Der schmale Grat in der orthopädischen Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen: zwischen Kompetenz und bloßer Präsenz

T. Wirth[1], A. Meurer[1], R. Rödl[2]

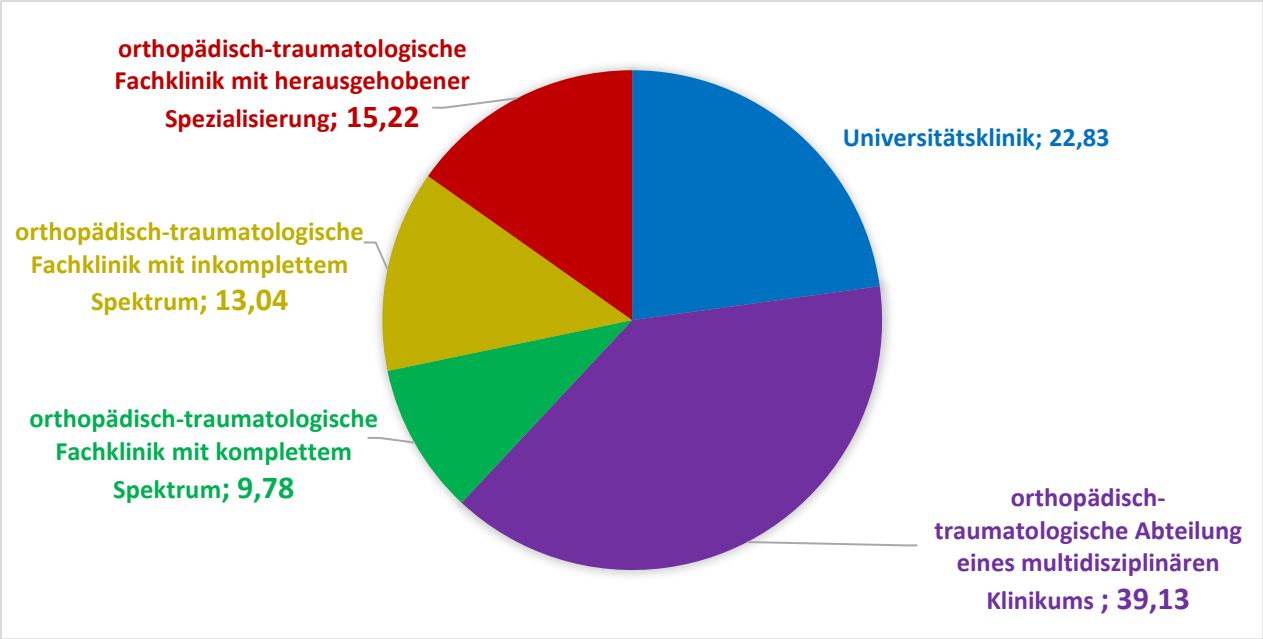
[1] Kommission Kinderorthopädische Versorgung der DGOOC

[2] 1. Vorsitzender der Vereinigung Kinderorthopädie (VKO)

Die orthopädische Landschaft verändert sich unter anderem durch eine dynamische Aufteilung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie in spezialisierte Untereinheiten sehr schnell. Das orthopädische Angebot für Kinder und Jugendliche in Deutschland war als Resultat einer im Jahre 2010 durchgeführten Umfrage als flächendeckend und adäquat beurteilt worden. Durch die ungebrochenen Subspezialisierungsbestrebungen sind unter diesen veränderten Bedingungen eine Verschiebung des kinderorthopädischen Angebots und auch eine regionale Unterversorgung denkbar. Im Auftrag der „Kommission kinderorthopädische Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) wurde die Umfrage zum kinderorthopädischen Angebot in der Bundesrepublik im Jahre 2019 wiederholt. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt

Gemäß der Datenbank der DGOOC wurde die Umfrage zum Angebot an kinderorthopädischen Leistungen den dort hinterlegten orthopädisch-traumatologischen Kliniken Deutschlands und in Praxen niedergelassenen Kollegen zugeschickt. 343 Antworten gingen ein. 16,6 % der Antwortenden waren nicht operativ tätig. Von den 92 Teilnehmern, die in Kliniken tätig sind, gaben 68,5 % an, dass an ihrer orthopädisch-traumatologischen Klinik Kinderorthopädie betrieben würde. Die antwortenden Kliniken waren zu 39,1 % orthopädisch-traumatologische Abteilungen eines multidisziplinären Klinikums und zu knapp 23 % Universitätsklinika. Der Rest verteilte sich auf orthopädisch traumatologische Fachkliniken mit teils komplettem, teils inkompletten Spektrum oder mit herausgehobener Spezialisierung (Abbildung 1). In 64 % war dem betroffenen beteiligten Klinikum eine Kinderklinik direkt angeschlossen. 75 % gaben an mit einer benachbarten Kinderklinik zusammen zu arbeiten.

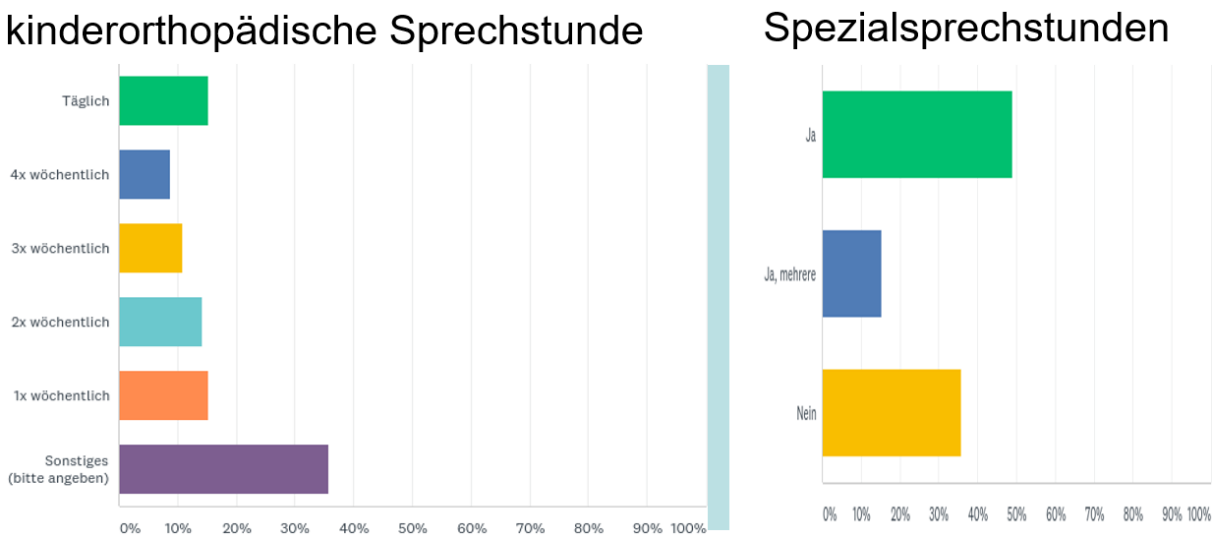
Abbildung 1: Verteilung der an der Umfrage Kinder- und Jugendorthopädie 2019 teilnehmenden Abteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie.



Die Weiterbildungsqualifikationen variierten unter den Antwortgebern zum Teil erheblich. 63 % der Teilnehmer verfügen über die komplette Weiterbildung für das Fach Orthopädie und Traumatologie, 42,4% über eine Weiterbildungszeit von 3 Jahren. In je $^{2}/_{3}$ der Kliniken wurde die zusätzliche Weiterbildung in spezieller Unfallchirurgie und oder spezieller orthopädische Chirurgie angeboten. Die Zusatzweiterbildung Kinderorthopädie war in 39 Fällen, entsprechend 42,4 % der Teilnehmer, vorhanden.

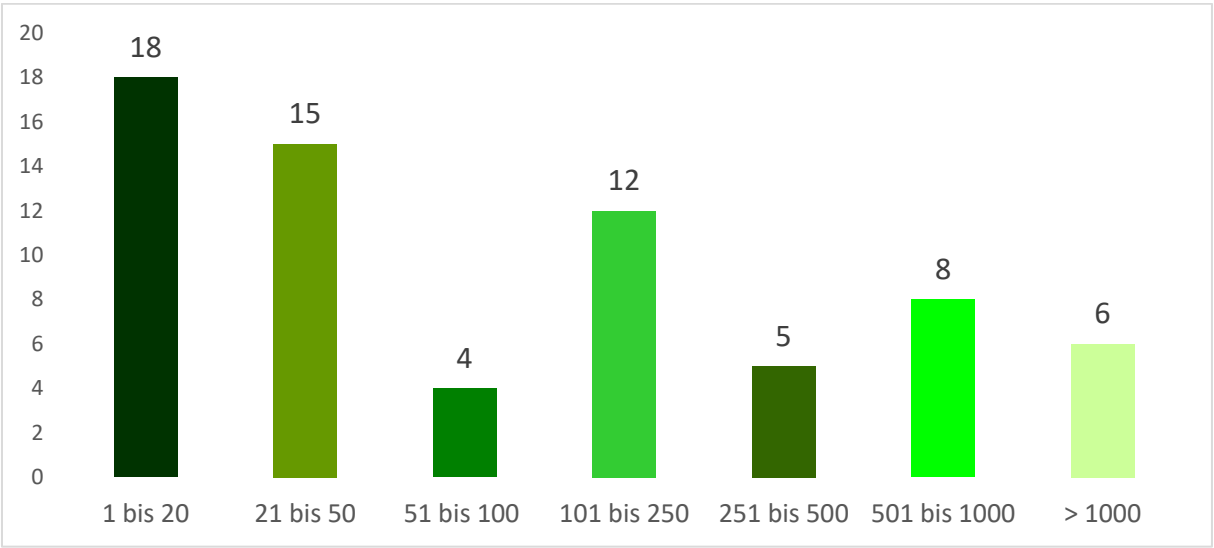
Auch das kinderorthopädische Leistungsspektrum und Angebot war sehr unterschiedlich. Von den 92 Teilnehmern führten 56,5 % eine eigene kinderorthopädische Sprechstunde durch. Nur 15 % hielten sie täglich ab (Abbildung 2). Spezialsprechstunden wie beispielsweise die Hüftultraschallsprechstunde für Säuglinge oder Skoliosesprechstunde und andere wurden in etwa 49 % abgehalten. In 15 % waren sogar mehrere Spezialsprechstunden vorhanden. Eine neuroorthopädische Sprechstunde wurde in 32 % der Fälle angeboten, in 13 % mit Anwesenheit von Krankengymnast*innen und Orthopädietechniker*innen. In über 90 % der antwortgebenden Kliniken war entweder der Chefarzt oder ein Oberarzt für die Kinderorthopädie als Hauptverantwortlicher zuständig. Allerdings besaßen nur 55 % die abgeschlossene Zusatzweiterbildung Kinderorthopädie. Die Weiterbildungsermächtigung Kinderorthopädie war in etwa 36 % der Fälle zugesprochen worden.

Abbildung 2: Verteilung der wöchentlichen kinderorthopädischen Sprechstunden und des Angebots an Spezialsprechstunden.



Die Größe der kinderorthopädischen Teams variierte stark mit einem Überwiegen des „Ein-Mann/Frau-Teams“ in 43,5 %. Abteilungen mit mehr als 3 Ärzten gab es nur in 24 % der Fälle, also bei 22 der 92 hier antwortenden Kliniken. Entsprechend variiert auch das operative Angebot in der Kinder-und Jugendorthopädie zwischen den antwortenden Abteilungen (Abbildung 3). 71,7 % bejahten eine operative kinderorthopädische Tätigkeit, 22,8 % verneinten Sie definitiv. Wirbelsäulenoperationen wurden immerhin in einem Drittel der Kliniken vorgenommen. Über 50 % der Teilnehmer erwähnten eine Kooperation mit überregionalen kinderorthopädischen Schwerpunktkliniken in Einzelfällen, nur 6,5 % regelmäßig. Auch die Kooperation in sehr speziellen Teilbereichen wie der Wirbelsäulenchirurgie oder der Tumororthopädie des Kindes- und Jugendalters wurde nur in einem Drittel im Sinne einer speziellen Kooperation befürwortet.

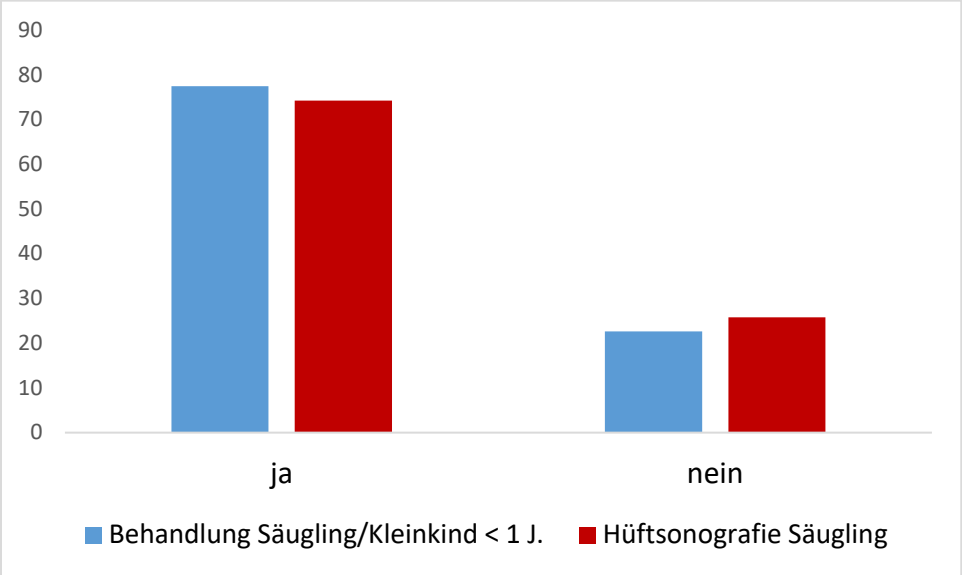
Abbildung 3: Anzahl kinder-und jugendorthopädischer Operationen pro anno (operativ tätige Kliniken n=75/92, keine Angaben n=5)



62 Antworten kamen von Teilnehmern der Umfrage, die entweder in einer Einzelpraxis (43,5 %) oder in einer Gemeinschaftspraxis (38,7 %) tätig sind. 14 Teilnehmer gaben an, die (Teil-)Ermächtigung zur Zusatzweiterbildung Kinderorthopädie zu besitzen. Von 53,2 % wurde eine spezielle kinderorthopädische Sprechstunde vorgehalten. Über $^{3}/_{4}$ der antwortgebenden Praxen behandelt Säuglinge oder Kleinkinder, die jünger als 1 Jahr alt sind. Die sonografische Untersuchung der

Säuglingshüfte wird von 74 % der Teilnehmer durchgeführt (Abbildung 4). Eine enge Zusammenarbeit mit Kinderärzten findet in $^{3}/_{4}$ der Praxen regelmäßig statt. Auf die Frage nach der Art ihrer kinderorthopädischen Tätigkeit gaben 65 % der Teilnehmer eine therapeutische und 35 % eine präventive Ausrichtung an.

Abbildung 4: Verteilung der Behandlung von Kindern < 1. Lebensjahr und Hüftultraschall im Säuglingsalter unter den teilnehmenden niedergelassenen Kolleg*innen

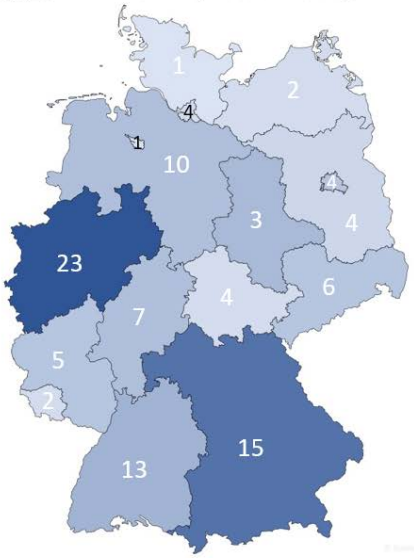


Interpretation der Daten

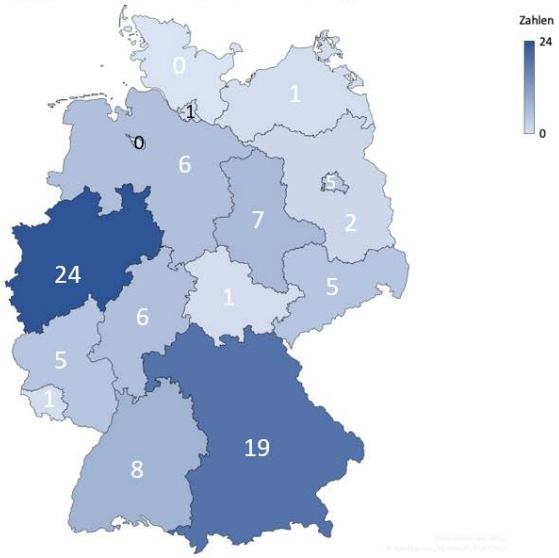
Die Rücklaufquote der Umfrage ist sowohl bei den Kliniken als auch bei den niedergelassenen Orthopäd*innen als niedrig einzuschätzen. Damit muss die Datenqualität als schlecht eingestuft und deren Interpretation mit größter Zurückhaltung vorgenommen werden. Allerdings war die Teilnahme der im Jahre 2010 durchgeführten Befragung mit einem Rücklauf von 104 Fragebögen, die nur an Kliniken verschickt worden waren, kaum größer ([1], 2019: 92). Wenn man sich aber die Verschiebung der Angaben zur Anzahl kinderorthopädischer Abteilungen in der Bundesrepublik ansieht, so sind in vielen Bundesländern Rückgänge zu verzeichnen, nur in einigen wenigen Zuwächse (Abbildung 5). Aus Schleswig-Holstein und aus Bremen kamen dieses Mal keine Angaben zum kinderorthopädischen Angebot.

Abbildung 5: geografische Verteilung des kinderorthopädischen Angebots in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich der Jahre 2010 und 2019.

Umfrage 2010 Kinderorthopädische Abteilungen



Umfrage 2019 Kinderorthopädische Abteilungen



Die kinderorthopädische Sprechstundentätigkeit bildet sich in der aktuellen Umfrage etwas anders ab. Die Werte für die 1x wöchentliche und tägliche Sprechstunde halten sich nun die Waage – 2010 war die tägliche Sprechstunde noch unter 10% gelegen. Das könnte ein gutes Zeichen sein. Allerdings hat sich über die 10-Jahres-Periode ein Rückgang der Spezialsprechstundentätigkeit eingestellt. Zwar sieht man einen Anstieg der Angabe „eine Spezialsprechstunde“ auf 49%, aber der Anteil mehrerer Spezialsprechstunden ist von 38,5 auf 15% und die Durchführung einer neuroorthopädischen Sprechstunde von 45,2 auf 31,5% zurückgefallen.

Diese Umfrage gibt außerdem Hinweise auf die ärztliche Qualifikation in der Kinderorthopädie. Wir verzeichnen sowohl einen Rückgang der die kinderorthopädische Sprechstunde abhaltenden Orthopäden mit der Zusatzqualifikation Kinderorthopädie (55,4%; 2010: 72,5%) als auch eine Reduzierung der zur Weiterbildung Kinderorthopädie ermächtigten Kollegen – zumindest nach den Angaben in dieser Umfrage. Der Anteil Letzterer beträgt nur 35,9% (2010: 46,2%)

Eine weitere interessante Entwicklung zeichnet sich in der Bewertung der operativen Kinderorthopädie ab. Während viele Abteilungen bis zu 20 kinderorthopädische Eingriffe im Jahr angegeben haben, so hat der sich Mittelbau, also Kliniken, die zwischen 21 und 500 kinder- und jugendorthopädische Eingriffe im Jahr durchführen, im Jahre 2019 mit kleineren Zahlen zurückgemeldet. Bei den spezialisierten Kliniken hingegen, die Eingriffe jenseits der 500 Operationen pro Jahr machen, hat es einen Zuwachs gegeben. Man kann deshalb noch nicht von einem sich abzeichnenden Spezialisierungstrend sprechen, man muss diese Entwicklung über die nächsten Jahre aber weiter verfolgen.

Im niedergelassenen Bereich sind die Rückläufer in Relation zur Gesamtzahl praktizierender Orthopäden und Unfallchirurgen als Einzelmeldungen von an der Kinderorthopädie interessierten Kollegen zu verstehen. Dass drei Viertel der antwortenden Kollegen Kinder unter einem Jahr betreuen und auch die sonografische Vorsorgeuntersuchung der Säuglingshüfte vornehmen, stimmt zwar hoffnungsvoll, wird vor dem Hintergrund der enorm hohen Dunkelziffer nicht antwortender Niedergelassener aber zum Alarmzeichen. Eine repräsentative Erhebung zu den ambulanten Leistungen in der Kinder- und Jugendorthopädie im Bereich der Niedergelassenen scheint zwingend

nötig und könnte vom Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU) oder über die gesetzlichen Krankenkassen gesteuert werden.

In der Zusammenfassung dieser Ergebnisse erscheint die kinder- und jugendorthopädische Versorgung in einem schlechteren Licht als noch vor 10 Jahren. Wenngleich die Datenqualität nachvollziehbar nur vorsichtige Schlussfolgerungen zulässt, so muss man drei wichtige Punkte ansprechen:

- Die flächendeckende orthopädische Versorgung von Kindern in der Bundesrepublik weist mittlerweile besorgniserregende Lücken auf.
- Innerhalb der Kliniken scheint es zu Konzentrationsvorgängen zu kommen, die sich in einer Reduktion von Sprechstunden und im Besonderen von Spezialsprechstunden niederschlagen.
- Die operative Tätigkeit in der Kinderorthopädie wird derzeit möglicherweise einem Konzentrierungsprozess unterzogen, indem sich eine Verlagerung chirurgischer Behandlungen in große Spezialabteilungen andeutet.

Diese Entwicklung kann unter dem Aspekt der bereits diskutierten und in manchen Metropolregionen etablierten Netzwerkbildung durchaus auch positiv gesehen werden, wenngleich die kompetente flächendeckende kinderorthopädische Versorgung erhalten werden muss [2].

Literatur:

1. Wirth, T: Kinderorthopädie: Attraktive Teilspezialität innerhalb der Orthopädie. OU 2011; 1: 192-195
2. Wirth, T: Netzwerk Kinderorthopädische Versorgung. Regionale Strukturen bilden die Basis. OU 2019; 9: 50-51