

Stellungnahme zur Funktionsverbesserung und Erweiterung der
Universitäts-Kinderklinik in Mainz

Das Land Rheinland-Pfalz hat im Februar 1984 den Wissenschaftsrat um eine Stellungnahme zur Sanierung der Kinderklinik in Mainz gebeten. Für die künftige Nutzung sollten insbesondere zwei Fragen beantwortet werden. Zum einen wurde um eine Stellungnahme zum Umfang der Bettenzahl und deren Verteilung auf die an der Versorgung beteiligten Fachgebiete gebeten. Darüber hinaus wurde der Wissenschaftsrat aufgefordert zu prüfen, ob unter den gegebenen Bedingungen die Einrichtung eines Kinderzentrums möglich sei, in dem die beteiligten Fächer kooperativ unter einem Dach zusammen wirken können.

Der Ausschuß Medizin hat diese Fragen auf seiner Sitzung am 17. Juli 1984 in Mainz nach Besichtigung der baulichen Verhältnisse geprüft und mit Vertretern der Hochschule, insbesondere der beteiligten Kliniken, und des Landes erörtert. Zur Einrichtung eines Kinderzentrums wurden Sachverständige um schriftliche Stellungnahmen gebeten, die nicht dem Ausschuß Medizin angehören. Der Wissenschaftsrat hat die Stellungnahme am 10. Mai 1985 verabschiedet.

I.

Die Kinderklinik der Universität ist derzeit an zwei Standorten untergebracht. Sie enthält nach einer Reduzierung der

Bettenzahl von 227 im Jahre 1981 jetzt 199 Betten, die seitdem eine Auslastung von durchschnittlich 81 % aufweisen. Aufgrund der besonderen Bedingungen von Kinderkliniken - geringere Flexibilität der Belegung von Betten für Neugeborene und Kleinkinder, umfangreiche Infektionsstation etc. - ist die Belegung bei einer durchschnittlichen Verweildauer von rund 13 Tagen günstig.

Die Verteilung der Betten auf die Schwerpunkte der Kinderklinik und die Auslastung der Betten (Stand 1983) zeigt die folgende Übersicht

Schwerpunkt	Betten	Auslastung in %
Allgemeine Pädiatrie: Chirurgische Kinderstation einschließlich Intensivüberwachung (Säuglinge)	22	85
Neu- und Frühgeborene	16	92
Allgemeine Pädiatrie: Neurochirurgische Station (Säuglinge und Schulkinder)	21	85
Allgem. Pädiatrie: Stoffwechsel (Klein- und Schulkinder)	15	72
Neuropädiatrie (Klein- und Schulkinder)	19	87
Allgemeinpädiatrie (Klein- und Schulkinder)	12	88
Onkologie und Hämatologie (Klein- und Schulkinder)	18	85
Nephrologie und Urologie (Klein- und Schulkinder)	12	84
Infektionsstation (Klein- und Schulkinder)	20	79
Ernährungsstörungen (Säuglinge und Kleinkinder)	24	62
Intensivbehandlung (Früh- und Neugeborene)	10	92
Interdisziplinäre Intensivbehandlung	10	73
I n s g e s a m t	199	81

Außerhalb der Kinderklinik stehen in den jeweiligen Fachkliniken derzeit weitere 139 Betten für die Versorgung von Kindern zur Verfügung, die sich wie folgt verteilen:

Hautklinik	4
Kinderchirurgie	50
Orthopädie	18
Urologie	5
Augenklinik	20
HNO-Klinik	18
Kommunikation	14
ZMK-Klinik	10

Die Auslastung dieser Betten ist unterschiedlich. Sie reicht von 29 % in der Hautklinik und 36 % in der Urologie bis zu 79 % in der Augenklinik und beträgt im Durchschnitt 68 %. Die zeitweilige Nutzung der Betten durch Erwachsene ist in diesen Werten enthalten (Stand 1983).

Die Versorgung Schwerstkranker, Mehrfachverletzter und langfristiger Pflegefälle erfolgt überwiegend in der Kinderklinik.

Mit dem Umzug der Psychiatrie in einen Neubau, der 1985 fertiggestellt sein soll, ergibt sich die Möglichkeit, die Kinderklinik unter Nutzung der Altgebäude der Psychiatrie an einem Standort im Süden des Klinikums zusammenzuführen. In den derzeit von der Kinderklinik genutzten Gebäuden könnte die Neurologie vollständig untergebracht werden. Darüber hinaus stünden Flächen für funktionelle Verbesserungen der Inneren Medizin zur Verfügung.

Unabhängig von der Entscheidung, ob ein Kinderzentrum eingerichtet wird oder ob es bei der dezentralen Organisation bleibt, soll die Bettenzahl nach den Bedarfsplänen des Sozialministeriums langfristig vermindert werden. Für die Abteilungen, die derzeit in der Kinderklinik zusammengefaßt sind, ist ein Umfang von künftig 175 Betten vorgesehen. Die Bettenzahl der außerhalb der Kinderklinik untergebrachten Fachgebiete soll von derzeit 139 auf knapp 100 reduziert werden.

Das Land sieht insbesondere vor, die Bettenzahl der Kinderchirurgie zu Gunsten der Herz- und Gefäßchirurgie auf 40 zu reduzieren, die Bettenzahl der Urologie jedoch von 5 auf 11 Betten für Heranwachsende zu erhöhen. Die urologische Abteilung für Klein- und Schulkinder (derzeit 12 Betten) soll in der Kinderklinik bleiben.

Für den künftigen Umfang der Kinderklinik ist zu berücksichtigen, daß das Land die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Alzey geschlossen hat. Das Land hat deshalb erwogen, eine Kinder- und Jugendpsychiatrie in Mainz einzurichten.

Für das Klinikum Mainz werden derzeit drei umfangreiche Neubauten errichtet, und zwar die Urologische Klinik mit Gesamtkosten von derzeit 41 Millionen DM, die Psychiatrische Klinik mit Gesamtkosten von 46 Millionen DM und die Orthopädische Klinik mit Gesamtkosten von 36 Millionen DM. Der Anteil der Investitionen für die Medizinischen Einrichtungen an den Hochschulinvestitionen des Landes insgesamt lag zwar in den letzten Jahren deutlich unter dem Durchschnitt der übrigen Länder. Es zeichnet sich aber ab, daß er sich in den näch-

sten Jahren aufgrund der Neubauvorhaben und der vorbereiteten Planungen erhöhen wird.

Der Aufwand für die Sanierung der Kinderklinik hängt einerseits vom künftigen Nutzungskonzept ab, zu dem im folgenden im einzelnen Stellung genommen wird. Darüber hinaus ist entscheidend, ob die am künftigen Standort bereits leerstehenden und die 1986 frei werdenden Gebäude langfristig noch verwendbar sind. Entsprechende Untersuchungen werden vom Land derzeit vorgenommen.

II.

Kinderzentren als Zusammenfassung von Abteilungen der Pädiatrie und solcher Fachabteilungen, in denen Kinder in nennenswerter Zahl behandelt werden, sind u.a. in Frankreich, Kanada, den USA und im Ostblock eingerichtet. In der Bundesrepublik Deutschland bestehen Kinderzentren außerhalb der Hochschulen u.a. in Köln (Akademisches Lehrkrankenhaus) und München. Die Einrichtungen sind oft vorbildlich für Behandlung und Versorgung der Patienten. Sie haben sich in Ausbildung und Forschung bewährt.

In der Bundesrepublik Deutschland orientiert sich die fachliche Gliederung der Kinderkliniken zumeist an den pädiatrisch relevanten Gebieten der Inneren Medizin und der Neurologie. In den übrigen Fächern, den sogenannten Organfächern, werden Kinder überwiegend in den Fachkliniken oder -abteilungen auf eigenen Stationen versorgt, die oft nicht den Erfordernissen der Betreuung von Kindern entsprechen. Kinderzentren bieten aufgrund der höheren Zahl der Behandlungen und der ganz auf das Kindesalter zugeschnittenen Versorgung durch Krankenschwestern, Kindergärtnerinnen, Lehrpersonal und Krankengym-

nastinnen günstige Voraussetzungen für die Versorgung von Kindern. Sie können psychologische, soziale und pflegerische Dienste, einschließlich schulischer Ausbildungen, in der erforderlichen Breite anbieten. Fachliche Zusammenarbeit und konsiliarische Betreuung erleichtern in den Zentren Diagnose, Indikation und Therapie. Für die pädiatrische Aus- und Weiterbildung kann dadurch die fachliche Qualifikation erweitert werden.

Hinzu kommt, daß mit zunehmendem Geburtenrückgang und weitergehender fachlicher Differenzierung einige Krankheitsbilder in den bestehenden Kinderkliniken immer seltener werden. Andererseits erfordern aber Diagnose und Therapie besondere Erfahrungen und Fertigkeiten. Mit einer Zentralisierung der Versorgung könnte dieser Entwicklung begegnet werden.

Den Vorteilen für das Fach Pädiatrie stehen derzeit Nachteile für die ärztliche Weiterbildung in den übrigen Fächern gegenüber. Die Weiterbildungszeiten in Kinderabteilungen könnten jeweils nur von kurzer Dauer sein, da die Behandlung von Kindern in vielen Weiterbildungsbereichen nicht im Mittelpunkt stehen kann. Die Folge wäre eine vergleichsweise hohe Fluktuation der Assistenzärzte in der entsprechenden Abteilung mit allen Nachteilen, die dies für die Behandlung gerade von Kindern hat. Die Versorgung von Kindern verlangt zudem Fertigkeiten, z.B. in mikrochirurgischer Hinsicht, deren Anerkennung in den Weiterbildungsordnungen noch aussteht.

Die Einrichtung von Kinderzentren setzt ein hinreichend großes Einzugsgebiet voraus, um Investition und Unterhalt finanzieren zu können. Dies ist ein wesentlicher Grund dafür, daß solche Einrichtungen vorwiegend in Ballungsgebieten liegen.

III.

Die Frage der Errichtung eines Kinderzentrums in Mainz kann realistisch nur unter Berücksichtigung der derzeitigen Gegebenheiten im Universitätsklinikum beantwortet werden. Von zentraler Bedeutung ist dabei, daß eine vollständige Integration der Fachgebiete die Schaffung neuer operativer Funktionseinheiten erfordern würde. Diese ist jedoch aufgrund der derzeitigen Verhältnisse im Klinikum nicht geboten und wäre wirtschaftlich kaum vertretbar.

Die Kinderchirurgie ist an ihrem jetzigen Standort angemessen untergebracht. Mit der Verlegung der Urologie in den geplanten Neubau, der derzeit errichtet wird, ist eine Entlastung der OP-Kapazitäten in der Chirurgie zu erwarten, mit der Engpässe in der Kinderchirurgie gegebenenfalls behoben werden können. Das Gebäude der Chirurgie stammt aus der zweiten Hälfte der 60er Jahre und liegt in der Nähe des vorgesehenen Standorts der Kinderklinik. Die Ausstattung gibt keinen Anlaß zu Beanstandungen.

Die Schaffung neuer operativer Einheiten allein für die übrigen Fächer, die auch Kinder zu versorgen haben, ist nicht sinnvoll. Sie wäre auch finanziell nicht zu vertreten, da Ausstattung und Geräte zweimal vorhanden sein müßten.

Aus diesen Gründen kann die Einrichtung eines Kinderzentrums im Universitätsklinikum Mainz nicht empfohlen werden.

IV.

Die weiteren Überlegungen sollten sich auf die Planung der Um- und Neubauten am künftigen Standort der Kinderklinik konzentrieren. Für den Umfang sind folgende Gesichtspunkte maßgebend:

Die Kinderklinik ist z.Z. rd. 20 % größer als das in den Medizinempfehlungen von 1976 beschriebene Zentrum der Kinderheilkunde. Das hat seine Ursache einerseits in der Vielfalt der Spezialdisziplinen, die in ihr vertreten sind, andererseits in dem überdurchschnittlich großen linksrheinischen Einzugsgebiet der Klinik und den daraus sich ergebenden Bedürfnissen der Krankenversorgung.

Die Vielfalt der Spezialdisziplinen ist im Interesse sowohl der Krankenversorgung als auch der ärztlichen Aus- und Weiterbildung erwünscht und sollte erhalten bleiben. Die Belegung der Betten war in den letzten Jahren überdurchschnittlich hoch. Die Verweildauer war nicht überhöht. Mögliche Anhaltspunkte für einen Rückgang des Bettenbedarfs in der Zukunft ergeben sich aus der geringeren Auslastung der Betten der Kinderchirurgie, aus der das Land bereits die Konsequenz der Bettenreduzierung gezogen hat.

In Rheinland-Pfalz besteht eine außeruniversitäre Kinder- und Jugendpsychiatrie in Landeck. Nachdem die bisherigen Möglichkeiten der ärztlichen Ausbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie in Alzey weggefallen sind, sollte die Einrichtung dieses Faches in Mainz vorrangig betrieben werden. Hierfür sprechen Gesichtspunkte sowohl der Lehre und Forschung als auch der ärztlichen Weiterbildung und des Bedarfs an Kinder- und Jugendpsychiatern. Die Integration des Faches in eine Kinderklinik erscheint erforderlich. Die nächstgelegenen kinder- und jugendpsychiatrischen klinischen Einrichtungen liegen in Köln, Frankfurt, Mannheim und Homburg/Saar. Somit läßt die Größe des Einzugsgebietes bei qualifizierter Vertretung des Faches in Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine angemessene Auslastung erwarten.

Unter diesen Gesichtspunkten ist die vom Land unter langfristigen Bedarfsaspekten beabsichtigte Verminderung der Betten-

zahl der Kinderklinik auf rund 175 Betten vertretbar. Für die weiteren Planungen sollte diese Zahl zugrundegelegt werden. Der Bedarf der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dabei zu berücksichtigen. Zu dem zuletzt genannten Punkt hat das Land noch keine abschließenden Vorstellungen vorgelegt. Es ist davon auszugehen, daß die Einrichtung einer leistungsfähigen Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Versorgungsfunktion für die Region eine gut ausgestattete Ambulanz, eine Tagesklinik und eine Bettenstation erfordert, wie vergleichbare Anmeldungen zum Rahmenplan zeigen, z.B. für den Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Köln. Das Land wird gebeten, bis zur Anmeldung der Um- und Neubauten der Kinderklinik zum Rahmenplan seine Vorstellungen hierzu zu konkretisieren, gegebenenfalls die Bauplanung so flexibel zu gestalten, daß ohne bauliche Veränderungen Bettenstationen und Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie genutzt werden können.

Die beabsichtigte Zusammenfassung der Einrichtungen der Kinderklinik an einem Standort im Süden des Klinikums ist aus funktionalen Gründen notwendig. Der Umfang der dafür erforderlichen Neubaumaßnahmen wird davon abhängen, ob die am künftigen Standort bereits leerstehenden und 1986 freiwerdenden Gebäude in ihrer Bausubstanz langfristig noch verwendbar sind und in ein funktional befriedigendes Konzept integriert werden können. Es wird empfohlen, diese Frage vorrangig zu prüfen und darauf zu achten, daß eine langfristig tragfähige Lösung erzielt wird.

Die außerhalb der Kinderklinik untergebrachten Kinderstationen in den einzelnen Fachkliniken sollten unter bestimmten Bedingungen beibehalten werden. Dafür sprechen derzeit sowohl Gesichtspunkte der Lehre und Weiterbildung als auch solche der ärztlichen Verantwortung und schließlich auch pragmatische Erwägungen. Unabhängig von den Plänen für die

Funktionsverbesserung und die Erweiterung der Kinderklinik sollten die Stationen jedoch neu geordnet und im Umfang auf das notwendige Maß reduziert werden. Dabei sollten folgende Gesichtspunkte beachtet werden:

Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von drei Jahren und intensivpflegebedürftige Kinder sollten prinzipiell in die Kinderklinik aufgenommen werden. Die Betten außerhalb der Kinderklinik sollten in geschlossenen Kinderstationen untergebracht sein, für die entsprechend geschultes Pflegepersonal zur Verfügung steht und die täglich konsiliarisch durch Kinderärzte betreut werden.

Solche Stationen bedürfen einer Mindestgröße von 10 bis 12 Betten. Stationen dieser Größenordnung sind nach den vorgelegten Daten langfristig in der Orthopädie und in der Klinik für Kommunikationsstörungen sinnvoll, in der letzteren mit der Maßgabe, daß dieser Schwerpunkt langfristig erhalten bleibt.

Die Kinderstation der ZMK-Klinik sollte gleichfalls erhalten bleiben. Die Versorgung von Kindern z.B. mit Gaumen-, Lippen- und Kieferspalt stellt einen etablierten Schwerpunkt der Klinik in Forschung, Lehre und Krankenversorgung dar. Da außerdem die ZMK-Klinik außerhalb des engeren Bereichs des Klinikums liegt, ist eine Verlegung frisch Operierter nicht angebracht, zumal auch die Verweildauer in der Regel nicht so lang ist, daß eine Verlegung in die Kinderklinik notwendig wäre.

Für die HNO- und die Augenklinik, die sich im gleichen Gebäude befinden, sollte eine Zusammenfassung der Kinderstationen bei gleichzeitiger Reduzierung der Bettenzahl erwogen werden.

Auf die Einrichtung einer Kinderstation in der Urologischen Klinik sollte aus grundsätzlichen Erwägungen und wegen der sehr geringen Auslastung der vorhandenen 5 Betten verzichtet werden. Die Patienten der Urologie im Kindesalter sollten in der Station für nephrologische und urologische Klein- und Schulkinder der Kinderklinik behandelt werden können. Mit dieser Empfehlung wird der Neubau der Urologischen Klinik nicht beeinträchtigt, der für 85 Betten vorgesehen ist.

Einer eigenen Kinderstation in der Hautklinik bedarf es angesichts der geringen Auslastung der vorhandenen Betten nicht.

Die 50 Betten der Kinderchirurgie waren 1983 zu rund 74 % im ersten Halbjahr 1984 zu rund 68 % ausgelastet. Auf der anderen Seite ist die Kinderchirurgie im Verbund der Chirurgischen Klinik gut untergebracht. Eine bessere Auslastung der Betten wird sich künftig erreichen lassen, wenn die Bettenzahl, wie vom Land geplant, zu Gunsten der in der Chirurgischen Klinik neu einzurichtenden Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie auf 40 Betten reduziert wird.

In jedem Fall muß die derzeit unzureichende Organisation der kinderärztlichen Betreuung in der Kinderchirurgie neu geordnet werden. Hierzu sollten, ohne den Stellenbestand auszuweisen, zwei bis drei pädiatrische Assistenten der Station ständig zugeordnet werden. Dies könnten z.B. Ärzte sein, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt befinden. Ein Oberarzt der Pädiatrie sollte hauptamtlich die Verantwortung für die pädiatrische Behandlung übernehmen. Konsiliarpflichten sollten unter entsprechend fachlicher Weisungsbefugnis vereinbart werden.