

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie



Mitteilungen des Präsidenten

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

ich möchte Ihnen über einige relevanten berufspolitischen Sachverhalte unserer Fachgesellschaft berichten. Ausgangspunkt für diesen Bericht ist das Konsultationstreffen der Leitenden KinderchirurgInnen Deutschlands, gemeinsam mit den Vertretern des Berufsverbandes der niedergelassenen Kinderchirurgen und Kinderchirurginnen. Das Treffen fand in Bonn statt und es haben ca. 50 KinderchirurgInnen an diesem Treffen teilgenommen. Die Organisation wurde von Herrn Prof. Boemers, Köln, in Zusammenarbeit mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, vorgenommen und in diesem Sinne möchte der Vorstand Herrn Prof. Boemers für die außerordentlich gute Organisation des Treffens danken. Die inhaltlichen Schwerpunkte waren das Durchgangsarzt-Verfahren in der Kinderchirurgie, die Subspezialisierung und Zertifizierungen der Kinderchirurgie, der Stellenwert der ambulanten Kinderchirurgie innerhalb unserer Bundesrepublik mit einem Fokus auf Datenerhebung und Kooperationsmodellen mit den Zentren, die Zentralisierung der Kinderchirurgie unter Berücksichtigung des GBA-Beschlusses Neonatologie, der Krankenhausmarkt im Wandel der Zeit und schließlich auch historische Aspekte unserer Fachgesellschaft.

Das Durchgangsarzt-Verfahren wurde gemeinsam mit Herrn Markus Oberscheven als Vertreter der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung disku-

tiert. Grundsätzlich wurde festgehalten, dass das DA-Verfahren für den Bereich Kinderchirurgie im Jahr 2012 restrukturiert wird. Aktuell gilt noch der Zulassungskatalog vom 01.01.2005. Schwerpunkte der Diskussion waren Altersgrenzen im Kindesalter, Mindestmengenregelung für das DA-Verfahren, die Fortbildungspflicht für D-Ärzte und das Verletzungsartenverfahren auf der Grundlage eines von der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie entwickelten Operationskataloges. Im Weiteren wurde festgestellt, dass für die Behandlung von Schwerverletzten ein neuer Kriterienkatalog, der vor allem auf strukturellen Grundlagen beruht, erarbeitet werden muss. In einer intensiven Diskussion wurden die verschiedenen Standpunkte erörtert und letztlich haben sich unsere Fachgesellschaft und die Vertreter der Tagung für einen dezidierten Operationskatalog im Sinne der Qualitätssicherung bei der Behandlung von Kindern ausgesprochen. Dieser Operationskatalog sollte in Zukunft Gültigkeit sowohl für die Unfallchirurgen als auch für die Kinderchirurgen haben. Aus unserer Sicht wurde in dieser Sitzung die Position unserer Fachgesellschaft zum Problem des DA-Verfahrens klar dargelegt und wir sind optimistisch, dass bei der Überarbeitung des DA-Verfahrens im Kindesalter diese Dinge Berücksichtigung finden. In der Diskussion blieb offen, ob es in Zukunft einen spezifischen D-Arzt für das Kind gibt oder nicht.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung war die Subspezialisierung und Zertifizierung in der Kinderchirurgie. Durch Herrn Prof. Schmittenebecher, Karlsruhe, wurde sehr ausführlich der Stand der Musterweiterbildungsordnung mit den verschiedenen Möglichkeiten der Subspezialisierung in der Kinderchirurgie erläutert. Herr Prof. Stehr, München, ist im Detail nochmals auf die Subspezialisierung und Zertifizierung der Kinderurologie in Deutschland und Europa eingegangen. Letztlich wurden erste Module für die Musterweiterbildungsordnung vorgestellt und diskutiert. Dabei hat sich das Modul Kindertraumatologie im Wesentlichen

dem vorgeschlagenen Operationskatalog für das DA-Verfahren angeglichen. Ein erster Entwurf in der kinderurologisch spezifischen Weiterbildung zeigt, dass hier eine sehr enge Anlehnung an die Richtlinien der ESPU vorgenommen wurde. Das Signal vonseiten der Teilnehmer war relativ eindeutig und sprach sich für die Weiterentwicklung der Subspezialisierung der Kinderchirurgie in einem modularen System aus. Inwiefern diese Sachverhalte von der Bundesärztekammer Berücksichtigung finden, bleibt offen. In jedem Fall steht jedoch eine Restrukturierung der Weiterbildung innerhalb der nächsten 5–8 Jahre an und unsere Fachgesellschaft sollte hier ein klares Weiterbildungskonzept vorlegen können.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie ist die einzige Fachgesellschaft innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die derzeit keine Zertifizierung auf der Basis einer Qualitätssicherung vornimmt. Aus Sicht der Vorstandes der Fachgesellschaft, aber aus der Sicht vieler Chefärzte, ist es dringend notwendig, die Behandlungsqualität von Kindern zu erfassen, um hier über eine Zertifizierung auch die einzelnen Zentren in wirklicher Weise in Kompetenz-, Referenz- und Exzellenzzentren zu unterteilen. In diesem Zusammenhang wurde von Herrn Prof. Just als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, ein sehr innovativer Vortrag gehalten und er hat für unsere Fachgesellschaft zahlreiche Anregungen gegeben. Es herrschte Konsens darüber, dass für den Bereich der Neugeborenen- und Fehlbildungschirurgie eine solche Qualitätssicherungsstudie und Zertifizierung in Angriff genommen werden sollte. Federführend soll hierbei Herr Prof. Boemers aus dem Kinderkrankenhaus der Kliniken Stadt Köln verantwortlich sein. Herr Prof. Boemers wird eine Arbeitsgruppe etablieren und innerhalb eines Jahres ein klares Konzept für eine solche Qualitätssicherungsstudie mit anschließender Zertifizierung vorlegen.

In der politischen Außerdarstellung unseres Fachgebietes ist es schwierig gegenüber den Gesundheitspolitikern, Krankenkassen und anderen Organisationen beziehungsweise Verbänden mit Zahlen und konkreten Angaben zur Strukturqualität unseres Fachgebietes zu argumentieren. In der Vergangenheit wurden immer wieder oberflächliche Erhebungen von Diagnosegruppen durchgeführt, um ein Abbild der Kinderchirurgie in unserem Land zu

Korrespondenzadresse

Dr. Joachim Suß

Kinderkrankenhaus Park Schönfeld

Frankfurter Straße 167

34121 Kassel

Germany

Tel.: 0561/9285 0

Fax: 0561/9285 230

joachim.suss@park-schoenfeld.de

Internetadresse der Deutschen Gesellschaft für

Kinderchirurgie: <http://www.dgkch.de>

erhalten. Leider war hierbei die Qualität der Daten oft nicht ausreichend und auch quantitativ gab es deutliche Verfälschungen unter Berücksichtigung von den bekannten Inzidenzraten, gerade im Bereich der Fehlbildungschirurgie. Diese Daten werden aber dringend benötigt, damit hier für unser Fachgebiet entsprechende Interessen durchgesetzt werden können. In der Diskussion wurde deutlich, dass die üblichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser das Leistungsspektrum der einzelnen Kinderchirurgien nicht ausreichend reflektieren. Das gleiche gilt für die sogenannte „Weiße Liste“. Hier sind oft erhebliche Fehlerangaben vorhanden und gleichzeitig fällt die Datenerhebung schwer, da bei angeborenen Fehlbildungen die Klinik oder Abteilung für Kinderchirurgie oft nicht die entlassende Abteilung ist und damit diese Patienten nicht adäquat für das Fachgebiet erfasst werden. Herr Chefarzt Dr. Göbel, Halle, wurde damit beauftragt ein System der anonymen Datenerhebung zu erarbeiten und ich verweise auf seinen gesonderten Bericht in dieser Ausgabe der Mitteilungen. Im Gegenzug wurde durch Herrn Dr. Deindl, Nürnberg, deutlich gemacht, dass die Datenerhebung in der Kinderchirurgie im ambulanten Bereich exzellent funktioniert und pro Jahr in unserem Land ca. 75 000 Kinder durch niedergelassene Kinderchirurgen operiert werden.

Die Zentralisierung der Kinderchirurgie auf der Grundlage des GBA-Beschlusses wurde von Herrn Prof. Dr. Ludwig Gortner, Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie, Universitätsklinikum Homburg/Saar, erläutert. Sehr ausführlich wurden die Nachteile der aktuellen GBA-Beschlüsse diskutiert und auch von unserer Seite kritisiert, dass es zu viele kleine Abteilungen für Kinderchirurgien gibt, die letztlich nur für die Erfüllung der GBA-Kriterien, Level I, geschaffen wurden. Unmissverständlich wurde klar, dass eine Überarbeitung des GBA-Beschlusses ansteht, wobei derzeit nicht gesagt werden kann, wie dieser GBA-Beschluss nach dem Gerichtsbeschluss in Brandenburg verändert wird. Vonseiten der Kinderchirurgie wurde vor allem darauf hingewiesen, dass die Wegezeiten für Kooperationspartner erhöht werden müssen und hier letztlich auch die kooperierenden Kinderchirurgien hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit und Verfügbarkeit bei entsprechenden Kooperationsverträgen überprüft werden sollten.

Herr Prof. Höppner, München, hat einen sehr beeindruckenden Vortrag zu den

historischen Aspekten der Deutschen Kinderchirurgie gehalten. Er legte nochmals dar, wie sich das Fachgebiet Anfang des 20. Jahrhunderts in Deutschland entwickelt hat und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie gegründet wurde. Im Besonderen wurde auf die Persönlichkeiten von Richard Drachter und Ilse Krause eingegangen, damit eine allgemeine Kenntnis über die historischen Aspekte beider Persönlichkeiten und der mit ihnen verbundenen Preise besteht. Gleichzeitig erörterte Herr Höppner auch die Entwicklung der deutschen Kinderchirurgie in der ehemaligen DDR und letztlich die Fusion beider Fachgesellschaften.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass diese Tagung nicht nur exzellent organisiert war, sondern auch durch eine innovative Diskussion unter dem Aspekt der Restrukturierung der Kinderchirurgie geprägt war. Es haben zahlreiche Kollegen Aufgaben in diesem Bereich übernommen und liefern damit bereits Diskussionsstoff für die kommende Tagung im Jahr 2012.

Als Präsident der Fachgesellschaft möchte ich allen Beteiligten und insbesondere dem Organisator, Herrn Prof. Boemers, danken und meine Zuversicht für die Lösung der bevorstehenden Aufgaben ausdrücken.

Ich möchte Sie noch ganz herzlich zur 107. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sowie zur 49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie in Bielefeld einladen. Herr Prof. Tröbs hat hier ein sehr interessantes klinisches und wissenschaftliches Programm organisiert. Außerdem werden im Rahmen dieser Jahrestagung der Ilse-Krause-Nachwuchs-Preis, der John-Herbie-Johnston-Preis und die Rehbein-Ehrenmedaille der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie verliehen. Wir führen ebenfalls unsere Mitgliederversammlung der DGKCH durch und erwarten hier eine rege Teilnahme Ihrerseits und eine offene Diskussion.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident der DGKCH

Mitteilungen aus Kliniken

Warum wir eine Erhebung über die Leistungen unserer Kliniken brauchen

▼ Auf dem diesjährigen Konsultationstreffen der leitenden Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen Deutschlands, gemeinsam mit Vertretern des BNKD auf dem Petersberg (Königswinter) wurde neben vielen anderen Themen (siehe den Bericht unseres Präsidenten Prof. Fuchs) auch intensiv über das Thema „Erhebung der Strukturqualität in der Kinderchirurgie“ diskutiert. Prof. Kellnar (München) hielt dazu einen Vortrag und musste feststellen, dass bestenfalls die Qualitätsberichte der Kliniken als Informationsquelle für erbrachte Leistungen unseres Fachgebietes geeignet sind. Diese Berichte spiegeln aber auch das geleistete Spektrum unserer Kliniken nicht immer wieder, weil oft Leistungen unseres Fachgebietes in den Leistungen der Kinderkliniken untergehen.

Die sich anschließende, sehr konstruktive Diskussion zeigte ein Dilemma auf, welches wir alle kennen, aber bis jetzt noch nicht gelöst haben: Wir haben keine belastbaren Angaben über die Leistungen und Kompetenzen unserer Kliniken. Diese Daten brauchen wir aber dringend! Warum?

- ▶ In der täglichen berufspolitischen Diskussion mit den anderen Fachgesellschaften oder Krankenkassen brauchen wir sichere Angaben über unsere Leistungen.
- ▶ Wir können in der Diskussion mit den Organfächern nur bestehen, wenn wir unsere Qualität bei der Versorgung der Kinder belastbar belegen können – besonders in der Diskussion mit den Urologen und Traumatologen.
- ▶ Wollen wir unser Fach weiter stärken, so müssen wir dem Vorstand unserer Fachgesellschaft für die Diskussionen Argumente liefern, die belegen, dass die Kompetenz für die Behandlung chirurgisch kranker Kinder bei den Kinderchirurgen liegt. Das geht nur über Leistungs- und Qualitätsparameter.

Wie wollen und wie können wir das erreichen?

Die Diskussion auf dem Petersberg hat im Wesentlichen 3 Kernkompetenzbereiche für unser Fach identifiziert:

- ▶ Die Kinderurologie,
- ▶ Die Kindertraumatologie und
- ▶ Die Neugeborenenchirurgie.

Für diese Kompetenzbereiche soll eine Arbeitsgruppe eine Erhebung initiieren, die zeigt, wer macht was und wo?

Dabei geht es auch um die Fragen:

Muss wirklich jeder alles machen, oder sollten wir nicht besser regionale Kooperationen bilden, von denen unsere Patienten profitieren.

Wie können wir uns noch besser mit den ambulant tätigen Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen vernetzen, um so noch kompetentere und leistungsfähige Versorgungsstrukturen für die uns anvertrauten Kinder aufzubauen.

Wenn wir uns immer wieder klar machen, dass die Zukunft unseres Fachgebietes von unserer gemeinsamen Arbeit für unsere Patienten abhängt, dann muss uns für die Zukunft nicht bange sein!

Peter Göbel (Halle/Saale)

Mitteilungen

Stipendien

Das Präsidium der DGKCH gratuliert folgenden Kolleginnen und Kollegen zu einem Stipendium von jeweils 1935,66€ als Fortbildungsbeihilfe für die Schwerebrandverletztenversorgung (s. Mitteilungen 5/2010): Frau Dr. Andrea Etzler, Bremen, wird am Zentrum für brandverletzte Kinder im Kinderspital Zürich hospitieren; Frau Dr. Melanie Kapapa, Ulm, plant einen Studienaufenthalt an einem Verbrennungszentrum für Kinder in Blantyre/Malawi; Frau Dr. Ulrike Mehlig und Dr. Torsten Hannmann studieren die Versorgung brandverletzter Kinder in den USA bei Prof. Dr. Huang. Die Erfahrungsberichte werden an dieser Stelle erscheinen.

Peter Illing

Mitteilungen des BNKD eV (Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands)

Am 04.06.11 wurde im Rahmen unserer 13. Jahrestagung in Hamburg ein neuer Vorstand gewählt. Als 1. Vorsitzender wurde Herr Dr. Andreas Schmidt, Augsburg gewählt, als 2. Vorsitzender Dr. Ralf Tanz, Erfurt, als Schriftführer Dr. Anne Katrin Eckstein, Kronshagen, als 1. Beisitzer Dr. B. Yilmaz, Bielefeld, als 2. Vorsitzender Dr. K. Becker, Bonn, und als Kassenwart Dr. R. Pankrath, Berlin

Anne Katrin Eckstein

Mitteilungen zu Personen

Zum Gedenken an Klaus Betke



Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie hat Klaus Betke, der am 26. Juni 2011 im Alter von 96 Jahren gestorben ist, 1991 zu ihrem Ehrenmitglied ernannt. Das hatte gute Gründe.

Für die Etablierung unseres Faches war maßgeblich, wie die Entwicklung in einzelnen, führenden Häusern lief, etwa in Bremen, in Leipzig, anderswo und eben auch in München im Haunerschen Kinderspital.

Schon in Tübingen hatte Betke als Klinikchef den Kinderchirurgen als den wichtigsten Partner des Kinderarztes erkannt. In München hat er als pädiatrischer Ordinarius entscheidende Impulse gegeben. Nach dem Tode Anton Oberrniedermays und vor der Berufung von Waldemar Hecker hat er bei der Bayerischen Staatsregierung den Antrag eingebracht, das persönliche Ordinariat Oberrniedermays in ein planmäßiges, also einen eigenen Lehrstuhl für Kinderchirurgie umzuwandeln. So geschah es und München wurde Vorbild für andere Universitäten. Das ist geschichtlich auch insofern interessant, als Ferdinand Sauerbruch als Dekan der Medizinischen Fakultät das Extraordinariat für Kinderchirurgie, das seit 1910 für Wilhelm Herzog bestanden hatte, 1914 wieder einzog. Er hielt nichts von einer selbstständigen Kinderchirurgie.

Anders Klaus Betke. Er hat unser Fach gefördert, wo er nur konnte. Er war für den Kinderchirurgen der – so muss man es sagen – ideale Partner. Der Verfasser dieses Nachrufes hat ihn 12 Jahre als Freund

der Zusammenarbeit erlebt. Er war von unserem Fach überzeugt, er war verlässlich, gütig und von natürlicher Autorität; modern insofern, als er als einer der ersten das Departementsystem einführte und Arbeitsbereiche wie Endokrinologie, Neurologie, Neonatologie, Onkologie, Radiologie, antimikrobielle Therapie, Nephrologie und Gastroenterologie mit verantwortlichen Leitern schaffte. Und trotzdem hatte er alles im Blick und für jeden ein offenes Ohr.

Die Forschung über das fetale Hämoglobin wird stets mit seinem Namen verbunden bleiben. Der „Keller-Wiskott“, an dem er maßgeblich mitgearbeitet hatte, war lange der pädiatrische Klassiker.

Ehrungen blieben nicht aus. Erwähnt seien hier der Bayerische Maximiliansorden für Kunst und Wissenschaft – Betke war ein hochgebildeter und musischer Mensch –, der Bayerische Verdienstorden, die Mitgliedschaft in der Leopoldina, die Ehrenmitgliedschaften in zahlreichen wissenschaftlichen Gesellschaften. Sein Wissen und sein überlegenes Urteilsvermögen hat er in den Wissenschaftsrat, in die Deutsche Forschungsgemeinschaft und in die Gründung der Universität Regensburg, weit über den Zeitpunkt seiner Emeritierung hinaus, eingebracht.

Betke war ein Familienmensch. Mit seiner Frau verband ihn eine 68-jährige Partnerschaft. 2010 noch hatte er eine schwere Operation samt Komplikationen überstanden. Jetzt ist er sanft gestorben. Kinderchirurgie und Kinderchirurgen haben einen Freund verloren.

Frank Höpner

Historisches

Gedanken zur Ehrenmitgliedschaft Fritz Rehbeins in der DGCH

Angesichts seines 100. Geburtstages ist Fritz Rehbein 2011 gewürdigt worden: durch das Symposium in Bremen und durch die Ehrenvorlesung von Prof. Lorenz vor den Kinderchirurgen auf dem Chirurgenkongress in München. Doch auch die Chirurgen haben seiner gedacht. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für das Jahr 2011 und damit Präsident auch des Kongresses, Prof. A. Haverich aus Hannover, hat in seiner Ansprache am 3. Mai 2011 Fritz Rehbein einen der „weltweit führenden Wissenschaftler und Kinderchirurgen seiner

Zeit“ genannt. Er hat auf Rehbeins Operationsmethoden, dabei auch auf die erste erfolgreiche Operation einer Ösophagusatresie in Deutschland 1951, hingewiesen.

Fritz Rehbein stand und steht bei den Chirurgen in hohem Ansehen. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, gegründet 1872, hat bis 2010 208 Persönlichkeiten zu Ehrenmitgliedern ernannt. 132 davon sind verstorben. Darunter befinden sich alle, die in der deutschen Chirurgie Rang und Namen haben, von v Langenbeck über Billroth, Sauerbruch (der die Kinderchirurgie als eigene Einrichtung ablehnte) bis eben hin zu Fritz Rehbein, der die Ehrenmitgliedschaft 1977 erhielt. Er ist in der 139-jährigen Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie der einzige deutsche Kinderchirurg, dem diese Ehrung zu Teil wurde. Desto höher ist sie zu bewerten.

Unter den Ehrenmitgliedern aus dem Ausland findet der Verfasser 2 Kinderchirurgen, die ihm geläufig sind: Hermann Hartl aus Linz und Eric Foncalrsrud aus Los Angeles. Hermann Hartl ist vielen von uns bekannt und befreundet gewesen. Er war lange einer der ganz wichtigen Verbindungsmänner zu den Österreichischen Kinderchirurgen. Er war Gründungsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Kinderchirurgie und von 1966–1971 deren erster Präsident. Er hat die Kinderchirurgie in der Kinderklinik Linz aufgebaut und von 1956–1987 geleitet. Er war eines der ersten Ehrenmitglieder auch der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie. Er ist 2009 gestorben.

Eric Fontalsrud kennen besonders die Älteren unter uns von vielen internationalen Kongressen und aus zahlreichen Veröffentlichungen. In der Ernennungs-urkunde 1994 zum korrespondierenden Mitglied (später Ehrenmitglied), die der Generalsekretär Prof. H. Bauer und Frau Dr. Nowoiski von der Geschäftsstelle für uns ausgegraben haben, heißt es: „Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ... ehrt damit einen international renommierten Kinderchirurgen, der sich stets für den Zusammenhalt mit dem Mutterfach Chirurgie eingesetzt und mit seinem Pioniereingriff zur kontinenterhaltenden Proktokolektomie Brücken zwischen beiden Fächern geschlagen hat“.

Die Tagungen (so der frühere Terminus) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie bieten dem, der der Historie der Kinderchirurgie nachspürt, interessante Aspekte. Meines Wissens ist keine der bisherigen Tagungen von einem Chirurgen, der schwerpunktmäßig Kinderchirurgie betrieb, orga-

nisiert worden. Als Ottmar von Angerer 1913 die 42. Tagung leitete, war er längst nicht mehr der Kinderchirurg der Hauerschen Kinderklinik, die er 1886–1891 als Angehöriger und Oberarzt der Chirurgischen Poliklinik chirurgisch versorgt hatte. Wie bei W. Locher nachzulesen, hat von Angerer, der während seiner kinderchirurgischen Zeit in einem Dauerkonflikt mit seinem Pädiater lag, auf der 18. Tagung 1889 einen Vortrag über die Pylorusstenose gehalten. Später hat er als Leiter der Chirurgischen Klinik auch Betten für Kinder vorgehalten. Ob er aber auf „seiner“ Tagung 1913 auch kinderchirurgische Themen brachte, konnten wir noch nicht klären. Der Zusammenstellung von K.H. Bauer war lediglich zu entnehmen, dass sich von Angerer über die schlechte Akustik im Saal äußerte.

So lassen sich an die ehrenvolle Erwähnung Fritz Rehbeins auf dem diesjährigen Chirurgenkongress Gedanken über Chirurgie und Kinderchirurgie anknüpfen. Rehbein selbst hat, ohne die Partnerschaft zur Pädiatrie je in Frage zu stellen, die enge Bindung an die Chirurgie stets betont.

Frank Höpner

Mitteilungen zum pädiatrischen Notfalltraining

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, aber auch die deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, erwägen eine neben den ATLS Kursen ein spezifisch pädiatrisches Notfalltraining. Gegenwärtig findet eine gewisse Umstrukturierung des PEAD Sim Training mit kinderchirurgische Inhalten statt. Man kann hier eine entsprechendes Zertifikat erwerben. Die folgende Artikel soll die Inhalte und Grundlagen zu diesem Kurs vermitteln und ist bereits deutschlandweit in der Kinder- und Jugendmedizin etabliert.

Simulation based team training in paediatric trauma care

▼ Ellen Heimberg, Florian Hoffmann, Martina Heinrich, Stefan Gisin, Andreas Bertsch, Peter Schmittenbecher, Jörg Fuchs, Walter Eppich, Oliver Heinzl für die AG PAEDSIM.

Trauma is the leading cause of morbidity and mortality in children beyond age one [1]. Managing infants and children with

life-threatening injuries presents cognitive and emotional challenges for the treating team.

Several studies in paediatric trauma care have demonstrated substantial deficits in both pre-hospital and emergency department management [2,3]. Importantly, the reported deficits involved not only medical expertise but also non-technical skills, such as team management and communication.

In order to improve the quality of emergency care, team-oriented programs with an additional focus on non-technical skills are gaining acceptance in many high-risk healthcare fields. Building upon Crisis-Resource-Management (CRM) training originally developed in aviation, these courses promote improvement of medical-expertise as well as of team- and behaviour-related skills.

In February 2011 the PAEDSIM collaborative conducted a one and a half day interdisciplinary, simulation based team training course in a simulated emergency department at the Tübingen Patient Safety and Simulation Center (TÜPASS), University of Tübingen, Germany. 14 physicians and 4 nurses from the fields of paediatric surgery, paediatric emergency medicine and anesthesiology participated. The faculty consisted of 8 instructors with clinical expertise in pediatric intensive care medicine, paediatric surgery, anesthesiology and paediatric emergency medicine as well as formal CRM training.

A 3-h theoretical introduction covered high-yield topics in emergency management in paediatric trauma and „errors and patient-safety in paediatric emergency management“. At the beginning of the second day, a 1-h familiarization of the simulator and the training environment was completed. In addition, participants rotated through skill stations on airway management and intra-osseous cannula placement. Subsequently, course attendees alternately participated in 6 simulation scenarios and debriefings. Each scenario incorporated elements of paediatric trauma management as well as CRM educational objective (◉ Tab. 1). Scenarios were designed to include all steps of the therapeutic and diagnostic algorithms included in the European Trauma Course (ETC) and Advanced Trauma Life Support (ATLS) courses (A=airway, B=breathing, C=circulation and D=disability). After the individual 15-min scenarios, a 45-min video-assisted debriefing was conducted with equal emphasis on medical- and CRM-related

Tab. 1 Stimulation Scenario.

Scenario	Category	medical learning goals	CRM learning goals
hypovolaemic shock after an abdominal trauma	C	recognize and treat hypovolaemic shock	<ul style="list-style-type: none"> – reevaluate repeatedly – communicate effectively
treatment of two trauma patients after a car accident	A B C D	recognize and treat respiratory insufficiency; rapid sequence intubation; algorithm of cardio pulmonary resuscitation; recognize and treat hemothorax	<ul style="list-style-type: none"> – exercise leadership and followership – priority setting – mobilize all available resources – call for help early
endotracheal tube dislocation after moving a patient	A B	demonstrate goal directed evaluation and management of a acute hypoxia in intubated patients (DOPES)	<ul style="list-style-type: none"> – prevent and manage fixation errors – mobilize all available resources
Battered Child	B D	demonstrate goal directed evaluation and management of coma algorithm CPR	<ul style="list-style-type: none"> – manage parents in emergency care – use all available information
tension pneumothorax after multiple trauma	A B C	demonstrate goal directed evaluation and management of sudden hemodynamic instability recognize and treat tension pneumothorax	<ul style="list-style-type: none"> – set priorities – demonstrate leadership – anticipate and plan
severe brain injury with seizure	D	treat severe brain injury and traumatic seizures demonstrate strategies for neuro protection	<ul style="list-style-type: none"> – set priorities

content. Participants not actively engaged in a scenario observed events from another room via video projection and participated in the subsequent debriefing. Full-scale patient simulators were used: SIMBaby® (Laerdal, Stavanger, Norway) for infants and Pediatric HAL® Five Year (Gaumard, Florida, USA) for children. Participants completed anonymous pre- and post-course questionnaires and rated the course itself as well as their own medical qualification and knowledge of CRM. Participants found the course very realistic and highly relevant to their daily work.

To our knowledge this pilot-project represents the first successful implementation of a simulation-based team training course focused on paediatric trauma care in German-speaking countries. While a simulation-based course focusing on CRM is not designed to replace courses based upon guidelines of the relevant medical societies (ATLS, ETC), our project nonetheless makes an important contribution to training interdisciplinary teams to provide safe, timely, paediatric trauma care.

References

- 1 Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I et al. Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet* 2006; 368: 2243–2250
- 2 Oakley E, Stocker S, Staubli G et al. Using video recording to identify management errors in pediatric trauma resuscitation. *Pediatrics* 2006; 117: 658–664
- 3 Esposito TJ, Sanddal ND, Dean JM et al. Analysis of preventable pediatric trauma deaths and inappropriate trauma care in Montana. *J Trauma*. 1999; 47: 243–251 discussion 243–251
- 4 Bauer KH. Die Deutschen Chirurgenkongresse seit der 50. Tagung, Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1958; S. 11
- 5 Locher W, Hadorn WB, Joppich I. 150 Jahre Dr. von Haunersches Kinderspital. Cygnus Verlag, München 1996; S.138–S.141