden, dass diese über den GBA akkreditiert und somit auch entsprechend vergütet werden.

## **Aufgaben**

### **1) Erarbeitung von Qualitätskriterien und Verfahren der Qualitätssicherung für die kinderchirurgische Versorgung**

- Erarbeitung klinischer und struktureller Qualitätskriterien in Arbeitsgruppen der DGKCH unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur, beginnend mit der Neugeborenenchirurgie
- Kooperation mit den vorhandenen Selbsthilfegruppen und Elternverbänden
- Klären der Finanzierung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Koordination und Kooperation mit internationalen kinderchirurgischen Registern und Forschungsprojekten
- Kooperation mit benachbarten chirurgischen Disziplinen
- Zusammenarbeit mit dem BNKD zur Weiterentwicklung der Maßnahmen der Qualitätssicherung für ambulante Operationen

### **2) Qualitätssicherung durch Zentralisierung und Spezialisierung der kinderchirurgischen Versorgung**

Durch die öffentliche Darstellung der Maßnahmen und der Ergebnisse der Qualitätssicherung erhalten zuweisenden Fachdisziplinen und Eltern erweiterte Möglichkeiten zur Wahl einer Klinik. Dies wird zu einer gewissen Zentralisierung in Kliniken mit herausgehobener Qualität führen. Zusätzlich sollten innerhalb der DGKCH kinderchirurgische Erkrankungen definiert werden, die aufgrund ihrer Komplexität und/oder Seltenheit in Einrichtungen mit besonderer Expertise behandelt werden müssen. Diese Einrichtungen sollen in Kooperation mit wohnortnahen kinderchirurgischen Einrichtungen die Weiterbetreuung dieser Kinder koordinieren.

Kinderchirurgische Erkrankungen, die einer Zentralisierung bzw. Spezialisierung bedürfen, sind z.B.:

- komplexe kloakale Malformation
- komplexe urogenitale Fehlbildungen (z.B. Blasenektrophie, Blasenersatzplastik)
- Gallengangsatresie

- Long gap Ösophagusatresie
- Zwerchfellhernien mit pränatal festgestelltem hohem Risiko
- große Omphalozelen
- komplexe onkologische Erkrankungen (komplexe Leber- und Pankreaschirurgie)
- komplexe Gefäßfehlbildungen
- hochgradige thermische Verletzungen
- Fetale Chirurgie
- Fehlbildungen des kindlichen Skeletts sowie posttraumatische Funktionsstörungen und Komplikationen
- Komplexe Fehlbildungen der Hand

### **3) Strukturell wirksame Umsetzung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

Die Maßnahmen der Qualitätssicherung sollen mit gesetzlichen Vorgaben abgeglichen werden. Zur Darstellung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen für Politik, Eltern und Fachvertreter ist diese getrennt von der Versorgung Erwachsener (= Alterssplit bei 18 Jahren) in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu fordern. Dies sollte zeitnah vom GBA umgesetzt werden.

## **V. Aufgrund ökonomischer und gesundheitspolitischer Entwicklungen sowie von Anforderungen der Qualitätssicherung sind in der Kinderchirurgie strukturelle Veränderungen erforderlich.**

Nach einer Studie des Deutschen Krankenhaus Institutes von 2015 können derzeit nur ca. ein Viertel der rund 2.000 Kliniken in Deutschland aus eigener Kraft die notwendigen Investitionen zur Erhaltung der baulichen Substanz und für Innovationen aufbringen, wodurch in der letzten Dekade 30 - 50 % der deutschen Krankenhäuser Verluste schrieben und ein erheblicher Investitionsstau entstand. Für die kommenden fünf Jahre steigt der Investitionsbedarf nach dieser Studie weiter auf rund 7 Milliarden Euro pro Jahr. Demgegenüber ist die öffentliche Förderquote der Krankenhäuser durch die Bundesländer seit dem Jahr 2000 um 25 % auf derzeit rund 2,7 Milliarden Euro gesunken (7).

Wenn die dringenden Investitionen weiterhin größtenteils aus den Behandlungserlösen und durch betriebswirtschaftlich begründeten Personalreduktionen bzw. Umstrukturierungen finanziert werden müssen, wird der Qualitätsanspruch in der medizinischen Betreuung auf lange Sicht nicht mehr zu halten sein. Zudem werden nach dem Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) erbrachte Leistungssteigerungen ab 2017 mit einem Fixkostendegressionsabschlag (FDA) belegt bei zusätzlich erhöhten Anforderungen an die Betreuungsqualität (Qualitätsoffensive).

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) sieht in dieser oben dargestellten Situation derzeit die Zukunftssicherung der kinderchirurgischen Versorgung als einen ihrer Hauptinhalte. Als Voraussetzung für eine Zukunftsplanung erfolgt seit 2015 u.a. gemeinsam mit dem GKinD e.V. und

dem *Fachgebiet New Public Health der Universität Osnabrück* (Frau Prof. Babitsch) eine Analyse der gegenwärtigen Versorgungssituation/ Stand 06-2016.

Aktuell sind in Deutschland 89 Kliniken für Kinderchirurgie gelistet, darunter 16 Ordinariate. Außerdem gibt es 36 kinderchirurgische Abteilungen in der Chirurgie bzw. Pädiatrie, 48 kinderchirurgische Einzelpraxen und 19 Gemeinschaftspraxen, davon 6 mit Belegbetten sowie 9 kinderchirurgische MVZ.

Gegenwärtig benötigt eine mittelgroße Kinderchirurgische Klinik (3 VK FA, 5,8 VK Assistenzärzte) zur Eigenfinanzierung ca. 2.500 Fälle mit erlösrelevanten Prozeduren. Die durchschnittliche Fallzahl Kinderchirurgischer Kliniken in dieser Größe liegt allerdings derzeit bei nur ca. 1.400 Fällen (8).

Nach der Prognose des Statistischen Bundesamtes wird sich aufgrund der gegenwärtigen und aus jetziger Sicht zu erwartenden demografischen und ökonomischen Entwicklungen diese Relation in den nächsten 10 Jahren nicht grundlegend ändern (8).

Angesichts der hohen fachlichen, pflegerischen und strukturellen Anforderungen an die spezielle kinderchirurgische Versorgung und der gleichzeitig eher negativen strukturellen und ökonomischen nationalen Entwicklungen, besteht die Aufgabe und Chance für die Zukunft in erster Linie in einer Konzentration der Expertisen und Zentralisierung spezialisierter, aufwändiger kinderchirurgischer Versorgung in einer dem Bedarf entsprechenden Zahl an Kinderchirurgischen Referenzzentren und Kinderchirurgischen Kliniken der Maximalversorgung. Die Zentralisierung nach fachlichen Schwerpunkten ist gleichzeitig die wichtigste Voraussetzung für die dringend erforderliche Qualitätssicherung sowie für Grundlagen- und Versorgungsforschung.

Zur Gewährleistung einer möglichst flächendeckenden kinderchirurgischen Versorgung bei bestmöglicher Behandlungsqualität besteht neben diesen Zentren und Kliniken der Maximalversorgung Bedarf an kinderchirurgischen Bereichen der Regelversorgung im Verbund mit Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin (konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin). Zur Erfüllung unseres Versorgungsauftrages wird die Bedeutung von modernen Kooperationsformen (Verbünde, Netzwerke) zwischen Kinderchirurgischen Zentren bzw. Kliniken mit Perinatalzentren und Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin deutlich zunehmen und sektorenübergreifende Modellen der ambulanten kinderchirurgischen Versorgung werden eine immer größere Rolle spielen.

Zur Gewährleistung einer optimalen Versorgungsqualität und einer effektiven Weiterbildung sind Kinderchirurgische Einrichtungen ungenügender Strukturqualität und zu geringer personeller Ausstattung zu Gunsten der oben genannten Kooperationsmodelle und Vernetzungen umzuwandeln, abzubauen und zukünftig zu vermeiden.

## **Aufgaben**

### **1) Initiierung einer kinderchirurgischen Bedarfs- und Versorgungsforschung**

Strukturelle Veränderungen in der kinderchirurgischen Versorgungslandschaft in Deutschland müssen von einer kontinuierlichen Bedarfs- und Versorgungsforschung begleitet werden.

- Erarbeitung von Definitionen für „*flächendeckende Versorgung*“ bzw. „*Versorgungs-Index*“ für die Kinderchirurgie
- Ermittlung der Zahl der erforderlichen stationären und ambulanten kinderchirurgischen Strukturen, um eine sinnvolle flächendeckende Versorgung zu realisieren
- Ermittlung der Zahl der erforderlichen Weiterbildungsstellen
- Zusammenarbeit mit den Wissenschaftlichen Instituten der Krankenkassen u.a.

## 2) Stärkung der Ambulanten Kinderchirurgie

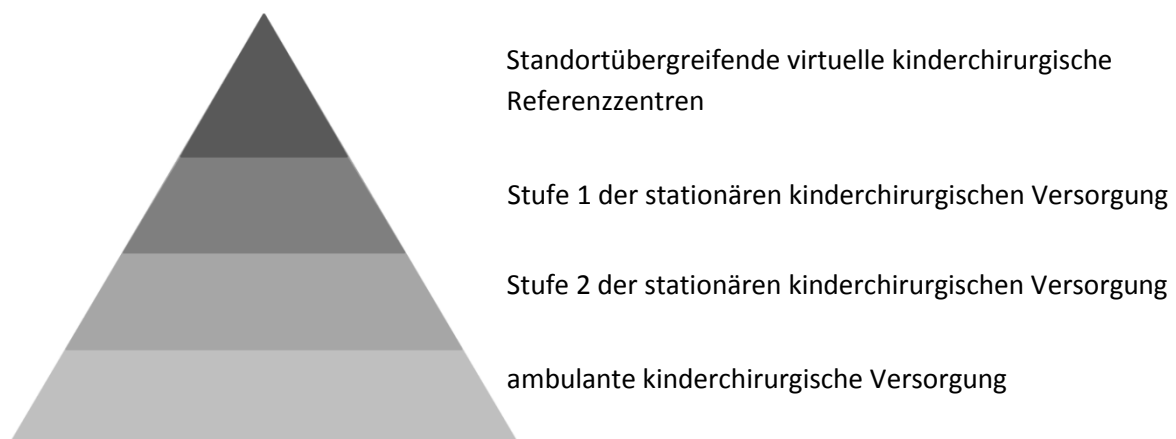
- Etablierung und Stärkung moderner und sektorenübergreifender Versorgungsmodelle (Belegabteilungen, MVZ, Kooperationen, Versorgungsnetzwerke)
- Politische Einflussnahme, um eine Ausweitung der ambulanten kinderchirurgischen Methoden durch adäquate Erlöse wirtschaftlich zu ermöglichen
- Die Unterordnung der Kinderchirurgie in der Arztgruppe der Chirurgen im vertragsärztlichen Bereich steht dem Recht der Kinder auf eine altersentsprechende adäquate Versorgung entgegen. Daher sollte die Kinderchirurgie als eigene Arztgruppe gewertet werden.
- Ausweitung der ambulanten Kinderchirurgie in der kinderchirurgischen Weiterbildung

## 3) Strukturierung der Kinderchirurgischen Krankenversorgung

- Verringerung der nachweisbaren kinderchirurgischen Überversorgung in vielen Großstädten und Ballungszentren bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgung in der Fläche.
- Einflussnahme auf Lokal- und Landespolitik zum Ausgleich von Disproportionen
- Abbau und Vermeidung von personell unterstrukturierten kinderchirurgischen Einheiten zu Gunsten von Kooperationsmodellen und Versorgungsnetzwerken.
- Strukturierung der Kinderchirurgische Versorgung in 4 unterschiedliche Versorgungsstufen, die miteinander kooperieren und sektorenübergreifend vernetzt sind (Abb. 1 und 2):

Abbildung 1:

schematische Darstellung der anzustrebenden kinderchirurgischen Versorgungsstruktur



### **Standortübergreifendes virtuelles Kinderchirurgisches Referenzzentrum**

(entspricht weitgehend der Versorgungsstufe Maximalversorgung mit zusätzlicher spezialisierter bzw. Schwerpunktversorgung)

Die kinderchirurgische Versorgung von seltenen und komplexen kinderchirurgischen Krankheitsbildern, insbesondere Fehlbildungen und onkologische Erkrankungen, wird an Kinderchirurgischen Referenzzentren zentralisiert.

#### **Strukturkriterien:**

Standortübergreifende virtuelle Referenzzentren werden entsprechend den regionalen Gegebenheiten aus 2 - 4 Kliniken/Abteilungen für Kinderchirurgie der Stufe 1 mit erkennbarem Schwerpunkt und nach Möglichkeit 1 - 2 spezialisierten ambulanten Einrichtungen gebildet, die durch interdisziplinäre Kooperationen in ihrer Gesamtheit weitestgehend das gesamte fachliche kinderchirurgische Spektrum in höchster Qualität abdecken. Dabei sind regionale Besonderheiten und Entfernungen zu berücksichtigen und auch herausragende individuelle Expertisen aus Kliniken der Stufe 2 aus der Region mit in das Zentrum einzubeziehen. Diejenige dieser Kliniken mit den besten strukturellen und fachlichen Voraussetzungen wird als führende Klinik des Referenzzentrums benannt und dementsprechend mit der Zentrumsleitung betraut.

Diese standortübergreifenden virtuellen Referenzzentren arbeiten regional mit den weiteren Einrichtungen der kinderchirurgischen Versorgung eng zusammen und kooperieren auch überregional mit den anderen Kinderchirurgischen Referenzzentren i.S. eines klinischen und wissenschaftlichen Austausches (Abb. 2). Die genauen Auswahlkriterien der Kliniken/Abteilungen für die Bildung dieser Referenzzentren, die Methoden der Evaluation und Re-Evaluation sowie Qualitätssicherung müssen noch erarbeitet werden.

- wie Stufe 1 der stationären kinderchirurgischen Versorgung

Zusätzlich:

- Einrichtungen der Entwicklungsneurologie (SPZ)

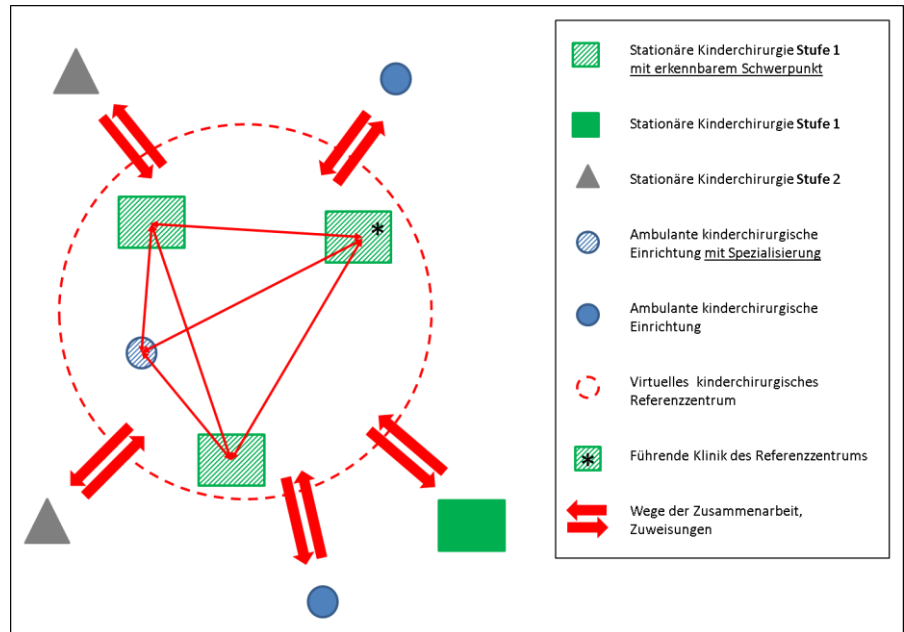
#### **Fachliches Spektrum\*\*:**

- Entsprechend Facharztstandard\*\*

Zusätzlich:

- Onkologische Kinderchirurgie
- Kinderorthopädie
- Chirurgie seltener und komplexer kinderchirurgischer Krankheitsbilder und Fehlbildungen entsprechend der jeweiligen Schwerpunkte bzw. Spezialisierungen [siehe IV. 2), S. 8-9]
- Spezialisierungen und Zertifikate

**Abbildung 2:**  
schematische Darstellung  
eines standortübergreifenden  
virtuellen kinderchirurgischen  
Referenzzentrums



### **Stufe 1** der stationären kinderchirurgischen Versorgung

i.d.R. Klinik/Abteilung für Kinderchirurgie  
(weitgehend der Versorgungsstufe „Maximalversorgung“ entsprechend)

Kliniken/Abteilungen für Kinderchirurgie der Stufe 1 befinden sich als organisatorisch selbständige Struktur in einem Zentrum für operative und konservative Kindermedizin.

#### **Strukturkriterien:**

- Perinatalzentrum Level 1
- interdisziplinären Kinderintensivmedizin
- ausgewiesene Expertise in Kinderanästhesie\* (Rufdienst)
- ausgewiesene Expertise in Kinderradiologie\* (z.B. Sektion, oberärztlich geleitet)
- kindgerechte Operations- und Stationsbereiche mit ausgewiesenem Pflegepersonal
- kind- und elterngerechte Strukturen
- kinderchirurgische Facharztverfügbarkeit über 24h
- Kinderchirurgische Notfallversorgung über 24h

#### **Fachliches Spektrum\*\*:**

- Entsprechend Facharztstandard\*\*

Zusätzlich:

- Behandlung thermischer Verletzungen („Spezialisierte Klinik“ entsprechend der AWMF Leitlinie 006/128 und den Kriterien des AK „Schwerbrandverletztes Kind“ der DGV )
- Spezialisierungen und Zertifikate

## **Stufe 2 der stationären kinderchirurgischen Versorgung**

i.d.R. Abteilung/Bereich für Kinderchirurgie  
(weitgehend der Versorgungsstufe „Regelversorgung“ entsprechend)

Abteilungen/Bereiche für Kinderchirurgie Stufe 2 befinden sich in Kinderkliniken oder in speziell für Kinder ausgewiesenen Krankenhausbereichen.

### **Strukturkriterien:**

- kinderchirurgischer Facharztstatus
- Möglichkeiten für intensivmedizinische Versorgung von Neugeborenen und Kindern
- ausgewiesene Expertise in Kinderanästhesie\* (Rufdienst)
- kindgerechte Operations- und Stationsbereiche mit ausgewiesenem Pflegepersonal
- kind- und elterngerechte Strukturen Kinderchirurgische Facharztverfügbarkeit über 24h
- Kooperation mit chirurgischer Abteilung bzw. benachbarter Kinderchirurgie

### **Fachliches Spektrum:**

- Entsprechend Facharztstandard\*\*

## **Einrichtungen der ambulanten kinderchirurgische Versorgung**

Einrichtungen der ambulanten kinderchirurgischen Versorgung befinden sich i.d.R. standortnahe zu Kliniken/Abteilungen/Bereichen für Kinderchirurgie in modernen und möglichst interdisziplinären, ambulanten Strukturen, wie z.B. Gemeinschaftspraxen, Praxiskliniken oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Sektorenübergreifende und netzwerkbildende Versorgungsmodelle werden gefördert.

### **Strukturkriterien:**

- Kinderchirurgischer Facharztstatus
- besondere Expertise in Kinderanästhesie \* nachweisbar
- Kindgerechte Operations- und Unterbringungsbereiche für Kinder und Eltern
- Kooperation oder Verbund mit Kliniken (Abteilungen) bzw. Referenzzentrum für Kinderchirurgie (max. 60 km)
- Sektorenübergreifende Versorgungsmodelle fördern

### **Fachliches Spektrum**

- Entsprechend Facharztstandard\*\*

\* Zertifikate oder spezielle Fortbildungsnachweise zu fordern

\*\* Teilbereiche in Kooperation (Verbund) mit anderen Kinderchirurgischen Kliniken oder Fachbereichen vor Ort

## **VI. Für die Zukunftssicherung sind besondere Anstrengungen in den Bereichen Nachwuchsförderung und Forschung erforderlich**

### **Aufgaben**

#### **1) Sicherung Kinderchirurgischer Inhalte in der studentischen Lehre**

- Die studentische Lehre ist originäre Aufgabe universitärer kinderchirurgischer Einrichtungen, kinderchirurgischer Bereiche in akademischen Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen bzw. strukturierten ambulanten Einrichtungen (Belegabteilungen, MVZ).
- Kinderchirurgische Lehrinhalte sind grundsätzlich in die Lehrprogramme der Universitäten aufzunehmen und von allen Fakultäten anzubieten (NKLM). Es wird gefordert, dass diese Lehrinhalte **von Kinderchirurgen** vermittelt werden.

#### **2) Kinderchirurgische Weiterbildung neu strukturieren**

- Erhaltung der Breite des Faches als FA-Standard
- spezielle Weiterbildungsinhalte der Kinderurologie i.S. einer Zusatzweiterbildung gemeinsam mit der DGU in der MWBO etablieren
- ambulante Kinderchirurgie inhaltlich stärker in Weiterbildung einbeziehen
- Erarbeitung von Kriterien der Qualitätssicherung für die Weiterbildung
- Rotation zwischen Kinderchirurgischen Einrichtungen untereinander und mit Pädiatrischen Einrichtungen im Rahmen der Weiterbildung fördern, realisieren und gewährleisten
- Methoden der Qualitätssicherung in der Weiterbildung etablieren

#### **3) Intensivierung der kinderchirurgischen Forschung**

Die kinderchirurgische Forschung ist essentiell für das Profil und das Fortbestehen unseres Fachgebietes.

- Unterstützung der Anschubfinanzierung von ausgewählten Forschungsprojekten durch die DGKCH
- fachliche und wissenschaftliche Spezialisierung besonders an den akademischen Einrichtungen und Bildung von Forschungszentren (Forschungsverbänden)
- kinderchirurgischen Forschungsatlas erstellen
- Forschungsk Kooperationen schaffen durch vermehrte Nutzung der Projektgruppe Wissenschaft der DGCH und des Chir-Net als Forum zur Förderung der Kommunikation zwischen kinderchirurgischen Institutionen und anderen Fachgebieten.
- multizentrische Studien initiieren, v.a. mit O&U und Urologie



- Erhöhung der Effizienz von DFG-Anträgen durch Zusammenarbeit mit der Projektgruppe Wissenschaft der DGCH und des Chir-Net
- Internationale Forschungsbeteiligung fördern
- Auslandsaufenthalte und Austauschprogramme zwischen Forschungsinstitutionen und Kliniken sind unbedingt zu fördern.

**VII. Nur durch eine adäquate Öffentlichkeitsarbeit können die Ziele für die Kinderchirurgie erreicht werden.**

**Aufgaben**

- 1) Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit in der DGKCH in Zusammenarbeit mit der DGCH und dem BDC
- 2) Weiterentwicklung der Medienarbeit durch gemeinsame medienwirksame Aktivitäten mit DAKJ, DGKJ
- 3) Effektive Lobbyarbeit initiieren

## Literatur

- 1) UN-Kinderrechtskonvention, Artikel 24
- 2) Artikel 8 der EACH-Charta
- 3) “Kyoto Declaration of Pediatric Surgery”, World Federation of Associations of Pediatric Surgeons (WOFAPS), 2001
- 4) Visionen zur zukünftigen Struktur der Kinderchirurgie in Deutschland 2006, Positionspapiere, Homepage der DGKCH
- 5) Stellungnahme der DGKCH zur Rolle der Kinderchirurgie in der Versorgung der Früh- und Neugeborenen- bzw. Fehlbildungschirurgie 2013, Positionspapiere, Homepage der DGKCH
- 6) SURGICAL ADVISORY PANEL. Referral to Pediatric Surgical Specialists, *Pediatrics* 2014;133;350
- 7) Blum, K.; Morton, A.; Offermanns, M.: Mangelnde Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. *Das Krankenhaus*, 2015 (12), S. 1162-1164
- 8) J. Scheel, GKinD 2015