

Orthopädische Versorgung der Kinder und Jugendlichen

Zwischen Kompetenz und bloßer Präsenz

BVOU

DGOU

DGOOC

DGU

VLOU

Die orthopädische Landschaft verändert sich unter anderem durch eine dynamische Aufteilung des Faches O und U in spezialisierte Unter-einheiten durch die ungebrochenen Sub-spezialisierungsbestrebungen sehr schnell. Das bisher bundesweit adäquate kinderorthopädische Angebot könnte unter diesen Bedingungen eine Verschiebung bis hin zu regionalen Unterversorgungen erfahren haben. Im Auftrag der Kommission „Kinderorthopädische Versorgung“ der DGOOC wurde die Umfrage zum kinderorthopädischen Angebot in der Bundesrepublik aus dem Jahre 2010 im Jahre 2019 wiederholt. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Qualifikationen variieren erheblich

Gemäß der Datenbank der DGOOC wurde die Umfrage zum Angebot an kinderorthopädischen Leistungen den dort hinterlegten orthopädisch-traumatologischen Kliniken Deutschlands und den in Praxen niedergelassenen Kollegen

zugeschickt. 343 Antworten gingen ein. 16,6% dieser Kinderorthopäden 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. In 64% war dem betroffenen beteiligten Klinikum eine Kinderklinik direkt angeschlossen. 75% gaben an, mit einer benachbarten Kinderklinik zusammenzuarbeiten.

Die Weiterbildungsqualifikationen im Gesamtfach variierten unter den Antwortgebern teils erheblich. Bezogen auf die Kinderorthopädie war die dafür vorgesehene Zusatzweiterbildung 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 (Abb. 1). Spezialsprechstunden wie etwa die Hüftultraschallsprechstunde für Säuglinge

wurden in etwa 49% angeboten. In 15% waren sogar mehrere Spezialsprechstunden vorhanden. Eine neuroorthopädische Sprechstunde gab es in 32% der Fälle, in 13% mit Anwesenheit von Krankengymnastinnen und Orthopädietechnikern. In über 90% der antwortenden Kliniken war entweder der Chef- oder ein Oberarzt für die Kinderorthopädie als Hauptverantwortlicher zuständig. Aber es besaßen nur 55% die abgeschlossene Zusatzweiterbildung Kinderorthopädie. Die Weiterbildungsermächtigung Kinderorthopädie war in etwa 36% der Fälle zugesprochen worden.

Kleine Teams

Die Größe der kinderorthopädischen Teams variierte stark, mit überwiegend „Ein-Mann/Frau-Teams“ in 43,5%. Abteilungen mit mehr als drei Ärzten gab es nur in 24% der Fälle, also bei 22 der 92 antwortenden Kliniken. Entsprechend unterschied sich auch das operative Angebot in der Kinder- und Jugendorthopädie zwischen den antwortenden Abteilungen (Abb. 2). 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 Schwerpunkt-kliniken in Einzelfällen, nur 6,5% regelmäßig. Auch die Kooperation in sehr speziellen Teilbereichen wie der Wirbelsäulenchirurgie oder Tumororthopädie wurde nur durch ein Drittel der Befragten positiv beantwortet.

Interpretation der Daten

Die Rücklaufquote der Umfrage ist sowohl bei den Kliniken als auch bei den niedergelassenen Orthopäden als niedrig einzuschätzen. Damit muss die Da-

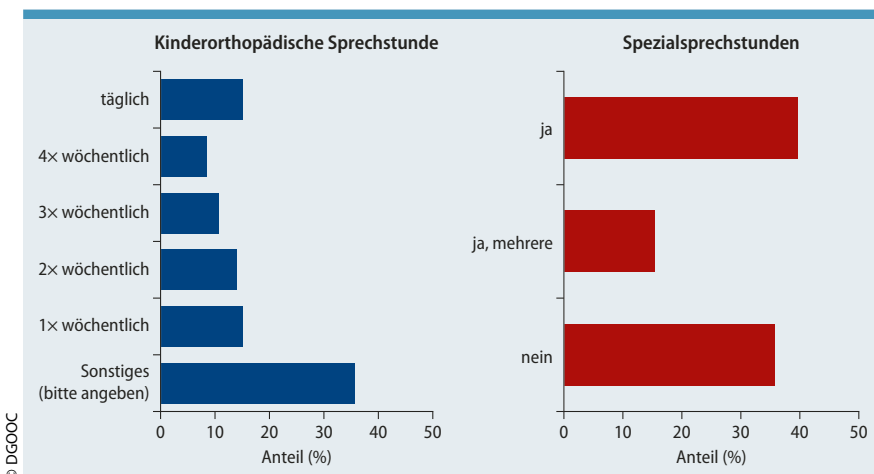


Abb. 1: Von den 92 Teilnehmern der Umfrage führten 56,5% eine eigene kinderorthopädische Sprechstunde durch. Nur 15% hielten sie täglich ab.

tenqualität als schlecht eingestuft und deren Interpretation mit größter Zurückhaltung vorgenommen werden. Jedoch war die Teilnahme an der 2010 durchgeführten Befragung mit einem Rücklauf von 104 Fragebögen, die nur an Kliniken verschickt worden waren, kaum größer ([1], 2019: 92). Schaut man sich aber die Verschiebung der Angaben zur Anzahl kinderorthopädischer Abteilungen in Deutschland an, so sind in vielen Bundesländern Rückgänge zu verzeichnen, nur in wenigen Zuwächse. Aus Schleswig-Holstein und Bremen kamen dieses Mal keine Angaben zum kinderorthopädischen Angebot.

Die kinderorthopädische Sprechstundentätigkeit bildet sich in der aktuellen Umfrage etwas anders ab. Die Werte für die einmal wöchentliche und tägliche Sprechstunde halten sich nun die Waage – 2010 hatte 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 einen Rückgang der die kinderorthopädische Sprechstunde durchführenden Orthopäden mit der Zusatzqualifikation Kinderorthopädie (55,4 %; 2010: 72,5 %) und 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 sich der 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 Operatio-

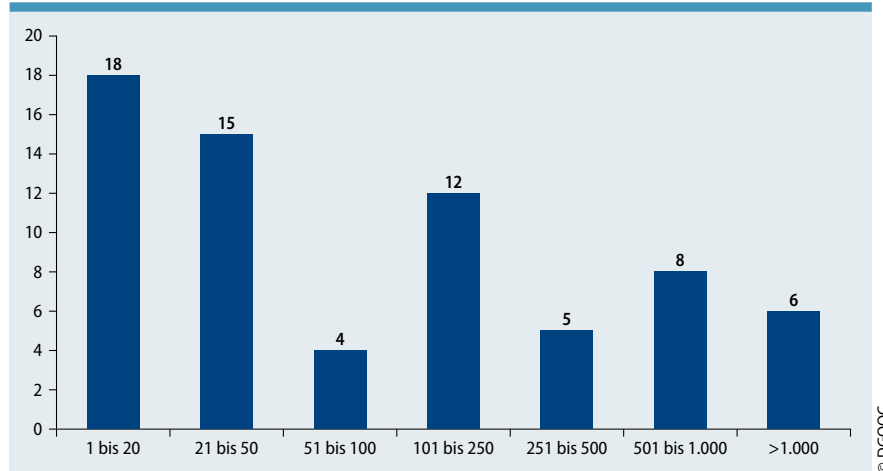


Abb. 2: 71,7 % der befragten Kliniken bejahen eine operative kinderorthopädische Tätigkeit, 22,8 % verneinten sie definitiv.

nen pro Jahr machen, hat es einen Zuwachs gegeben. Man kann deshalb noch nicht von einem sich abzeichnenden Spezialisierungstrend sprechen, sondern muss diese Entwicklung über die nächsten Jahre weiter verfolgen.

Schlechtere Versorgung

In der Zusammenfassung dieser Ergebnisse erscheint die kinder- und jugendorthopädische Versorgung in einem schlechteren Licht als noch vor zehn 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 besonders 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 bei in mancher Metropolregion etablierter 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;1:192–5
2. Wirth T. Netzwerk Kinderorthopädische Versorgung. Regionale Strukturen bilden die Basis. OU 2019;9:50–1



Langfassung unter: https://dgou.de/fileadmin/dgou/dgou/Dokumente/Umfragen/Publication_zur_Umfrage_Kinderorthop%C3%A4die_2019.pdf



Prof. Dr. Thomas Wirth
Stuttgart
Kommission Kinderorthopädische Versorgung der DGOOC

© Klinikum Stuttgart



Prof. Dr. Andrea Meurer
Frankfurt
Kommission Kinderorthopädische Versorgung der DGOOC

© Orthopädische Klinik Friedrichsheim



Prof. Dr. Robert Rödl
Münster
1. Vorsitzender der Vereinigung Kinderorthopädie (VKO)

© UKM