

# Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie



## Mitteilungen des Präsidenten

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die nun vor uns liegenden Monate werden vor allem dominiert durch unsere Herbsttagung vom 11. bis 13. September 2014 in Leipzig. Das Vorbereitungsteam unter Leitung unseres diesjährigen Kongresspräsidenten, Prof. Dr. G. Fitze, hat ein anspruchsvolles und interessantes wissenschaftliches Programm vorbereitet, wobei besonderer Wert auf die Gestaltung von interdisziplinären Veranstaltungen gelegt wurde. Wir hoffen auf eine rege Teilnahme und laden Sie alle ganz herzlich ein.

Die weitere Entwicklung des Kongresswesens der DGKCH ist eine unserer wichtigsten Aufgaben. Die Task force "Kongresswesen" der DGKCH hat am 18.07.2014 getagt und wird eine Konzeption zur Verbesserung der Teilnahme an den Kongressen der DGKCH erarbeiten. Die daraus resultierenden Maßnahmen werden wir Ihnen dann so bald als möglich in den Mitteilungen darstellen.

Am 24.07.2014 fand in Bad Kissingen anlässlich der Jahrestagung des Vereins der Bayrischen Chirurgen e.V. die Vorstandssitzung der DGCH statt. Folgende Beschlüsse sind für unsere Fachgesellschaft relevant:

- Es wurde ein Projekt für ein Open Access Journal der DGKCH beschlossen, an dem alle Fachgesellschaften beteiligt sind. Ziel ist es, die Attraktivität und Öffentlichkeitswirksamkeit der Fachgesellschaften zu erhöhen und für den Nachwuchs eine gute Gelegenheit zur Publikation zu schaffen. Es wird ein Editorial Board aus möglichst jungen Kollegen gebildet. Die Kosten für die Autoren wird in der ersten Projektphase die DGCH tragen. Auch die Chirurgischen Gesellschaften aus Österreich, der Schweiz, Polen, Frankreich und Italien sollen eingebunden werden. Für die DGKCH wird Prof. Rolle in der Projektgruppe mitarbeiten.
- Prof. J. Fuchs wurde der sog. Findungskommission als 3. Vizepräsidenten und Präsident der DGCH 2017/18 vorgeschlagen. Der Vorschlag fand breite Unterstützung. Die Wahl wird auf der Vorstands- und Präsidiumssitzung der DGCH vom 17. bis 18.10.2014 stattfinden.

Ein weiteres eindeutiges Indiz für die wachsende Anerkennung unserer Fachgesellschaft ist, dass Prof. P. P. Schmitteneber durch das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zum Leiter der Sektion Kindertraumatologie der DGU 2015 – 2017 gewählt wurde. Wir gratulieren Herrn Prof. Schmitteneber ganz herzlich, danken ihm für sein

unermüdliches Engagement für die Kindertraumatologie und wünschen ihm viel Erfolg.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die für alle verdiente Sommerpause hat hoffentlich für jeden von uns einen schönen und erholsamen Urlaub mit Erholung, Entspannung und Muse sowie spannenden Erlebnissen gebracht. Ich danke allen Mitstreitern für die engagierte und erfolgreiche Arbeit im ersten Halbjahr 2014 und freue mich auf weitere gute Zusammenarbeit.

Viele Grüße  
Ihr Prof. Dr. med. Bernd Tillig  
Präsident der DGKCH

## Mitteilung zur Transition kinderchirurgischer Patienten

### Hintergrund

Unter Transition wird im Gegensatz zum einfachen Transfer ein geplanter, zielgerichteter, begleiteter Übergang eines Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung oder angeborenen Fehlbildung vom kinderzentrierten zum erwachsenenzentrierten medizinischen Versorgungssystem verstanden. Bei komplexen Krankheitsbildern wie Fehlbildungen mit einer Vielzahl von betroffenen Organsystemen fehlen jedoch häufig kompetente spezialisierte Partner in der Erwachsenenmedizin. Außerdem gelingt es vielen betroffenen Jugendlichen nicht, den kontinuierlichen Übergang in die Erwachsenenmedizin selbstständig zu organisieren. Die Altersgruppe 16+ ist für die medizinische Betreuung besonders kritisch, da sie sich nicht mehr der Kindermedizin zugehörig fühlt, aber Probleme hat, in der Erwachsenenmedizin "anzukommen". [Hullmann et al. 2012; Brindis und Ralph 2011]. Diese Patienten verlieren den Kontakt zur notwendigen Spezialbetreuung und stellen sich oft erst dann wieder vor, wenn – möglicherweise vermeidbare – Komplikationen aufgetreten sind. Langjährige Bemühungen zur Vermeidung von Krankheitsfolgen können so in kurzer Zeit zunichte gemacht werden [Fredericks E 2009; Northam E et al. 2010; Brennan LJ und Rolfe PM 2011]. Um den Transitionsprozess zu systematisieren und eine erfolgreiche individuelle Transition zu gewährleisten und einen langfristigen Behandlungserfolg zu erreichen, wurden in den letzten Jahren internationale Richtlinien und spezifische Transitionsprogramme für unterschiedliche

Eur J Pediatr Surg 2014;24:437–439  
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 0939-7248

### Correspondence

Dr. Joachim Suß

Abteilung für Kinderchirurgie

Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Liliencronstraße 130

22149 Hamburg

Tel 040/67377216

Fax 040/67377380

j.suss@kkh-wilhelmstift.de

Internetadresse der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie:

<http://www.dgkch.de>

Erkrankungen entwickelt und erfolgreich etabliert [Rosen DS et al. 2003; Grant C und Pan J 2011].

### Grundlagen für erfolgreiche Transition

Mit klarer Strukturierung und gezielter Unterstützung kann die Transition so gestaltet werden, dass es zu einem harmonischen und medizinisch erfolgreichen Wechsel in die Erwachsenenmedizin kommt. Der Übergang muss längerfristig vorbereitet werden. Bei Patienten, bei denen eine lebenslange medizinische Behandlungsnotwendigkeit voraussehbar ist, sollte daher idealerweise von Geburt an eine Dokumentation aller wesentlichen Operationen und Behandlungen in einem separaten Befundordner erfolgen.

Die eigentliche Transition kann ab dem Alter von etwa 14 Jahren beginnen. Die Jugendlichen müssen gezielt gefordert und gefördert werden, um ihre Kenntnisse und ihre Selbstständigkeit im Umgang mit der Erkrankung zu verbessern. Sie sollen sich nicht mehr nur auf ihre Eltern und das vertraute Team verlassen. Die Eltern müssen auf die Abgabe von Verantwortung vorbereitet und dabei unterstützt werden. Dies ist erfahrungsgemäß ein mühsamer Prozess.

Durch den betreuenden Kinder und Jugendmediziner muß sichergestellt werden, dass die weiterbetreuenden Erwachsenenmediziner ausreichend über die Vorgeschichte des Patienten informiert sind. Dies kann als schriftliche Transitions-Epikrise, in einer gemeinsamen Transitionsprechstunde, oder in einer interdisziplinären Fallkonferenz erfolgen. Insbesondere Patienten bei denen mehrere Organsysteme betroffen sind, müssen in der organspezifisch orientierten Erwachsenenmedizin häufig interdisziplinär behandelt werden, um allen medizinischen Facetten gerecht werden zu können. Es ist daher hilfreich wenn ein Fallmanager während der Transitionphase die organisatorische Übersicht behält.

### Gesundheitsökonomische Relevanz

Das Fehlen einer etablierten, finanziell hinterlegten Struktur der Transition hat zur Folge, dass es für die meisten Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen zurzeit keine Unterstützung für diese Übergangsphase gibt. Dies ist nach internationalem Konsens von erheblicher Bedeutung sowohl für den individuellen Krankheitsverlauf, als auch hinsichtlich der Folgekosten für das Gesundheitssystem. Es muss davon ausgegangen werden, dass bei der Transition in die Erwachsenenmedizin 40% der Jugendlichen mit besonderem Versorgungsbedarf den Kontakt zur Spezialversorgung verlieren [Van Wallegghem N et al. 2008]. Auf Grund dieser Unterbrechung der kontinuierlichen Betreuung kann es zu einer erhöhten Morbidität und konsekutiven direkten und indirekten Krankheitskosten kommen. Transitionsprogramme, die als zentrales Element ein prozessorientiertes Fallmanagement haben, können diese Rate von 40% auf etwa 10% reduzieren [Van Wallegghem N et al. 2008].

Die Relevanz der Transitions-Problematik wird inzwischen in Deutschland als vordringlich zu lösende Aufgabe im Rahmen der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung hervorgehoben. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 2009 der Transition ein eigenes Kapitel gewidmet. In seinen Empfehlungen fordert der Rat explizit die verstärkte Förderung von Modellversuchen zur Transition und die Aufnahme der multidisziplinären Versorgung von Jugendlichen in der Transitionsphase in den Katalog hochspezialisierter Leistungen [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009].

### Aktuelle Entwicklungen in unserem Fachgebiet

Die Transition kinderchirurgischer Patienten gerät vermehrt in den Fokus der Bemühungen unserer Fachgesellschaft. Die Autoren wurden in diesem Jahr vom Vorstand der DGKCH beauftragt, die Entwicklung der Transition voranzutreiben. Erste systematische Transitionsprogramme wurden in der Medizinischen Hochschule Hannover und der Charité Berlin etabliert. In diesen Programmen wird zunächst die Transition von Adoleszenten mit Anorektaler Malformation und Ösophagusatresie systematisiert. Weitere Patientengruppen sollen folgen.

Um bestehende Ansätze und Konzepte zusammenzuführen und weiter zu entwickeln, hat sich 2012 die "Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V." (DGfTM) konstituiert. Sie bearbeitet das Thema Transition gemeinsam und interdisziplinär. Ihre Ziele sind: Die Situation der Betroffenen soll sich insbesondere in medizinischer und psychosozialer Hinsicht verbessern. Die Gesundheitspolitik soll auf das Thema aufmerksam gemacht werden. In der DGfTM engagieren sich Fachleute vieler großer Kliniken und Krankenhausträger Deutschlands.

Im Rahmen des Konsultationstreffens der Leitenden KinderchirurgInnen Deutschlands 2014 in Weimar wurde den Teilnehmern die Thematik von Frau Dr. Martina Oldhafer, Vorstand der DGfTM, in einem Übersichtsvortrag nähergebracht. PD Dr. Jens Dingemann stellte das Hannoveraner Transitionskonzept für Ösophagusatresie und Anorektale Malformation vor.

Für die DGKCH als Fachgesellschaft konnte 2013 in der DGfTM eine Arbeitsgruppe Kinderchirurgie etabliert werden. Am 28. und 29. November 2014 findet der 3. Kongress der DGfTM statt. Erstmals wird in diesem Rahmen eine kinderchirurgische Sitzung mit Vorträgen zur Transition von Patienten mit "Disorders of sexual Differentiation" (Prof. Wünsch, Lübeck), "Anorektaler Malformation" (Dr. Märzheuser, Berlin) und "Blasenektrophie" (Dr. Mack-Detlefsen, Köln) stattfinden.

Im Sinne unserer Patienten und unserer Fachgesellschaft freuen sich die Autoren auf weitere Mitstreiter aus unseren Reihen und auf engagierte Erwachsenenmediziner mit Interesse an diesem Thema, um die Transition kinderchirurgischer Patienten weiter zu entwickeln.

Jens Dingemann (Medizinische Hochschule Hannover)  
Benno M. Ure (Medizinische Hochschule Hannover)  
Stefanie Märzheuser (Charité Universitätmedizin Berlin)

### Literatur

- Brindis CD, Ralph LJ. Critical junctures: assuring healthy outcomes for adolescents in the new millennium. *Adolesc Med State Art Rev* 2011;22(3):341–366 ix.
- Brennan LJ, Rolfe PM. Transition from pediatric to adult health services: the perioperative care perspective. *Paediatr Anaesth.* 2011;21(6):630-5.
- Fredericks EM. Nonadherence and the transition to adulthood. *Liver Transpl.* 2009;15 Suppl 2:S63-9.
- Grant C, Pan J. A comparison of five transition programmes for youth with chronic illness in Canada. *Child Care Health Dev.* 2011;37(6):815-20.
- Hullmann SE, Chalmers LJ, Wisniewski AB. Transition from pediatric to adult care for adolescents and young adults with a disorder of sex development. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012 25(2):155–157.

Northam EA, Lin A, Finch S, Werther GA, Cameron FJ. Psychosocial well-being and functional outcomes in youth with type 1 diabetes 12 years after disease onset. *Diabetes Care*. 2010; 33(7):1430-7.

Rosen DS, Blum RW, Britto M, Sawyer SM, Siegel DM. Society for Adolescent Medicine. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 2003;33(4):309-11.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Spezielle Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (transitional care). In: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung.

[http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf); pp. 73-79. (Access 07. Feb 2014)

Van Wallegghem N, Macdonald CA, Dean HJ. Evaluation of a systems navigator model for transition from pediatric to adult care for young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2008;31(8):1529-30.

### Mitteilungen des Arbeitskreises kinderchirurgischer Assistenten

Zur 52. Jahrestagung der DGKCH in Berlin 2014 hat der AKA bereits zum dritten Mal das Forum "Junge Kinderchirurgie" veranstaltet. Thema war in diesem Jahr "Konzepte für die Weiterbildung in der Kinderchirurgie". Neben einem Überblick über die neue Musterweiterbildungsordnung, welche den Rahmen der kinderchirurgischen Weiterbildung festlegt, wurde über die Möglichkeiten von Teilzeitmodellen und deren Umsetzung im klinischen Alltag diskutiert. Eine spontane Umfrage zeigte, dass ein deutlicher Anteil der anwesenden Kinderchirurginnen und -chirurgen bereits in Teilzeit arbeitet und dies auch in vielen Abteilungen ermöglicht wird.

Des Weiteren gab es didaktische Tipps für Jungassistenten, die bereits früh in Ihrer Weiterbildung Verantwortung für die Ausbildung von z.B. PJ-Studenten übernehmen müssen und das modulare Weiterbildungskonzept der DGAV (Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie) wurde vorgestellt. Den Bogen zur klinischen Arbeit spannte schließlich der Vortrag über "die Herausforderung der minimalinvasiven Chirurgie (MIC) in der Weiterbildung".

Um das wichtige Themenfeld Weiterbildung langfristig weiter voran zu bringen will der AKA eine "Arbeitsgruppe Weiterbildung" ins Leben rufen. Diese soll sich idealerweise aus Vertretern der unterschiedlichen Interessensgruppen (Chefarzt, Oberarzt, Facharzt, Assistenzarzt, bzw. universitär – nicht universitär) zusammensetzen.

Da an der diesjährigen Jahrestagung in Berlin auffallend wenige kinderchirurgische Weiterbildungsassistenten teilgenommen haben (82 kinderchirurgische Teilnehmer, davon 8 Assistenzärzte) wurde eine Kurzbefragung zu den Gründen für die Nicht-Teilnahme durchgeführt. Leider nahmen nur 12,5% der angeschriebenen bei uns im AKA registrierten kinderchirurgischen Assistenten an der Befragung teil. Von diesen gaben Dreiviertel an, dass eine Teilnahme aufgrund der personellen Besetzung in der Klinik nicht möglich war.

In der Vorstandssitzung in Weimar wurde daraufhin beschlossen eine Arbeitsgruppe zu bilden, welche das Ziel hat, die geringe Teilnehmerquote der kinderchirurgischen Weiterbildungsassistenten an den Jahres- und Herbstkongressen zu verbessern.

In der Mitteilung 06/2013 hatte der AKA von dem Perspektivforum junge Chirurgie (PFJC) und seinen dortigen Aktivitäten berichtet. Erfreulicherweise ist es dem PFJC unter der Leitung von Gerhard Achatz (DGU) bei der Mitgliederversammlung der DGCH in Berlin dieses Jahr gelungen in den Vorstand der DGCH aufgenommen zu werden. Phillip Rogge wird unsere Fachgesellschaft bei den Sitzungen des PFJC vertreten und Elisabeth Friedrich wird sich bei den Inhalten "Familie und Beruf" einbringen.

Katharina Schwab  
Benjamin Schwab-Eckhardt

