

Ausschussdrucksache

(11.05.2022)

Inhalt:

Stellungnahme des Herrn Prof. Dr. Manfred Ballmann (Universitätsmedizin Rostock) zur Anhörung des Sozialausschusses am 11.05.2022 im Rahmen der Beratungen zum Doppelhaushalt 2022/2023
(Thema Kinderklinik Hanse- und Universitätsstadt Rostock)

zur Anhörung des Sozialausschusses am 11.05.2022 Kinderklinik Hanse- und Universitätsstadt Rostock

Anzuhörende:

1. Steffen Vollrath, Klinikum Südstadt Rostock – Verwaltungsdirektor
2. Christian Petersen, Universitätsmedizin Rostock – Kaufmännischer Vorstand
3. Dr. Andreas Michel, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
4. Prof. Dr. Astrid Bertsche, Sozialpädiatrisches Zentrum (Universitätsklinik Rostock)
5. Prof. Dr. Manfred Ballmann, Universitätsmedizin Rostock

Fragenkatalog:

1. Der von den Ärzten der Universitätsmedizin Rostock im August 2021 verfasste „Brandbrief“ zu den Missständen der Pädiatrie der UMR hatte zur Folge, dass der Aufsichtsrat der UMR mit Unterstützung der zuständigen Ministerien des Landes für 2021 zusätzlich 2 Mio. € und für 2022 weitere zusätzliche 5 Mio. € für die Pädiatrie zur Verfügung stellte. Sind aus Ihrer Sicht allein obige erhöhte finanzielle Ansätze für eine nachhaltige personelle und sächliche Ausstattung der Pädiatrie der UMR als Maximalversorger tragend?

Antwort:

Zunächst einmal ist diese finanzielle Unterstützung ein hilfreicher erster Schritt und dafür sei gedankt.

Alleine wird sie die nicht nur finanziellen sondern auch personellen Schwierigkeiten leider nicht überwinden können.

Die Zuweisung explizit an die UKJ vom 5.10.2021 ist sicherlich ein erster und hilfreicher Schritt gewesen, der aber z.Z. auch bis 2024 begrenzt ist. Die Planungen sollten über diesen Zeitraum hinaus eine Sicherstellung der finanziellen Ausstattung der UKJ darstellen. Auf diesem Weg wäre z.B. eine mittelfristige Personalplanung und damit auch Perspektive für die jungen Kollege in Weiterbildung noch eine zusätzliche Spezialisierung im Anschluss an die Facharztausbildung, anzustreben (z.B. Neuropädiatrie, Intensivmedizin u.a.) realisierbar.

2. Gibt es aus Ihrer Perspektive als Facharzt strukturelle Hindernisse, die einer Reform bedürfen, um die Bedingungen der Pädiatrie zu verbessern?

Antwort:

Zunächst zur stationären Situation: Hier ist die Pädiatrie i.R. der DRG-Vergütung nicht kostendeckend abgebildet. Hier wird nach Fallpauschalen und nicht nach individuellen Aufwand, bezahlt. Hier sind Anpassungen an die besondere Situation von Kindern notwendig. Verhandlungen hierzu finden inzwischen bereits statt.

Zur ambulanten Versorgung: Auch wenn die kinderärztliche Versorgung in den Städten meist ausreichend ist, gibt die nicht flächendeckende Versorgung im Land zur Sorge Anlass. Die Anreize im ländlichen Raum ambulant in eigener Praxis als Kinderarzt tätig zu sein, sollten ausgebaut werden. Hier ist sicher die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zunächst gefragt.

Die Pädiatrie ist ein Fach in dem viele Ärzt/Innen arbeiten, die in der Familienphase stecken. Um ihnen und auch ihren Partnern einen familienfreundlichen Arbeitsplatz anzubieten wäre es sehr hilfreich, von der Bedingung mindestens 50% der Vollzeit zu arbeiten (z.Z. 21Stunde/Woche) um Weiterbildungszeiten angerechnet zu bekommen, abzurücken.

3. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Haushaltansätze für pauschale Fördermittel und Zuweisungen für Investitionen im Entwurf des Doppelhaushaltes 2022/2023?

Antwort:

Ohne Kenntnis des Haushaltansatzes ist diese Frage nicht zu beantworten.

Allgemein muss die UMR als Maximalversorgung zwingend ein umfassendes Angebot vorhalten. Eine am Gewinn orientierte Auswahl ist nicht möglich.

4. Wo gibt es aus Ihrer Sicht weitere Bedarfe?

Antwort:

Die Realisierung einer Eltern-Kind-Zentrum, die alle Bereiche der Pädiatrie im Campus eines Maximalversorgers abdeckt ist notwendig.

Die finanzielle Ausstattung für Investitionen, Personal u.a. ist dabei elementar.

Die Steigerung der Attraktivität der Weiterbildung an der UKJ ist aber ebenso notwendig. Hierzu gehört u.a. die volle Weiterbildung an der UKJ (bisher sind 6 der 60 Weiterbildungsmonate für Pädiatrie an einer Abteilung für Neonatologie, d.h. außerhalb der UKJ notwendig. Die UKJ kann nur 54 Monate anbieten.

Die Dies ist in der Werbung um die besten Assistent/Innen ein großes Manko.

Eine enge Verzahnung mit der Forschung auf dem Campus ist ein zusätzliches Merkmal moderner Krankenversorgung und sollte hier bedacht und umgesetzt werden.

5. Welche Bedarfe ergeben sich bei einer möglichen Errichtung eines Eltern-Kind-Zentrums in Rostock an das Land?

Antwort:

Neben dem finanziellen Bedarf ist eine zukunftssträchtige Einbindung in einen Maximalversorger mit Vorhandensein der notwendigen pädiatrischen Kompetenzen in anderen Fächern (z.B. Kinder-Radiologie, HNO, Orthopädie mit Schwerpunkt Pädiatrie, Hautklinik etc), neben der Pädiatrie und Kinderchirurgie, notwendig.

6. Wären Ihrer Ansicht nach, soweit eine Beurteilung möglich, diese Mittel durch den aktuellen Haushaltsentwurf des Landes abgedeckt?

Antwort:

Bei den aktuell nicht planbaren Kostensteigerungen im Bau-, Personal- und vielen weiteren Bereichen, ist dies kaum anzunehmen.

7. Hat die stationäre Behandlung von Kindern an zwei Standorten eine Zukunft?

Antwort:

Hier ist die Antwort sehr eindeutig. Eine „Zwei-Standort-Lösung“ hat keine Zukunft.

Um z.B. den Status einer Level 1 Neonatologie zu erhalten sind Mindestanzahl an Frühgeburten u.a. notwendig. Bei einer Aufteilung der Geburten in Rostock erreicht keine von 2 Kliniken die geforderten Zahlen. Dies gilt für andere Bereiche mit Mindestzahlvorgaben ebenso.

Alle Orte, die diese Situation auch haben (z.B. Uni-Kinderklinik Bochum mit der Kinderklinik im St. Josef Hospital und der Geburtshilfe und Neonatologie im St Elisabeth Hospital) sind um Lösungen i.S. einer Zusammenführung bemüht. Daneben ergeben sich auch weitere Vorteile, wie z.B. vereinfachte Konsiliardienste, gemeinsame Nutzung kostspieliger Apparate u.a..

8. Wie wird dies insbesondere vor dem Hintergrund der Fachkräfteentwicklung beurteilt?

Antwort:

Bei der Suche nach den besten ärztlichen Mitarbeitern konkurriert die UKJ mit zahlreichen anderen Universitäts-Kliniken (Berlin, Lübeck, Hamburg u.a.). All diese Häuser bieten eine komplette Weiterbildung im Haus und zahlreiche, aber auch nicht immer alle Subspezialitäten der Pädiatrie, an.

Um die besten Fachkräfte zu rekrutieren reicht leider eine wunderschöne Stadt und Umgebung nicht.

Es muss ein fachlich interessantes Angebot mit zeitgemäßen Arbeitsbedingungen vorliegen.

Dies bedeutet für die Weiterbildung:

- 1) Ein großes, auch seltene Krankheitsbilder umfassendes Patientengut.
- 2) Kompetente fach/ober/chefärztliche Vertretung zahlreicher Subspezialitäten der Pädiatrie (Kinder-Intensivmedizin, Neonatologie, Pneumologie, Neuropädiatrie, Endokrinologie, Gastroenterologie u.a.)

Es ist zu beachten, dass zur Vertretung aller Subspezialitäten auch jeweils genügend Patienten im Einzugsbereich vorhanden sein müssen.

Dies kann nur eine große, überregional attraktive Klinik bieten, die apparativ und personell entsprechend aufgestellt ist.

9. Welches Ambulantisierungspotential besteht im Bereich der Kindermedizin und wie wirkt sich dies auf die Standortfrage der stationären Behandlung aus?

Antwort:

Die Pädiatrie ist einer der Bereiche der Medizin, die in den letzten Jahren/Jahrzehnten am meisten Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert hat. Als Beispiel seien hier die Behandlung der Lungenentzündung, die heute meist ambulant betreut wird, die tagesklinische Behandlung von besonderen Medikamentenverabreichung (z.B. in der päd. Rheumatologie) und die ambulante intravenöse Antibiotikatherapie bei Mukoviszidose genannt.

Das Potential der ambulanten Therapie ist auch unter dem Gesichtspunkt der telemedizinischen Therapiebegleitung sicher noch ausbaubar.

Es verbleibt aber gerade bei schweren Krankheitsverläufen die Notwendigkeit einer kompetenten, stationärer Versorgung. Diese kann nur durch hinreichend häufige Behandlung des jeweiligen Krankheitsbildes sichergestellt sein. Dies wiederum erfordert eine entsprechend große, personell und apparativ gut aufgestellte Kinderklinik im Rahmen eines Maximalversorgers.

Die ambulante Versorgung der Kinder findet neben der Versorgung in Kinderarztpraxen auch in verschiedenen Modellen, die an Kliniken angebunden sind, statt.

Meist sind es Fach/Ober/Chefärzte, die an der Klinik in ihrem Spezialgebiet auch ambulante Leistungen anbieten.

Dies bedeutet auch, dass solche Angebote am Standort der Klinik, die im gleichen Bereich auch stationäre Behandlung anbietet, realisiert werden.

Die gegenwärtige Situation in Rostock ist durch ein breites Angebot an ambulanten pädiatrischen Leistungen der UKJ gekennzeichnet.

Dies Angebot ist natürlich immer mit den kassenärztlichen Versorgungsmöglichkeiten abgestimmt.

Zusammenfassend ist der Standort besonders geeignet, der auch zusätzlich benötigte, spezielle Versorgung ambulant anbieten kann.

10. Welchen Stellenwert hat das Teilgebiet der Neonatologie im Gesamtgebiet der universitären Pädiatrie für die Integrität der Universitätskinderklinik?

Antwort:

Die Neonatologie ist ein notwendiger und wesentlicher Teil der Pädiatrie. Sie gehört elementar zur Weiterbildung von Kinderärzten. Der Stellenwert zeigt sich u.a. daran, dass es keine weitere Universitäts-Kinderklinik in Deutschland gibt, die ohne Neonatologie auskommen muss. In Rostock werden ca 90 % der stationär behandelten Kinder in der UKJ und die übrigen 10% in der Neonatologie behandelt .

Inwieweit ist die Einbettung der Neonatologie in das Gesamtangebot der universitären Kinderklinik mit pädiatrischer Intensivtherapie und Kinderchirurgie notwendig, um die Qualität der Versorgung der jüngsten Kinder auf höchstem Niveau (Level I) nachhaltig sicherzustellen und gleichzeitig die ganzheitliche Aus- und Weiterbildung des kinderärztlichen Nachwuchses für unser Bundesland M-V sicherzustellen?

Antwort:

Die Einbettung der Neonatologie in die Weiterbildung von Kinderärzten ist absolut notwendig.

Die Neonatologie umfasst auch neonatologische Intensivmedizin (z.B. bei sehr unreifen Frühgeborenen, Neonaten mit angeborenen Fehlbildungen etc).

Zur optimierten Versorgung von Risikogeburten gehört die Geburt in einer Klinik mit maximalen Versorgungsmöglichkeiten (Level 1) und nach der Geburt auch die Versorgung mit allen Therapieoptionen, die z.B. kinderchirurgisch angeboten werden, ohne, dass ein gefährlicher Transport des Früh/Neugeborenen nötig ist, wie es z.Z. noch in Rostock der Fall ist.

Solche gefährlichen Transporte zu vermeiden ist eine wichtige Aufgabe der pädiatrischen Versorgungsplanung.

Dies ist auch anderswo so erkannt und realisiert worden.

Z.B. hat die Medizinische Hochschule Hannover eine Frauen-und Geburtsklinik auf dem Campus nachträglich errichtet um den Transport aus einem städt. Krankenhaus in die Kinderklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, die eine Neonatologie hat, zu vermeiden.

Nur eine große und personell gut aufgestellte Klinik kann den Anspruch einer optimalen Versorgung auch von Früh/Neugeborenen (Level 1) sicherstellen. Dies erfordert allerdings ein Eingebundensein in einen Maximalversorger (Klinik mit allen notwendigen Spezialabteilungen).

Ein solches Umfeld ist auch für junge Kolleg/Innen, die eine Weiterbildung in der Pädiatrie anstreben, reizvoll und würde die Attraktivität einer pädiatrischen Facharztausbildung in Rostock deutlich verbessern.

Somit wäre auch ein Schritt in eine verbesserte Versorgungssituation in MV getan.