

**Hagen Straßburger (Facharzt für Kinder und Jugendmedizin, Neonatologe und Obmann des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte MV für Rostock)**

**Situation der gesundheitlichen Betreuung von Kindern und Jugendlichen (zu wenig Kapazitäten im stationären Bereich; Umsetzung Eltern-Kind-Zentrum)**

Geplante Beratungsfolge:

Datum	Gremium	Zuständigkeit
03.11.2021	Bürgerschaft	Kenntnisnahme

**Anliegen:**

- wird mündlich vorgetragen

**Anlagen**

1	Denkschrift von Prof. Dr. med. habil. Michael Radke Deutschland und seine (chronisch) kranken Kindern - wie sieht es in MV aus?	öffentlich
---	---	------------

# Deutschland und seine (chronisch) kranken Kinder – wie sieht es in M-V aus?

## Eine Denkschrift

*Prof. Dr. med. habil. Michael Radke*

### Präambel

Um die medizinische Versorgung kranker, insbesondere chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland steht es nicht zum Besten (s. dazu vorangegangene Beiträge in diesem Blatt). Die folgende, in zwei Teile gegliederte Bestandsaufnahme der stationären Kinder- und Jugendmedizin beleuchtet die Konditionen für das Fachgebiet im System der Krankenhauslandschaft in der Bundesrepublik (Teil 1). Im zweiten Teil richtet sich der Fokus auf die Situation in Mecklenburg-Vorpommern (MV). Sie ist kritisch und betrifft nicht nur kleinere Städte (s. Wolgast und Parchim). In den größeren Kliniken des Landes ist die Entwicklung des kinder- und jugendärztlichen Nachwuchses in den Schwerpunkten des Fachgebiets prekär. Mecklenburg-Vorpommern kann seinen Bedarf an spezialisierten und hochspezialisierten Kinderärztinnen/Kinderärzten mangels eigener Weiterbildungsressourcen in den Schwerpunkten des Fachgebiets nicht decken und kommt ohne fachliche Expertise („Importe“) aus anderen Bundesländern nicht aus. Der Fachkräftemangel ist bundesweit evident. In Mecklenburg-Vorpommern verschärft ein seit langem ungelöstes Strukturdefizit der stationären Kinder- und Jugendmedizin in Rostock, der größten Kommune des Landes (s.u.), die Situation zusätzlich.

### Teil 1: Leistungsfähige Krankenhäuser in Deutschland – auch für kranke Kinder?

**„Heute ist die Kindermedizin ein defizitäres Anhängsel an einem Großklinikum, das man irgendwie braucht, das man aber versucht, so klein wie möglich zu halten“**

(A. Weyersberg et al. Forschungsstelle Ethik, Universitätsklinikum Köln und ceres – Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Deutsches Ärzteblatt 116 (2019), 1566 ff)

Dieses Resümee einer gesundheitswissenschaftlichen Analyse der o.g. Autoren beschreibt die derzeitige Situation der Kinder- und Jugendmedizin in ganz Deutschland. Sie hängt essentiell mit der Einführung der DRG vor knapp zwei Jahr-

zehnten zusammen und hat zu einer Forcierung der Ökonomisierung in den Krankenhäusern geführt. Als Folge dessen haben sich die Bundesländer, d.h. der Staat, mehr und mehr aus der Finanzierung notwendiger Investitionen in die Krankenhäuser zurückgezogen und dieses Feld in großen Teilen privaten Investoren überlassen. Aber auch die Gebietskörperschaften (kreisfreie Städte und Landkreise) als Träger von Krankenhäusern sind dazu übergegangen, ihre investiven Beiträge für (ihre) Klinika zu reduzieren oder gar ganz einzustellen. Im Gegenteil: In nicht wenigen Fällen tragen Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft durch Mittelzuweisung zum Haushalt ihrer jeweiligen Träger, d.h. der Kommune bzw. des Landkreises bei. Etwa ein Drittel aller Krankenhäuser in Deutschland befindet sich in privater Trägerschaft. Bei ihnen wird allgemein akzeptiert, dass Gewinne aus dem Krankenhausbetrieb an Anteilseigner ausgeschüttet werden. Geschäftsführer von Krankenhäusern – privaten, mittlerweile aber auch öffentlichen – haben aus dieser Situation die naheliegende Schlussfolgerung gezogen, die Medizin als das zu nehmen, was sie inzwischen weitgehend ist – ein „Wirtschaftszweig“. Schließlich ist die „Gesundheitswirtschaft“ der beschäftigungsstärkste Bereich der deutschen Volkswirtschaft. In Mecklenburg-Vorpommern war man schnörkellos konsequent und hat den Sektor Gesundheit regierungsseitig unter das Wirtschaftsministerium subsummiert.

Es ist nicht überraschend, dass die Kinder- und Jugendmedizin mit ihren mehr als 500 unterschiedlichen DRG und ihrer Komplexität, bestehend aus Innerer Medizin plus Neurologie für das Kindes- und Jugendalter, im Kampf um Ressourcen und Budgets eines (Groß-)Klinikums im gegenwärtigen System nicht mithalten kann. Sie steht am Ende der „Nahrungskette“ und kann die von Krankenhausökonomien geforderten „Prozessoptimierungen“ nach der Prämisse „Kosten runter, Erlöse rauf“ nicht umsetzen – jedenfalls nicht im Vergleich mit spezialisierten Herzkatheterlaboren oder orthopädischen Kliniken mit vorrangig implantationschirurgischer Ausrichtung. Bestenfalls lassen sich ökonomische Vorgaben in der Kindermedizin noch in der gesundheitspolitisch prestigebringenden Neonatologie, der emotional stark besetzten

Kinderonkologie und der hoch komplexen Kinderherzchirurgie erfüllen. In Ballungsgebieten mag das sogar funktionieren, in M-V mangels Masse aber kaum.

### **Chronisch kranke Kinder schweben in Deutschland „unter dem Radar“**

Die letzten zwei Jahrzehnte haben deutlich gemacht: Das medizinische Versorgungssystem in Deutschland hat derzeit für einen nicht unerheblichen Anteil von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Krankheiten kein zuverlässiges, niederschwellig erreichbares und nachhaltiges Angebot. Im stationären, Ökonomie-getriggerten System ist für diese Patienten „kein Platz“. Die DRG-definierten, jedenfalls nicht am Kindeswohl orientierten unteren und oberen Grenzverweildauern und die restriktive Strategie der Kostenträger (Krankenkassen) mit stark ausgeprägter Nutzung ihres Instruments *Medizinischer Dienst der Krankenkassen* (MDK), stehen dem entgegen. Der ambulante Sektor ist bei der Versorgung von „Chronikern“ im Kindes- und Jugendalter in wesentlichen Teilen von Spezialambulanzen größerer Kinderkliniken abhängig. Sie passen strukturell zwar nicht in das DRG-gesteuerte Krankenhaus-System. Ohne sie könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ihrem gesetzlich vorgeschriebenen Versorgungsauftrag aber nicht vollumfänglich nachkommen.

Gleichwohl ist die Solidargemeinschaft verpflichtet, jedem Kind/Jugendlichen mit medizinisch begründbaren Entwicklungshemmnissen, die jede chronische Krankheit darstellt, ein adäquates medizinisches Angebot zu unterbreiten. Der Anteil dieser Patienten umfasst immerhin bis zu 10 % aller geborenen Kinder. Für Deutschland bedeutet dies jedes Jahr etwa 85.000 neue Patienten mit einer chronischen oder potentiell chronischen Krankheit mit Manifestation im Entwicklungsalter, d. h. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Kursorisch benannt „speisen“ sich die jährlich neu chronisch Erkrankenden aus folgenden Schwerpunkten/Spezialrichtungen des Gebiets Kinder- und Jugendmedizin (siehe Tab.).

### **Anzahl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher – in Deutschland immer noch eine „Black box“**

Die in Deutschland eher schwach aufgestellte Medizinalstatistik erfüllt nicht den Bedarf an belastbaren Daten. Diesbezüglich kann unser ansonsten leistungsfähiges Gesundheitssystem mit jenen in skandinavischen Ländern nicht mithalten. Besonders augenscheinlich ist dies bei der Erfassung von Kindern und Jugendlichen mit Autoimmunerkrankungen im weitesten Sinne, deren zunehmende Inzidenz in allen entwickelten Industrienationen zu beobachten ist. So hat sich z.B. die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern und Jugendlichen in den letzten 20 Jahren in Deutschland verdoppelt. Nicht selten erkranken heute bereits Kinder in ihrem

ersten Lebensjahr an Diabetes mellitus. Auch der Anteil von Kindern mit Autoimmunhepatitis, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Zöliakie und Rheuma-Erkrankungen nimmt ebenso zu wie die Inzidenz von Allergien (s. u.).

Erstaunlicherweise gibt es hierauf in der Bundesrepublik kaum eine Reaktion der gesundheitspolitisch Verantwortlichen. Auf eine Podiums Anfrage des Autors an einen Vertreter des *Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung* (ZI) im Jahr 2018 nach der Zahl der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit einem Alter von unter 18 Jahren in Deutschland kam die ernüchternde Antwort, dass diese Zahl nicht bekannt sei. Vor dem Hintergrund der erheblichen Dokumentationspflichten (DRG, OPS, EBM, GOÄ) in Krankenhäusern und Arztpraxen ist das nur schwer nachvollziehbar. Wer aber nicht weiß, womit, d.h. mit welchen Inzidenzen und Prävalenzen er es zu tun hat, kann schwerlich geeignete Maßnahmen zur qualifizierten medizinischen Versorgung ergreifen. Für Erwachsene existiert de facto eine „Planwirtschaft in der Marktwirtschaft“ mit „Planungskennziffern“ der *Kassenärztlichen Vereinigungen* (KV) zur notwendigen ambulanten Versorgung durch Onkologen, Gastroenterologen, Pulmologen u.a.. Diese Systematik ist für das Kindes- und Jugendalter nicht etabliert. Keine einzige Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland hat „Planungsziffern“ für den Bedarf an Neuropädiatern, Kinderdiabetologen, -pulmologen, - gastroenterologen, - rheumatologen u.a. Sogar um die Einrichtung *Sozialpädiatrischer Zentren* (SPZ) – das sind multiprofessionelle Struktureinrichtungen für Kinder mit neurologischen u.a. Handicaps muss sich jede Stadt, ggf. ein Krankenhaus oder ein anderer Träger selbst bemühen – nicht selten gegen den Widerstand einiger Akteure im Gesundheitssystem. Die folgende Aussage ist die gelebte Erfahrung des Autors nach über 40-jähriger Tätigkeit als Kinderarzt und daher mehr als nur eine leidige Zustandsbeschreibung:

### **„Chroniker“-Versorgung in Deutschland folgt im Kindes- und Jugendalter einem „Zufallsprinzip“**

Dieser Missstand erklärt, warum die Versorgung chronisch kranker Kinder in weiten Teilen nach dem „Zufallsprinzip“ erfolgt. Ist in einer beliebigen deutschen Kinderklinik beispielsweise eine Fachärztin/ein Facharzt an einer Qualifizierung in einem der pädiatrischen Schwerpunkte/Zusatzbezeichnungen interessiert und schließt die entsprechende meist dreijährige Weiterbildung erfolgreich ab, dann kann (muss aber nicht) eine spezialisierte ambulante Versorgung im Rahmen einer Ermächtigungsambulanz institutionalisiert werden. Von einem strategisch geplanten und im Hinblick auf die Nachwuchsentwicklung nachhaltigen Vorgehen ist dies weit entfernt. Persönliche Ermächtigungen sind an funktionierende Krankenhausstrukturen gebunden. Sie „kranken“ an zeitlichen Begrenzungen (in der Regel jeweils 2 Jah-

Tabelle: Spezialgebiete/Schwerpunkte des Gebiets Kinder- und Jugendmedizin und ihre wesentlichen Krankheitsgruppen mit meist chronischem/nicht kurativem Verlauf

<b>Neonatologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Frühgeborene Kinder (etwa 7 % aller Neugeborenen). Der Anteil neurologischer Handicaps und/oder sensorischer Funktionsstörungen liegt bei den unreifen bzw. sehr unreifen Kindern (Gestationsalter &lt; 32, 28 oder gar 25 Schwangerschaftswochen) deutlich über 50 %</li> <li>■ Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen</li> </ul>
<b>Allergologie/ Pulmologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asthma bronchiale</li> <li>■ Mukoviszidose</li> </ul>
<b>Endokrinologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diabetes mellitus Typ 1</li> <li>■ Schilddrüsenfunktionsstörungen</li> <li>■ Endokrinologisch bedingte Wachstumsstörungen</li> </ul>
<b>Gastroenterologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chronische, z.T. hereditäre Erkrankungen der Leber, Gallenwege und des Pankreas</li> <li>■ Chronisch entzündliche Darmerkrankungen</li> <li>■ Zöliakie</li> </ul>
<b>Kardiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zustand nach operativer/interventioneller Korrektur angeborener Herzfehler und Fehlanlagen großer herznaher Gefäße</li> <li>■ Herzrhythmusstörungen</li> <li>■ Kardiomyopathien unterschiedlicher Ätiologie</li> </ul>
<b>Nephrologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Angeborene Nephropathien und Störungen der ableitenden Harnwege</li> <li>■ Chronische Nephritiden</li> <li>■ Niereninsuffizienz/Nierenersatztherapie</li> <li>■ Zustand nach Organtransplantation</li> </ul>
<b>Neuropädiatrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Komplexe neurologische Störungen als Folge von Frühgeburtlichkeit oder/und Hämorrhagien des ZNS</li> <li>■ Epilepsien unterschiedlichster Ätiologie/Genese</li> <li>■ Angeborene Erkrankungen des ZNS und der Skelettmuskulatur</li> <li>■ Zustände nach entzündlichen ZNS-Erkrankungen</li> <li>■ Zustände nach Ertrinkungs- u.a. Unfällen</li> </ul>
<b>Onkologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Leukosen und Lymphome</li> <li>■ Solide Tumoren</li> </ul>
<b>Rheumatologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chronische Entzündungen des Achsenskeletts und peripherer Gelenke</li> <li>■ Systemische Kollagenosen (Lupus erythematoses, Dermatomyositis)</li> </ul>
<b>Seltene Erkrankungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ „Seltene Erkrankungen“, deren Manifestationsalter ganz überwiegend die Gruppe der unter 18-jährigen Patienten betrifft</li> </ul>

re) und machen die persönliche Leistungserbringung verpflichtend. Krankenhäuser, deren Geschäftsführungen mit den Krankenkassen Vereinbarungen nach § 120 a SGB V getroffen haben, können heute ambulante Spezialsprechstunden mit persönlicher Ermächtigung sogar weitgehend kostendeckend betreiben. Ohne dieses Konstrukt – und das betrifft die Mehrheit deutscher Kinderkliniken – sind diese Ambulanzen ebenso hoffnungslos unterfinanziert, wie viele Hochschulambulanzen an den Universitätskinderkliniken. Es

ist daher aus Sicht vieler Geschäftsführungen naheliegend, wenn diese eine nur geringe Neigung verspüren, eine erfahrene Oberärztin (Bruttogehalt ca. 100 T€/a) zu etwa 50 % der Arbeitszeit in einer pädiatrischen Ermächtigungsambulanz zu beschäftigen, deren Erlöse die Lohnkosten bei weitem nicht abdeckt. Die Kostendeckung für eine medizinische Fachkraft (optimal Kinderkrankenschwester) und die laufenden Fixkosten der Spezialambulanz bleibt „Verhandlungssache“. Das Gebot der Kassenärztlichen Vereinigungen zur

100%-igen selbständigen Leistungserbringung durch die ermächtigte Ärztin konterkariert die Weiterbildung jüngerer Kolleginnen und Kollegen. Ein Stimulus zur Nachwuchsausbildung existiert damit nicht. Wie problematisch diese Situation im Bundesgebiet ist, weist diese Zahl aus: In ganz Deutschland gibt es lediglich sechs niedergelassene Kinder-gastroenterologen, von denen kein einziger eine eigene Endoskopieeinrichtung in seiner Praxis vorhält. Ähnlich sieht es in der Kinderonkologie, der Kinderpulmologie (Schwerpunkt Mukoviszidose) und in anderen Schwerpunkten/Zusatzbezeichnungen des Fachgebiets aus.

Bleiben die derzeitigen Rahmenbedingungen wie sie sind, ist eine Verbesserung der Bedingungen für eine qualitativ und quantitativ adäquate medizinische Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher nicht zu erwarten.

## Teil 2: Die Situation in Mecklenburg-Vorpommern

Mecklenburg-Vorpommern beherbergt knapp zwei Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung. Ein „Zwischenhoch“ der Geburtenzahlen in den vergangenen Jahren von ca. 12.000 Neugeborenen in M-V pro Jahr, flacht wieder ab – nicht geborene Mädchen in den 90er-Jahren bekommen in diesen 20er-Jahren keine Kinder. In der hochspezialisierten medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zeigen sich in M-V bereits heute Trendlinien ab, die in wenigen Jahren in allen Flächenländern Deutschlands eintreten werden – Wucht und Geschwindigkeit sind in M-V allerdings besonders ausgeprägt. Heute hat das Land für die spezialisierte medizinische Versorgung in pädiatrischen Schwerpunkten noch akzeptable Voraussetzungen. Mit den beiden Universitätsklinika in Greifswald und Rostock und den Krankenhäusern in Neubrandenburg und Schwerin verfügt das Land über nahezu optimal gelegene und durch Vorhandensein guter Verkehrswege auch gut erreichbare größere Kinderkliniken. Diese Kliniken sind „mangels Masse“ dennoch nicht vollumfänglich in der Lage, den zwangsläufigen Trend zur weiteren Zentralisierung in der Hochleistungs- und Spitzenmedizin umzusetzen. Dabei wird besonders die (hoch)spezialisierte Versorgung schwer oder/und chronisch kranker Kinder und Jugendlicher international, aber auch national mehr und mehr zu einer Zentrumsmedizin, die dem wissenschaftlichen Fortschritt und dem Bedarf an individualisierter/personalisierter Medizin folgt. Der Grund: Die Entwicklung komplexer diagnostischer und therapeutischer Verfahren ist nicht nur zunehmend ressourcenverbrauchend und personalintensiv, sondern vor allem an hohe Expertise von (einzelnen/wenigen) Fachleuten gebunden. Aus diesen Gründen findet in Mecklenburg-Vorpommern nachvollziehbar schon seit Jahren keine Kinderherzchirurgie mehr statt. Gleiches gilt für die Transplantationsmedizin bei soliden Organen im Kindes- und Jugendalter. Aber auch auf andere Trendlinien müssen sich

Entscheidungsträger in der Landeskrankenhausplanung und den Geschäftsführungen der Klinika im Land einstellen. Dazu folgende Beispiele, die sich fortsetzen ließen:

- Komplexe (relativ seltene) Fehlbildungschirurgie bei Neugeborenen soll nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie an große Zentren gebunden werden. Diese gibt es in MV nicht. Die Perinatalzentren Level I im Land – noch sind es vier! - werden diese Strategie aufmerksam verfolgen müssen.
- Die *Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie* (GPOH) hat Mindestmengen an onkologischen Neuerkrankungen pro Jahr als Qualitätskriterium definiert – dem folgt weitgehend auch der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA). Es ist schwer nachvollziehbar, wie die derzeit im Landeskrankenhausplan verankerten drei (!) kinder-onkologischen Abteilungen im Land angesichts einer Anzahl von lediglich etwa 35 Krebsneuerkrankungen pro Jahr in M-V bei Patienten < 15 Jahre die geltenden GBA-Kriterien umsetzen können.
- Komplexe, z. T. einen hohen Personaleinsatz erfordernde Verfahren, wie z.B. die invasive endoskopische Diagnostik des Pankreas und der Gallenwege bei Neugeborenen (Neugeborenen-ERCP) oder der Einsatz der ECMO (extrakorporale Membranoxygenierung bei (kleinen) Kindern) sind in M-V mangels personeller Expertise und aufgrund fehlender Geräteausstattung nicht möglich.

### **Gute Medizin ist nur in guten Strukturen möglich – ein Blick auf die größte Kommune des Landes**

#### **Geburtsmedizin in Rostock – vorbildhaftes Strukturmodell**

Der Zusammenhang zwischen Struktur- und medizinischer Ergebnisqualität ist evident und unter Fachleuten unstrittig. In Rostock zeigt er sich an der Strukturentscheidung zur Entwicklung der Geburtsmedizin. In und im größeren Umkreis der Hansestadt wohnt nahezu ein Drittel der gesamten Bevölkerung des Bundeslandes. Das Ergebnis der Konzentration von Mitteln und Ressourcen der Geburtsmedizin am Standort Klinikum Südstadt Rostock (KSR) hat zu einer der „top twenty“-Geburtseinrichtungen im Bundesgebiet mit knapp 3000 Neugeborenen pro Jahr geführt. Die Zusammenarbeit zwischen dem kommunalen Klinikum Südstadt und der Landeseinrichtung Universität Rostock als Trägerin des Lehrstuhls für Gynäkologie/Geburtshilfe ist durch Personalunion von Chefarzt der Klinik und ordentlichem Professor (Lehrstuhlinhaber) strukturell sichergestellt und funktioniert ohne größere Reibungsverluste. Kritische Verlautbarungen zur Zentralisierung am KSR und den damit verbundenen Schließungen geburtsmedizinischer Einrichtungen in Bützow, Kühlungsborn und Ribnitz-Damgarten sind kaum mehr vernehm-

bar, ebenso wenig Klagen über etwa zu weite Wege, die Schwangere zurücklegen müssen.

### **Dysfunktional strukturierte stationäre Kinder- und Jugendmedizin in der größten Kommune des Landes**

Diametral anders sieht es auf dem Gebiet der stationären Kinder- und Jugendmedizin aus. Hier findet sich eine im gesamten Bundesgebiet einmalig problematische Konstellation: Das Fachgebiet wurde Anfang der sog. „Nuller“-Jahre zerschlagen und in wesentlichen Bereichen in unterschiedliche Trägerschaft gegeben, die Neonatologie an das Klinikum Südstadt und die verbliebenen Teile an die Universitätsmedizin Rostock. Welch tiefgreifende und nachhaltige Wirkung diese fatale Strukturentscheidung auf die Universitätskinder- und Jugendklinik in Rostock hat und in welchem Ausmaß das DRG-System als Katalysator diese strukturelle Fehlkonstruktion befeuerte, sei an folgenden nüchternen Fakten erläutert:

- Mit ihren 38 aufgestellten Betten ist die Kinder- und Jugendklinik der Universität Rostock mit weitem Abstand die kleinste in Deutschland. Sie ist bundesweit die einzige Universitätskinderklinik, die aus eigenem Aufkommen keine vollständige 5-jährige Weiterbildung zum Erwerb der Facharzt-Anerkennung anbieten kann
- Die wissenschaftliche Arbeit ist stark in Mitleidenschaft gezogen worden: Seit mehr als 20 Jahren hat sich an der Klinik keine dort angestellte Kinderärztin/kein Kinderarzt habilitiert
- Die Klinik hat eine „Monopolstellung“ in der größten Kommune und der am dichtesten bevölkerten Region des Landes. Gleichwohl gelang es ihr seit vielen Jahren nicht, wissenschaftlich-fachlichen Nachwuchs in der überwiegenden Zahl der Schwerpunkte des Fachgebiets weiterzubilden. In der wesentlichen Funktion einer Universitätsklinik – „Lieferantin“ für den wissenschaftlichen und den im Land dringend benötigten schwerpunktmäßig fachlich weitergebildeten Nachwuchs zu sein – hat die Klinik eine in das ganze Bundesland wirkende inakzeptable Bilanz.

Weitreichende Folgen hat diese Strukturproblematik auch für die Funktion der Neonatologie als Teil des Fachgebiets am Standort Klinikum Südstadt:

- Essentiell für den neonatologischen Teil eines Perinatalzentrums Level I (höchste Versorgungsstufe) ist ein wechselseitiger, organisierter, täglicher fachlicher Austausch innerhalb des gesamten Fachgebiets. Die Einbringung fachlicher Expertise in die Früh- und Neugeborenenmedizin durch die Neuropädiatrie, Kinderradiologie, Kinderpulmologie, Kindergastroenterologie, Kinderendokrinologie, Kindernephrologie, Kinderhämatologie gehört nicht erst seit 2021 zum Qualitätsstandard in der Neonatologie schlechthin in Deutschland. Dieses essentielle Diktum der

modernen Neonatologie kann in Rostock nicht bzw. bestenfalls rudimentär umgesetzt werden.

- Früh- und Neugeborenen Transporte in externe Kliniken: Wissenschaftlich bewiesen ist, dass jeder Transport eines Frühgeborenen die Morbidität und Mortalität erhöht und daher wo immer möglich zu vermeiden ist. In Rostock werden diese Transporte aufgrund der Strukturdefizite unumgänglich. Das Klinikum Südstadt hält keine kinderchirurgische Expertise vor. Aufgrund dessen machen operative Versorgungsindikation, z.B. die Anlage einer Kolostomie bei einem Frühgeborenen mit einer nekrotisierenden Enterokolitis (NEC) mehrere Transporte dieser vulnerablen Patienten im Stadtgebiet notwendig – ein bundesweit einmaliger Missstand in einer deutschen Großstadt
- Wissenschaftlich basierte Ernährung zu früh geborener Kinder: Der o.g. Strukturentscheidung ist die Frauenmilchbank (human milk bank) in Rostock zum Opfer gefallen. Die Aussichten, ein sehr unreifes Frühgeborenes medizinisch optimal zu behandeln, sind – wissenschaftlich belegt – essentiell an seine Ernährung mit humaner Milch gebunden. Das Klinikum Südstadt ist auf den Bezug von (sehr knapper) gespendeter Frauenmilch aus externen Quellen angewiesen.

Die Teams beider Teile des Fachgebietes, d.h. an der Universitätsmedizin Rostock und am Klinikum Südstadt bemühen sich auf einer belastbaren kollegialen Arbeitsgrundlage nach Kräften, um die größten Verwerfungen der derzeitigen Situation zu Lasten kranker Kinder zu limitieren. Die jetzigen Strukturen und Prozesse lassen das kaum, bestenfalls in unzureichendem Umfang zu – sie müssen schnellstens überwunden werden.

**„... Politik ist nichts anderes als Medizin im Großen“**  
(Rudolf Virchow, 1848)

Wann beschreibt Virchows Aussage die Beziehung zwischen Politik und Medizin treffender als in der Zeit der Bekämpfung der Corona-Pandemie?

### **Modellregion Mecklenburg-Vorpommern**

Das Land mit seinen nur 1,6 Millionen Einwohnern und lediglich ca. 12.000 neugeborenen Kindern pro Jahr (zum Vergleich: in Berlin sind es etwa 35 000 Neugeborene) steht in der medizinischen Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher innerhalb der derzeitigen Versorgungsstruktur und unter den (bundes-) gesetzlichen Rahmenbedingungen vor einer fast unlösbaren Aufgabe. Die von der Bundespolitik mit Einführung der DRG propagierte Strategie zur Entwicklung der Krankenhauslandschaft nach dem Motto „der Markt soll es richten“, mag in Ballungsregionen funktionieren. In einem Flächenland mit geringer Bevölkerungsdichte und einem

überschaubaren Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist Wettbewerb unter den Vorzeichen des (Personal)-Mangels widersinnig und mit Hinblick auf die Daseinsvorsorgepflicht des Staates fatal. Einfache Antworten für MV gibt es allerdings nicht.

Welche Überlegungen können aus dieser Konstellation folgen?

Da sich in Mecklenburg-Vorpommern die im Teil 1 für ganz Deutschland beschriebene Situation in wenigen Jahren am tiefgründigsten verschärfen wird, sind kreative Lösungen gefragt, die in einer Modellregion Mecklenburg-Vorpommern gesucht und gefunden werden können. In einem Modellprojekt sollten folgende Ziele formuliert und umgesetzt werden:

#### 1) Medizinische Spezialleistungen

- i) Die beiden Universitätskliniken sind als öffentliche Einrichtungen des Landes der Daseinsvorsorge in besonderer Weise verpflichtet. Sie entwickeln ein Komplementsystem zur Besetzung von W 2- und W 3-Professuren und zu ihren hochspezialisierten medizinischen Betreuungsangeboten im Fachgebiet und arbeiten in Krankenversorgung, Lehre und Forschung eng zusammen.
  - ii) Die KV des Bundeslandes, die Kostenträger und Klinika mit größeren Kinderkliniken (Greifswald, Neubrandenburg, Rostock, Schwerin) sorgen für ein Höchstmaß an Überwindung der starren Grenzen zwischen „ambulant“ und „stationär“. Dem dient die Etablierung von spezialisierten Tagesstationen zur Behandlung chronisch kranker Kinder- und Jugendlicher. Sie muss vorangetrieben werden.
  - iii) Die Kostenträger in MV unterstützen von sich aus aktiv für jede Spezialambulanz im Fachgebiet einen Vertragsabschluss nach § 120 (a) SGB V. Auf diese Weise können Ermächtigungsambulanzen an Kinderkliniken kostendeckend fungieren.
  - iv) Der off label-Einsatz moderner, für Kinder- und Jugendliche (noch) nicht zugelassener Arzneimittel wird in die Entscheidungskompetenz von Fachleuten gegeben.
  - v) Die Spezialambulanzen richten telemedizinische Angebote ein, die von den Kostenträgern entsprechend untermauert werden.
- 2) In der Landeskrankenhausplanung ist der objektive Widerspruch zwischen den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und der Inzidenz onkologischer Neuerkrankungen bei Patienten < 15 Jahre in MV aufzulösen. Unter den jetzigen Bedingungen sind beispielsweise drei kideronkologische Einheiten im Land nicht aufrechtzuerhalten. Grundsätzliche Gedanken hierzu finden sich in dem vom Autor in wesentlichen Teilen konzipierten „Universitäre(s) Kinderonko-Zentrum Nordost“, wonach

die beiden Universitätsklinika gemeinsam ein für das Land fungierendes Kinderonkologisches Zentrum vorhalten. Die GBA-Vorgaben zur Personalausstattung sollten in einem Modellprojekt kritisch analysiert und bedarfsgerecht neu bemessen werden.

- 3) Den Universitätsklinika sind – da in öffentlicher Trägerschaft – nachhaltige Personal- und Strukturentwicklungspläne abzuverlangen, um der Kinder- und Jugendmedizin abseits von Budgetplanungen langfristige Weiterbildungsperspektiven in den Schwerpunkten des Fachgebiets zu ermöglichen. An den Universitätsklinika werden die Hochschulambulanzen nachhaltig zur Schwerpunktweiterbildung verpflichtet und dafür im Stellenbudget ausgestattet

#### **Kinderrechte im Grundgesetz verankern, Rostock als Kinder-Hauptstadt**

Der Deutsche Bundestag berät gegenwärtig die Implementierung von Kinderrechten im Grundgesetz – das schließt die Rechte kranker Kinder als Patienten im Krankenhaus ein. Die Hansestadt Rostock sollte – zumal in ihrer Bewerbung als UN-Kinder-Hauptstadt – die Etablierung einer leistungsfähigen und modernen Kinderklinik gemeinsam mit der Universität als deren Trägerin verpflichtend vorsehen. Die Hansestadt und ihre 600-jährige Universität könnten somit die stationäre medizinische Betreuung kranker Kinder und Jugendlicher wieder an die in Deutschland geltenden qualitativen Standards heranführen. Ein erster Schritt könnte die Gründung einer „Kinderklinik Rostock Trägergesellschaft“ sein. In dieser Gesellschaft werden beide Teile des Fachgebiets kurzfristig strukturell „wiedervereinigt“, einschl. des 2015 nach mehr als 20-jähriger Verzögerung „schwer erkämpften“ Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ). Im zweiten Schritt folgt die Etablierung des seit 10 Jahren diskutierten Eltern-Kind-Zentrums als universitäre Einrichtung in und für die Stadt.

Viel Zeit bleibt nicht, spezialisierte Kinderärztinnen/Kinderärzte fehlen schon jetzt. Die Nachwuchsausbildung in den Schwerpunkten ist defizitär und jedes Jahr kommen in MV etwa 1000 chronisch oder potentiell chronisch kranke Kinder hinzu.

**Anmerkung:** Der Autor war von 1980 bis 1997 an der Univ.-Kinderklinik Rostock tätig, von 1997 bis 2020 Chefarzt der Kinderklinik am Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam (Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité Berlin) und auf Bitten der Universitätsmedizin Rostock in Personalunion vier Jahre (von 2015 bis 2018) Direktor der dortigen Kinder- und Jugendklinik.

*Literaturangaben über die Redaktion  
Prof. Dr. med. habil. Michael Radke, Rostock*