

Fact Sheet zu Kinder- und Jugendchirurgie (Stand: 11. März 2025)

Von Professor Dr. med. Udo Rolle, Präsident 2024/2025 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH), Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Frankfurt/M.

Über die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH)

Gegründet im Jahr 1963 vertritt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH) die Interessen der Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen in Deutschland in allen wissenschaftlichen, fachlichen und berufspolitischen Belangen. Sie ist Ansprechpartnerin für über 700 aktiv kinderchirurgisch tätige Ärztinnen und Ärzte, die in mehr als 100 Kliniken, Abteilungen und Niederlassungen arbeiten. Seit Anfang der 1990er-Jahre ist es in Deutschland möglich, sich direkt zum Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie zu qualifizieren, ohne vorher in der Allgemeinchirurgie ausgebildet worden zu sein. In der ehemaligen DDR war dies bereits seit 1974 gegeben.

Mit den Spezialisierungen Kinderurologie, Kindertraumatologie, plastische Kinderchirurgie, onkologische Kinderchirurgie, Kinderneurochirurgie und Neugeborenenchirurgie entwickelt sich das Fach seither stetig weiter.

Die Kinderchirurgie hat sich als eigenes Fach aus der Erwachsenenchirurgie entwickelt. Erste Kinderchirurgen waren zunächst Chirurgen, die sich das Operieren von Kindern zur Hauptaufgabe machten. Im Jahr 1882 eröffnete in Stuttgart die erste kinderchirurgische Abteilung in Deutschland. Pioniere der Kinderchirurgie wie Professor Fritz Rehbein aus Bremen brachten das Fachgebiet mit Ideen und außerordentlichen operativen Fähigkeiten weiter. Ab den 1950er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts erzielten sie bei der Behandlung von Kindern mit bislang unheilbaren Fehlbildungen bahnbrechende Fortschritte. Ähnliche Entwicklungen zeigten sich in den anderen Sparten der Kinder- und Jugendchirurgie und sind neben den verbesserten Operationstechniken vor allem mit den Entwicklungen in der Kinder-Intensivmedizin, Kinderanästhesie und Kinderradiologie verbunden.

Die DGKJCH ist in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) organisiert. Auf dem 142. Deutschen Chirurgie Kongress der DGCH vom 26. bis 28. März 2025 in München ist sie mit 32 eigenen Sitzungen zur Kinder- und Jugendchirurgie und 11 interdisziplinären Veranstaltungen vertreten.

Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen behandeln heute alle Kinder jeden Alters – vom ungeborenen Kind zum Früh- und Neugeborenen über Kleinkinder bis hin zu den Jugendlichen. Zu den häufigsten Eingriffen gehören Standardoperationen von Bauchwandbrüchen, Hodenhochständen, Vorhautverengungen und Blinddarmfortsatzentzündungen. Die eigentliche Kompetenz der Kinder- und Jugendchirurgie offenbart sich in der Versorgung angeborener Fehlbildungen, der Neugeborenenchirurgie, komplexer Unfallverletzungen und vor allem auch in der interdisziplinären Kinderkrebstherapie. Hierbei kommen modernste Techniken zum Einsatz wie die minimalinvasive Chirurgie und die ersten robotisch-unterstützten Operationsverfahren.



In 14 Arbeitsgruppen und Arbeitsgemeinschaften (AGs) befassen sich Experten der DGKJCH mit ausgewählten kinder- und jugendchirurgischen Themen und erarbeiten entsprechende Behandlungsstandards. Hierzu gehören die AG Fetale Chirurgie, AG für minimalinvasive Kinderchirurgie, AG Kinderurologie und der Arbeitskreis Globale Kinderchirurgie/Global Paediatric Surgery. Die DGKJCH hat zudem gemeinsam mit anderen Fachgebieten zahlreiche Leitlinien zu wichtigen Krankheitsbildern entwickelt, wie etwa zu Unterarmfrakturen, Leistenhernien oder zum Thema Beschneidung, und diese veröffentlicht.

Prävention ist ein weiteres zentrales Anliegen der DGKJCH, dem sich unter anderem die Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung und Patientensicherheit widmet.

Die DGKJCH versteht Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen als Partner der Kinder, Eltern und aller anderen mit der Kinder- und Jugendmedizin befassten Disziplinen. Eine zielgerichtete und schonende Versorgung der Patienten vom Frühgeborenen und Säugling bis zum Teenager ist zudem nur möglich mit genauesten Kenntnissen der Wachstumsvorgänge, differenzierten Operationstechniken und individueller, kindgerechter Pflege und Betreuung. Dafür sorgen heute interdisziplinäre Teams aus Kinderchirurgen, Kinderärzten, Intensivmedizinern, Kinderanästhesisten, Kinderkrankenschwestern und Sozialarbeitern gemeinsam. Immer gilt es, das Zusammenspiel verschiedener Organsysteme zu berücksichtigen, die noch wachsen und reifen – zum Wohl der kleinen Patientinnen und Patienten.

Welches sind die häufigsten Eingriffe in der Kinderchirurgie?

Die häufigsten Eingriffe in der Kinderchirurgie sind Standardeingriffe zur Versorgung von Leistenbrüchen (circa 30.000/Jahr), Vorhautverengung, Hodenhochstand und natürlich die Operation von Blinddarmfortsatzentzündungen (20.000/Jahr).

Konservative und operative Knochenbruchversorgungen im Kinder- und Jugendalter sind ebenfalls häufig.

Im Vergleich dazu sind Operationen von großen Fehlbildungen bei Neugeborenen mit insgesamt circa 1.000 Eingriffen nicht sehr häufig, aber besonders relevant, da diese nur von Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen in speziellen Zentren ausgeführt werden.

Welches sind die wichtigsten Unterschiede der Kinderchirurgie zur Erwachsenen Chirurgie?

Ganz generell kann festgestellt werden, dass Kinder und Jugendliche eine spezielle Anatomie und Physiologie aufweisen, die durch die Entwicklung des kindlichen Organismus gekennzeichnet sind.

Insbesondere ergeben sich im Neugeborenenalter daraus besondere Konstellationen, die im Erwachsenenalter nicht bekannt sind. Dabei ist eine enge Beziehung zur embryonalen Entwicklung und zu deren pathologischen Störungen offensichtlich.

Ein besonderes Beispiel ist die Ösophagusatresie, bei der die Speiseröhre aufgrund einer Störung in der embryonalen Entwicklung nicht durchgängig ist. Diese Fehlbildung betrifft circa 250 Neugeborene/Jahr in Deutschland.

Anorektale Fehlbildungen, die durch eine nicht angelegte Analöffnung mit variablen Begleitfehlbildungen gekennzeichnet sind, betreffen circa 300 Neugeborene/Jahr in Deutschland.

Ebenfalls besonders relevant sind Bauchwandfehlbildungen im Neugeborenenalter („offene Bauchdecke“, Gastroschisis, Omphalozele, circa 450 Neuerkrankte pro Jahr).

Darüber hinaus hat der kindliche Körper eine weitaus bessere plastische Reaktion als der erwachsene Körper.

Das gilt vor allem für Eingriffe an Knochen. Die Kinder haben an den Knochen sogenannte Wachstumszonen (Epiphysen), die bei Verletzungen sorgfältig rekonstruiert werden müssen, damit keine Wachstumsstörungen an den Gelenken resultieren. Auf der anderen Seite haben kindliche Knochen eine sehr große Potenz zu Spontankorrekturen bei nicht Wachstumsfugen-assoziierten Frakturen. Dadurch können sich auch deutlich verschobene Frakturen spontan korrigieren. Die sich daraus ergebenden Möglichkeiten einer großzügigen, nicht operativen Versorgung ist Kinder- und Jugendtraumatologen bekannt.

Ein weiteres Beispiel ist der kindliche Leistenbruch, der komplett anders ist als der Leistenbruch des Erwachsenen. Bei den Kindern liegt ein angeborener Leistenbruch vor, bei dem eine Verbindung vom Bauchraum in den Leistenkanal offen geblieben ist. Die Bauchwandstrukturen (Muskeln, Faszien) sind korrekt angelegt, deshalb ist nach der Leistenbruchversorgung keine aufwendige Faszienverdübelung oder Einlage von Fremdmaterial erforderlich. Daraus ergeben sich vollkommen verschiedene Techniken zur Leistenbruchversorgung.

Welche Operation sollten nur Kinderchirurgen durchführen? Und wie können langfristige Folgen durch eine nicht kindgerechte Versorgung auftreten?

Kinderchirurgen und Kinderchirurginnen sollten alle Eingriffe bei Neugeborenen, bei angeborenen Fehlbildungen und bei allen kinderonkologischen Krankheitsbildern durchführen. Kindertraumatologisch und kinderurologisch erfahrene Kolleginnen und Kollegen sollten die entsprechenden Patienten versorgen.

Dieser Standard muss gewährleistet sein, weil insbesondere bei Neugeborenen und bei Kindern im Wachstumsalter andere Techniken angewendet werden als bei Erwachsenen in der Erwachsenenmedizin. Zum Beispiel können Implantate nicht mitwachsen.

Ein wesentlicher, wichtiger Aspekt ist, dass wir bei diesen Patienten einen einzigen guten chirurgischen Versuch haben.

Es hat sich klar gezeigt, dass die Langzeitergebnisse schlechter sind, wenn eine Nachoperation von zum Beispiel Ösophagusanastomosen oder Operationsverfahren bei anorektalen Fehlbildungen erforderlich ist.

Alle Operationen im Kindes- und Jugendalter müssen den möglichst besten Erfolg garantieren, da diese operativen Ergebnisse die Kinder ein ganzes Leben begleiten.

Wozu braucht man kinderchirurgische Zentren?

Viele der kinderchirurgisch relevanten Erkrankungen im Neugeborenenalter oder Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden oder Erkrankungen des Urogenitalsystems sind sehr selten. Wir haben Häufigkeiten von zum Beispiel 1 zu 3 bis 1 zu 5.000 bei lebend geborenen Kindern, und das heißt, dass wir 200 bis 250 Neuerkrankte zum Beispiel mit Ösophagusatresie, also Speiseröhrenfehlbildungen, haben (siehe oben). Und diese Krankheitsbilder müssen zentralisiert versorgt werden, weil es einen ganz klassischen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Versorgungen und der Qualität gibt.

Welches sind die größten Probleme der Kinderchirurgie? Welche Forderungen würden Sie aufstellen?

— Eines der größeren Probleme der Kinderchirurgie ist momentan die noch dezentrale Versorgung der seltenen Krankheitsbilder. Diese Krankheitsbilder müssen zentralisiert versorgt werden, um ein besseres Resultat, eine bessere Qualität der Versorgung daraus zu garantieren.

Das geht aber nur, wenn insgesamt die Kindermedizin, und da spreche ich ausdrücklich für die gesamte Kindermedizin, sowohl die konservative als auch chirurgische Kindermedizin, besser ausgestattet und besser finanziert wird. Es ist kein vernünftiger Weg, dass Krankenhäuser, auch vor allem Kinderkrankenhäuser, daran gemessen werden, welchen ökonomischen Erfolg sie erzielen. Das ist meiner Meinung nach ein Irrweg – und dieser muss geändert werden.

Welche Rolle spielen die Eltern bei der Versorgung? Was wollten Sie ihnen schon einmal sagen?

Die Eltern unserer Patienten sind ein zentraler Bestandteil der Versorgung der Kinder. Die Eltern kennen ihre Kinder selbstverständlich am besten. Und die Eltern können genau beschreiben, welche Probleme ihre Kinder haben. Und die Eltern können insbesondere dann im Rahmen der Versorgung ihre Kinder größtmöglich unterstützen, weil sie sie im Krankenhaus begleiten dürfen und begleiten sollen.

— Was ich immer schon mal sagen wollte, ist, dass viele Eltern sich sehr viele Sorgen machen. Wir stehen zur Verfügung, um ihnen diese Sorgen zu nehmen. Wir können auf der Basis gegenseitigen Vertrauens die Beratung und die Behandlung ihrer Kinder übernehmen.

Mehr zur DGKJCH: www.dgkjch.de