DER RUNDE TISCH

DIE ZUKUNFT DER GESUNDHEIT

# PERSPEKTIVEN IN DER KINDERMEDIZIN

Medizinische Strukturen und Medikamente sind vorwiegend für Erwachsene ausgelegt. Kindgerechte Diagnostik, Therapie und die Arzneientwicklung führen ein Schattendasein. Ausgerechnet den jüngsten, den verwundbarsten Patienten verweigert der Markt die Aufmerksamkeit, derer sie bedürfen.

## DIE VERGESSENEN PATIENTEN

Eltern, deren Kinder an einer sehr seltenen oder chronischen Krankheit leiden, haben an allen Ecken zu kämpfen. Vom Aufwachen bis zum Zubettgehen besteht ihr Leben aus Sorgen um den Sohn oder die Tochter, die ihnen niemand abnehmen kann. Ist ihr Alltag ohnehin schon extrem herausfordernd, kommt ein weiteres Problem dazu: Manche Erkrankungen treten so selten auf, dass sie nur von Spezialisten in wenigen medizinischen Zentren behandelt werden können. Therapien sind hochkomplex, viele dieser Krankheiten sind noch unheilbar – auch deshalb, weil sie nicht im Fokus der Forschung stehen. Alle Akteure im Gesundheitswesen stehen unter wirtschaftlichem Druck. Diagnostik und Therapien sind teuer und in einer Klinik über die Kassen kaum zu refinanzieren. Zu der ständigen Furcht um das Kind tritt oft noch eine ordentliche Portion Ärger: „Für alles Mögliche ist Geld da – aber nicht für mein Kind."

Auch die medizinische Versorgung erkrankter Kinder, insbesondere dauerhaft leidender, lässt vielerorts zu wünschen übrig. Die Diagnose ist weder trivial noch neu: Seit Jahren mangelt es an Fachpersonal, und das Geld für Ersatz- und Neuanschaffungen in Krankenhäusern und Versorgungseinrichtungen reicht hinten und vorne nicht. Bereits 2020 wies Professor Dr. Christoph Klein, Direktor der Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München, auf eine Entwicklung hin, deren Kipppunkt allmählich in Sichtweite kommt: „Entgegen den Beschwichtigungen der Krankenhausökonomen sehen wir heute, dass genau die Effekte eingetreten sind, vor denen Kinderärzte gewarnt haben: Eine hochspezialisierte und dennoch ganzheitliche und vor allem kindgerechte Medizin ist in finanzieller Hinsicht defizitär."

Foto: pingpao / Adobe Stock

**Für Eltern, deren Kind krank ist, zerbricht ein Lebenstraum: das Kind begleiten zu können, bis es selbstständig seinen Weg in eine gute Zukunft gehen kann. Kindermediziner sehen ihre Aufgabe darin, durch die richtige Therapie diesen Weg freizumachen.**

Nur etwa jedem fünften stationären pädiatrischen Angebot in Bayern gelingt es, die Vorgaben an die Intensität der Patientenversorgung einzuhalten. Eine Aufstockung des Personalstands ist kaum möglich, weil es weder genügend Pflegekräfte noch eine ausreichende Zahl approbierter Kinder- und Jugendärzte gibt. Allenfalls für Mädchen im Zahnspangenalter ist der frei praktizierende Kinderarzt noch ein Traumberuf. Für die meisten angehenden Mediziner sind die Rahmenbedingungen zu einengend, die Arbeitszeiten zu familienunfreundlich, der Gesprächsbedarf der Eltern zu anstrengend und die von den Kassen zugestandene Vergütung nachgerade mitleidheischend.

Jacob Maske vom Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) weist darauf hin, dass die „sprechende Medizin" gegenüber der Gerätemedizin im Vergütungssystem benachteiligt sei. Doch für die Untersuchung von Kindern brauchen Ärzte nun mal mehr Geduld und Zeit als für das Patientengespräch mit Erwachsenen, die es ohnehin meist eilig haben und gerne mit KI-gefertigten Diagnosen in das Sprechzimmer treten. „Kinder können häufig ihre Symptome gar nicht oder nur unzureichend formulieren", sagt Maske, der selber Kinder- und Jugendarzt ist. Zum Beispiel klagten Kindergartenkinder gerne über Bauchschmerzen, auch wenn sie an einer Mittelohrentzündung litten. „Man muss sich also aufgrund der objektiv zu erstellenden Befunde auf die Suche nach der Ursache der Erkrankung machen", erklärt der Mediziner. Dafür nötig sind Langmut, Zähigkeit und ein profundes Wissen. Wie Hausärzte müssen niedergelassene Kinder- und Jugendärzte das gesamte Feld der inneren Kindermedizin beherrschen. Nicht alle verfügen über eine dauerhaft hohe intrinsische Motivation, um sich allen Widrigkeiten zum Trotz die Freude am Beruf zu bewahren.

### Was Hans gesund macht, kann Hänschen doch nicht schaden

Seit Jahren herrscht ein gravierender Mangel an kindgerechten Medikamenten. Es fehlen nicht nur Fieber- und Schmerzmittel in den für Kinder passenden Dosierungen, sondern auch lebenswichtige Antibiotika und Präparate für chronisch Kranke. Kinderärzte berichten, dass sie immer häufiger gezwungen sind, Medikamente der zweiten und dritten Wahl zu verschreiben, weil die passenden Arzneien fehlen. Die Ursachen für diese Engpässe sind vielfältig. Häufig liegt die Produktion wichtiger Wirkstoffe im Ausland – vor allem in Indien –, was die die Transportwege lang und die Lieferketten insgesamt krisenanfällig macht.

Der wahre Grund liegt aber woanders. Die Entwicklung von speziellen Medikamenten für Kinder ist sehr aufwendig und für Pharmaunternehmen in der Regel wenig profitabel. Weil Heranwachsende an klinischen Studien nur in Ausnahmefällen teilnehmen dürfen, werden viele Medikamente, die Kindern verschrieben werden, nie explizit an der Zielgruppe erforscht. Die Folge: Zum Einsatz kommen entweder Tablettenteiler oder Präparate, deren Einsatz für Kinder offiziell nicht zugelassen ist. Mehr als die Hälfte der in der Pädiatrie verschriebenen Medikamente fallen unter den sogenannten Off-Label-Use. Besonders prekär wird diese Praxis bei chronisch kranken Kindern, die eine präzise abgestimmte, langfristige medikamentöse Therapie benötigen. Neben der Dosierung sind auch die Form der Arznei – Tablette, Kapsel, Tropfen, Saft, Salbe, Zäpfchen – und die Verträglichkeit oft nicht optimal auf Kinder abgestimmt. Das kann Behandlungsabbrüche und Zusatzbelastungen zur Folge haben.

Die Pharmaindustrie und die Ärzte wissen das. Dennoch bleibt die medizinische Forschung zu kindgerechten Wirkstoffen und Darreichungsformen strukturell nachgeordnet. Trotz einer seit 2007 geltenden EU-Verordnung, die mehr Sicherheit und Forschung für Kinderarzneimittel bringen sollte, bleibt der Fortschritt gering. Die Hürden für pharmazeutische Unternehmen, kindgerechte Studien durchzuführen und neue Produkte zu entwickeln, sind weiterhin groß: hohe Kosten, aufwendige Zulassungsverfahren, kleine Patientengruppen. Betriebswirte sehen darin kein Geschäft.

Als wären all diese Hemmnisse aus Sicht der kleinen Patienten und ihrer Eltern nicht schon tragisch genug, leidet auch die medizinische Versorgung der jüngsten Mitbürger an systemischen Schwächen. Die Krankenhausreform der Bundesregierung, die Qualität und Effizienz steigern soll, führt nach Ansicht von Fachverbänden wie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) zu einer weiteren Verschlechterung für kranke Kinder, insbesondere für solche mit chronischen Erkrankungen. Sogenannte Leistungsgruppen für spezielle Kinder- und Jugendmedizin werden in der Landeskrankenhausplanung inzwischen oft gestrichen oder den allgemeinen Fachgebieten zugeordnet. Das birgt die Gefahr, dass Spezialangebote verschwinden und Kinder künftig noch häufiger in Erwachsenenabteilungen behandelt werden müssen – ohne adäquate Betreuung durch entsprechend weitergebildete Fachkräfte. In der Folge können sich die Wege zu spezialisierten Angeboten erheblich verlängern.

### Für Kinder gibt es immer weniger Krankenhausbetten

Umfragen unter Kinderkliniken deuten darauf hin: Die angekündigten Zusatzmittel der Politik lindern nur einen Teil der wirtschaftlichen Not. Fast zwei Drittel der Häuser erwarten kaum oder gar keine nachhaltige Entlastung. Die Personaluntergrenzen in der Pädiatrie werden vielerorts bereits nicht mehr eingehalten, viele Notaufnahmen und Fachabteilungen sind chronisch unterbesetzt und überlastet. „Der Abbau von Klinikkapazitäten wegen mangelnder Finanzierung durch Fallpauschalen führt dazu, dass die Bettenzahl in der stationären Kinderheilkunde zwischen 1991 und 2017 um 41 Prozent gesunken ist", zitiert Jacob Maske vom BVKJ die Statistik. Professor Christoph Klein aus München zeigt Verständnis für die Zwänge der Ökonomie: „Es gibt durchaus gute Gründe für den politisch erwünschten Wettbewerb unter den Krankenhäusern." Weil er sich aber in erster Linie als Mediziner versteht, fügt Klein hinzu: „Es gibt auch gute Gründe für die Idee, dass die Vergütung eines Krankenhauses nicht in erster Linie davon abhängen sollte, ob ein Bett um Mitternacht durch einen Patienten belegt ist oder nicht."

Vom Mangel an Pflegepersonal in den Kliniken besonders betroffen sind Neugeborenen-Stationen, die Intensiv-Pädiatrie und die Onkologie. Auch für chronisch kranke Kinder, etwa mit Diabetes, Mukoviszidose oder neurologischen Leiden, ist das Versorgungsnetz dünn geworden. Die Behandlung erfordert oft interdisziplinäre Teams, komplexe Therapieschemata und regelmäßige Kontrollen. Längst nicht überall sind die benötigten Expertinnen und Spezialisten verfügbar, Wartezeiten wachsen, und viele Familien werden durch die Entfernung zu den nächsten Zentren oder die mangelnde Koordination der Versorgung zusätzlich belastet.

In Schulen und Kitas sind Kinder mit anhaltenden Erkrankungen schlicht nicht vorgesehen. Die Kooperation mit dem Gesundheitssystem zeigt Lücken, für schulmedizinische Begleitung und psychologische Unterstützung müssen die Eltern kämpfen. Die Folge: Für viele Kinder bleiben gesundheitliche, soziale und bildungsbezogene Einschränkungen unausweichlich. Ohne energische Gegensteuerung werden sich künftig noch mehr Eltern um ihre kranken Kinder sorgen.

KAREN ENGELHARDT

# KINDER BENÖTIGEN SCHUTZ – UND EINE EIGENE MEDIZIN

Die demografische Entwicklung in Bayern lässt Kinder zu einer Minderheit werden. Für die Politik spielen sie als Wähler keine Rolle, und für die Pharmaindustrie sind sie keine attraktive Kundengruppe. Dass Kinder zudem häufiger als Erwachsene an Seltenen Erkrankungen leiden, bereitet Ärztinnen und Ärzten große Sorgen. Sind Kinder die vergessenen Patienten?

Der von der Bundesregierung am 8. Oktober 2025 verabschiedete Kabinettsentwurf für ein Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) birgt aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) Risiken für die Kindermedizin. Denn in dem Gesetzesvorschlag fehlen die beiden Leistungsgruppen „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ sowie „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“. Für Heranwachsende mit komplexen oder chronischen Erkrankungen droht damit die spezialfachärztliche Versorgung wegzubrechen. Genau das kritisierte die DGKJ auf ihrem Kongress Anfang Oktober: dass die gleichermaßen auf Spezialisierung wie Effizienz zielende Reform die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend berücksichtige und bestehende Probleme sogar noch verschärfen könne. „Rund 15 Prozent aller Minderjährigen in Deutschland leben mit einer Krankheit oder funktionellen Einschränkung, die länger als zwölf Monate anhält“, sagte Professor Dr. Eckard Hamelmann, Spezialist für Kinderpneumologie und dermatologische Allergologie am Kinderzentrum Bielefeld, bei der Eröffnung des Kongresses. Diese Patienten benötigten nicht nur akute Hilfe, sondern eine langfristige und sektorenübergreifende Begleitung – ambulant, stationär, rehabilitativ und in späteren Phasen auch palliativ. In der Praxis seien die Wege zu spezialisierten Zentren dagegen oft weit, die Wartezeiten bis zum Therapiebeginn lang, und es fehle schon jetzt an Fachärzten, spezialisierten Pflegekräften und Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche. Hat man die Jüngsten unter den Patienten schlichtweg vergessen?

Dr. Christina Berndt, Biochemikerin, Immunologin und Wissenschaftsjournalistin der *Süddeutschen Zeitung*, moderierte den Runden Tisch zum Thema „Perspektiven in der Kindermedizin“. Die angeregte Debatte, die in der Panorama-Lounge der *Süddeutschen Zeitung* stattfand, ist auf den folgenden Seiten leicht gekürzt wiedergegeben. Dabei ging es unter anderem um die aktuelle Situation von erkrankten Kindern in unserem Gesundheitssystem, die Bedeutung der Prävention von Kinderkrankheiten, die psychologische Unterstützung der Betroffenen sowie die Zukunft der Kindermedizin.

## 1

## SIND KINDER WIRKLICH DIE „VERGESSENEN“ PATIENTEN?

**Bevor wir auf die Perspektiven in der Kindermedizin zu sprechen kommen, müssen wir die aktuelle Situation betrachten. Frau Huml, fallen Kinder und Jugendliche aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland aus dem Blickfeld von Politik und Pharmaindustrie? Oder ist das Wort von den „vergessenen“ Patienten zu hart?**

**Melanie Huml** – Es ist wichtig, dass wir alle Patienten und damit auch die Kinder im Fokus haben. Kinder sind aus meiner Sicht, als Vorsitzende der Kinderkommission des Bayerischen Landtags, nicht unbedingt die vergessenen Patienten, aber sie sind öfter von Stigmatisierung und Tabuisierung betroffen. Das betrifft vor allem Kinder mit seltenen oder psychischen Krankheiten, denn sie können genauso wie Erwachsene sowohl am Körper als auch an der Seele erkranken. Wir sollten uns daher klar darüber sein, dass wir alle Erkrankungen, unabhängig davon, ob sie häufig oder seltener auftreten, sehen und sichtbar machen müssen, damit sie behandelt werden können. Wir haben uns in der Kinderkommission gerade erst mit Kindern beschäftigt, die von besonderen Situationen wie einer Suchtabhängigkeit oder psychischen Erkrankung der Eltern betroffen sind, wenn ein Elternteil im Gefängnis sitzt oder ein Todesfall in der Familie vorliegt. Sie stellen alle eine Herausforderung für die Kinder dar. Deshalb war es uns auch so wichtig, nicht nur über, sondern auch mit Kindern und Jugendlichen in solchen Situationen zu sprechen. Vergessene Kinder klingt zu sehr nach Vergangenheit. Alle Kinder sollten sowohl im Hier und Jetzt als auch in der Zukunft in unserem Blickfeld sein.

**Herr Heinen, wie verstehen oder interpretieren Sie als erfahrener Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Neurologie mit Schwerpunkt Neuropädiatrie den Begriff der vergessenen Patienten?**

**Florian Heinen** – Ich sehe den Begriff aufgrund seines Vergangenheitsbezugs ebenfalls kritisch. Er wird auch der Realität nicht gerecht. Wir leben in einer Gesellschaft, in der es der Mehrheit der Kinder gut geht, so dass sie die Chance haben, das aus ihrem Leben machen zu können, was sie wollen. Das ist, gerade im Vergleich mit anderen Regionen auf der Welt, immer noch ein Privileg der westlichen und damit auch unserer Gesellschaft. Wenn Kinder krank und bedürftig werden, ist das bei jeder Erkrankung immer eine kleine Gruppe. Für diese passt aber eine Logik nicht, wonach eine kleine Gruppe für unsere Gesellschaft nicht wichtig sei, denn das ist schlicht und ergreifend falsch. Um die Dimensionen klar zu machen, um die es geht, verwenden wir den Begriff „biopsychosozial“. In der Kindermedizin haben wir es immer auch mit der Entwicklung zu tun, das heißt, jede Erkrankung, Störung oder Besonderheit hat eine Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes selbst. Das müssen wir zusammen betrachten. Aber gerade in der Medizin neigen wir dazu, nur einen bestimmten Aspekt sehr genau im Blick zu haben, dafür aber den Zusammenhang mit anderen wichtigen Punkten zu übersehen. Das biopsychosoziale Konzept zielt gerade bei Kindern darauf ab, das Ganze im Blick zu behalten. Es geht nicht, dass wir Körper, Geist und familiäres Umfeld voneinander trennen. Wir wissen bei chronischen Erkrankungen sehr genau, dass die Berücksichtigung dieser drei Aspekte unsere Chancen bei der Behandlung erhöht, während ein Verzicht darauf sie langfristig zu einer unlösbaren Aufgabe machen kann. Solches wäre den betroffenen Kindern gegenüber nicht fair.

**Wie Sie schon sagen, sind Kinder nicht gerade eine bevorzugte Patientengruppe in unserem Gesundheitssystem. Frau Hauer, wie sehen Sie als Chefärztin des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin, einer Kooperation der München Klinik und des TUM-Klinikums, die Rolle der Kinder? Wird deren erhöhter Bedarf übersehen?**

**Julia Hauer** – Durch meine Arbeit am TUM Klinikum und den städtischen Kinderkliniken München Schwabing und Harlaching sehe ich natürlich einen erhöhten Bedarf bei der Behandlung von Kindern. Vergessen sind sie deshalb nicht, aber wir simplifizieren die Tatsachen, dass es sich oft um kleine Patientengruppen mit Seltenen Erkrankungen handelt und wie schwer die Erkrankungen von Kindern sein können. Das liegt zum Glück daran, dass die meisten Kinder gesund sind. Diese Vereinfachung führt jedoch dazu, dass die Kindermedizin in manchen Aspekten vergessen wird, wie etwa aktuell bei der Krankenhausstrukturreform. Da wird die Spezielle Kinder- und Jugendmedizin einfach nicht mitgedacht, weil sie komplex und schwer umsetzbar ist. Das trifft die Kinder besonders, weil sie prozentual viel öfter unter Seltenen Erkrankungen leiden als Erwachsene.

**„Es gibt für die Kindermedizin faszinierende Möglichkeiten, aber sie müssen auch finanziert werden, und das schaffen wir momentan nicht an allen Stellen", erläutert Prof. Dr. med. Prof. h. c. Florian Heinen, unter anderem Präsident der Gesellschaft für Neuropädiatrie, das Problem bei der weiteren Entwicklung von Therapien.**

**DR. CHRISTINA BERNDT**

gehört seit März 2000 der Redaktion der Süddeutschen Zeitung an, heute als Leitende Redakteurin im Ressort Wissen. 1988 begann sie ihr Studium der Biochemie mit dem erklärten Ziel, Wissenschaftsjournalistin zu werden. Für ihre Doktorarbeit am Deutschen Krebsforschungszentrum erhielt sie den Promotionspreis der Deutschen Gesellschaft für Immunologie. Auch für ihre journalistischen Arbeiten erhielt sie zahlreiche Auszeichnungen – 2021 war sie Wissenschaftsjournalistin des Jahres. Viele ihrer Bücher, darunter „Resilienz – Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft", wurden Bestseller.

**In den letzten Jahren hat es doch schon eine Reihe von guten Initiativen in der ambulanten und stationären Behandlung von Kindern gegeben. Haben die nicht ausgereicht oder ist deren erhoffte Wirkung nicht bei den Patienten angekommen?**

**Julia Hauer** – In der stationären Versorgung ist noch nicht das da, was wir brauchen, gerade in der Versorgung von komplexen und chronisch kranken Kindern. Da geht es um die Finanzierung von Vorhaltekosten, die durch den Wegfall der Speziellen Kinder- und Jugendmedizin in der geplanten Krankenhausreform vorerst nicht wie angedacht kommen wird. Da müssen wir aber noch die weitere Diskussion abwarten. Dabei ist diese Finanzierung für die Kinderkliniken enorm wichtig, weil die erhöhten Behandlungskosten für Kinder über das derzeitige System nicht abgedeckt werden. Um beispielsweise ein MRT vom Schädel eines dreijährigen Kindes durchzuführen, benötigt ein Arzt doppelt so viel Zeit wie bei einem erwachsenen Patienten. Die Leistung wird aber mit dem gleichen Betrag abgerechnet und reicht daher nicht aus. Grundsätzlich benötigen Kinderkliniken viel mehr Kinderärzte mit spezieller Schwerpunktaus- und weiterbildung, etwa den Facharzt für Kinder-Neurologie, Kinder-Onkologie und Kinder-Nephrologie. Das ist wie eine Klinik mit allen Fachbereichen in der Kinderklinik und erhöht ebenfalls die Vorhaltekosten. Außerdem reichen die ambulanten Strukturen für die Versorgung gerade von chronisch kranken Kindern nicht aus. Die sozialpädiatrischen Zentren leisten sicher gute Arbeit, andere Strukturen wie die Hochschulambulanzen funktionieren aufgrund der Unterfinanzierung weniger gut. Es fehlt schlicht das Geld, um dort chronisch kranke Kinder regelmäßig und ausreichend zu versorgen.

„DIE DIGITALISIERUNG IST FÜR UNS DESHALB WICHTIG, WEIL WIR DAMIT DIE KINDER FACHLICH GUT VERSORGEN KÖNNEN, GLEICHZEITIG ABER RESSOURCEN WIE PERSONAL UND FAHRTZEITEN SPAREN."

**Florian Heinen** – Den Einsatz des jeweils erforderlichen Fachpersonals machen wir in den Kliniken für Erwachsene ganz selbstverständlich. Da haben wir zum Beispiel fünf Lehrstühle allein für Innere Medizin, einen Lehrstuhl für Neurologie, dazu ein Institut für Neuroimmunologie und vieles weiteres mehr. Da kommt niemand mehr auf die Idee, dass man mit einem Internisten für die gesamte Universitätsmedizin auskommen könnte. In der Pädiatrie wird so getan, als ginge das, dabei brauchen wir dort genauso eine verzahnte Subspezialisierung. Der enorme Fortschritt in der Medizin in den letzten Jahren beruht ja genau auf dieser Spezialisierung der Ärzte auf immer kleinere Fachgebiete, eingebettet in die kollegiale Kommunikation. Es gibt für die Kindermedizin faszinierende Möglichkeiten, aber sie müssen auch finanziert werden, und das schaffen wir momentan nicht an allen Stellen. Die stationäre Pädiatrie – auch die an den Universitätskliniken – steht hier am meisten unter Druck, anders als etwa die Praxispädiatrie und die Sozialpädiatrischen Zentren, die dank ihrer starken Strukturen insgesamt besser laufen.

**Sybill Hessler** – Wie wichtig die Spezialisierung in der Kindermedizin ist, haben wir erst kürzlich bei einem Patiententag für unsere Mitarbeiter erlebt. Ipsen hat drei therapeutische Bereiche, nämlich Onkologie, Neurologie und Seltene Erkrankungen. Bei den Seltenen Erkrankungen haben wir es sehr häufig mit Kindern und deren Eltern zu tun. Unser Ziel ist es, das Leben und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern, und das fängt damit an, dass wir die Betroffenen besser verstehen wollen, um dann therapeutische Lösungen entwickeln und anbieten zu können. Deshalb organisieren wir jedes Jahr einen Patiententag für unsere Mitarbeitenden. Vor kurzem hatten wir drei Elternteile zu Gast, deren Kinder an Seltenen Erkrankungen leiden. Ein Kind leidet an biliärer Atresie, einer lebensbedrohlichen Erkrankung bei Neugeborenen, bei der die Gallengänge vernarben und blockiert sind, sodass Galle nicht aus der Leber in den Darm gelangen kann. Die anderen beiden Kinder leiden jeweils an einem niedrig-gradigen seltenen Hirntumor. Alle drei berichteten von Herausforderungen bei der Diagnostik für ihre Kinder. Aufgrund der späten Diagnose waren Operationen entweder nicht mehr möglich oder hätten bei früherer Behandlung bessere Ergebnisse erzielen können. Auch wenn es sich um Seltene Erkrankungen handelt, müssen Informationen leichter verfügbar sein. Das geht nur über Zentralisierung und Datenaustausch, damit Kinder und ihre Eltern nicht so lange warten oder weite Wege fahren müssen, um an differenziertes Wissen über die Erkrankung zu kommen.

**Melanie Huml** – Wie wir bessere Vernetzungen schaffen können, ist ein Punkt, der auch für mich sehr wichtig ist. Frau Hauer und Herr Heinen haben ja recht, dass wir für Kinder mehr Spezialisten bräuchten, aber die Patientengruppe Kinder ist halt viel kleiner als die der Erwachsenen. Weil die Interaktion zwischen Arzt und Patient, gerade bei Kindern und deren Eltern, so wichtig ist, müssen wir die Kinderärzte auf dem Land besser mit den Universitätskinderkliniken vernetzen. Ich habe als Gesundheitsministerin ein Nachsorgeprogramm in Erlangen unterstützt, bei dem Kinder nach einer Herzoperation in der Uniklinik weiter von ihrem Kinderarzt vor Ort versorgt werden konnten. Das Einzugsgebiet der Uniklinik ist mit Franken und der Oberpfalz recht groß, sodass die Eltern bei Auffälligkeiten nach der Operation mit ihrem Kind nicht immer gleich einen weiten Weg nach Erlangen auf sich nehmen mussten. Der Kinderarzt konnte ein Ultraschallbild des operierten Herzes an die Ärzte in der Uniklinik Erlangen senden, die dieses dann ebenfalls kontrollierten und schnell eine Rückmeldung geben konnten, ob eine weitere Behandlung des Kindes notwendig ist oder nicht. Wir müssten mehr in dieser Richtung tun, damit auch schwer erkrankte Kinder besser in der breiten Fläche versorgt werden können. Meine Nachfolgerin hat aus diesem Grund die Virtuelle Kinderklinik ins Leben gerufen *(Anm. d. Red.: Mehr dazu auf Seite 8 unten)*. Natürlich brauchen wir trotzdem die Finanzierung der Vorhaltekosten für die Kinderkliniken, um Kinder besser behandeln zu können. Das zeigt das MRT-Beispiel von Frau Hauer sehr eindrücklich.

**Julia Hauer** – Die Digitalisierung ist für uns deshalb wichtig, weil wir damit die Kinder fachlich gut versorgen können, gleichzeitig aber Ressourcen wie Personal und Fahrtzeiten sparen. Deshalb ist es gut, dass wir jetzt die Virtuelle Kinderklinik haben und Projekte wie TelEmergencyKids. Das zentrale Anliegen ist die Vernetzung von Kinderkliniken zur Verbesserung der Kommunikation bei der Koordination von Patientenverlegungen sowie der telemedizinische Austausch. Dadurch kann die Expertise aus großen Zentren schneller an kleinere pädiatrische Einrichtungen oder an Kliniken, die noch gar keine kindermedizinische Versorgung anbieten, weitergereicht werden. Es geht darum, dass Kinder in ihrer Umgebung bleiben können und nicht jedes Mal zu einer Kinderklinik in Ballungsgebieten gebracht werden müssen. In der Kinderonkologie können in Modellprojekten beispielsweise bereits Blutbildkontrollen zu Hause gemacht und an die Kliniken gesendet werden. Auf diese Weise wird der Zugang zu Diagnostik und Therapie verbessert. Einen weiteren Weg bietet das Deutsche Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit, das im vergangenen Jahr in München an beiden Universitätskinderkliniken an den Start gegangen ist. Es befindet sich noch im Aufbau und wird künftig neben wissenschaftlicher Forschung auch an Strukturen arbeiten, um Kinder fern der Ballungsräume besser zu erreichen. Es wird zwar dauern, bis diese Forschungsdaten in der Fläche genutzt werden, aber der Anfang ist gemacht. Wir brauchen für Kinder einen sicheren und auskömmlichen Finanzierungsrahmen wie in der Erwachsenenmedizin. Den hätten wir uns von der Krankenhausreform erhofft, aber noch ist die Diskussion ja nicht abgeschlossen.

**In der Diskussionsrunde klang bereits durch, dass das medizinische Versorgungsproblem in erster Linie bei den Kinderkliniken liegt, während es bei den niedergelassenen Kinderärzten nicht so gravierend ist. Frau Huml, haben die niedergelassenen Ärzte wirklich weniger Sorgen, denn ich sehe dort auch größere Versorgungslücken?**

**Melanie Huml** – Wenn man sich die Altersstruktur der niedergelassenen Kinderärzte anschaut, dann stellt man fest, dass ein Drittel von ihnen 60 Jahre oder älter ist. Die gehen also in absehbarer Zeit in Rente, und wir brauchen deshalb auch im ambulanten Bereich junge Mediziner, die bereit sind, dort in die Kindermedizin zu gehen. Je weniger ambulante Ärzte wir künftig haben, desto mehr Kinder werden im stationären Bereich landen, was dort zu weiteren Belastungen führt. Deshalb habe ich in meiner Zeit als Gesundheitsministerin die Niederlassungsförderung für die Allgemeinmediziner eingeführt und großen Wert darauf gelegt, dass das auch für die Kindermedizin gilt. Dem Finanzministerium musste ich dabei erklären, dass die Kindermediziner die

**PROF. DR. JULIA HAUER**

ist seit November 2021 Chefärztin und Klinikdirektorin des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin, eine Kooperation der München Klinik und des TUM Klinikums an den Kinderkliniken München Schwabing und München Harlaching. Sie studierte Medizin an der LMU München und schloss dort ihre Dissertation in Immunologie ab. Als Postdoktorandin forschte sie am Pariser Hôpital Necker im Bereich Gentherapie. Hauer absolvierte ihre klinische Aus- und Weiterbildung zur Kinder-Hämatologin und Onkologin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, wo sie auch habilitierte. Bevor sie an die TUM kam, war Hauer als Professorin und Leitung des Bereichs Kinderhämatologie und Onkologie an der TU Dresden sowie als Gruppenleiterin am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden tätig.

**UNIV. PROF. DR. MED. PROF. H.C. FLORIAN HEINEN**

leitet seit April 2003 die Abteilung Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie im Dr. von Haunerschen Kinderspital, LMU Klinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München. Der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Neurologie mit Schwerpunkt Neuropädiatrie ist seit 2009 zusätzlich Ärztlicher Direktor des iSPZ Hauner MUC, des Munich University Center for Children with Medical and Developmental Complexity. Seit 2022 ist er zudem Präsident der Gesellschaft für Neuropädiatrie.

**DR. SYBILL HESSLER**

ist seit Oktober 2022 Medical Affairs Director für die DACH-Region der Ipsen Pharma GmbH. Sie studierte Medizin an der Universität Hamburg, an der sie auch promovierte. Nach acht Jahren Arbeit als Assistenz- und Fachärztin am Universitätskrankenhaus Eppendorf wechselte sie 1998 als Medical Managerin in ein forschendes Pharmaunternehmen und verantwortete dort verschiedene Indikationen im Bereich Onkologie und Immunologie. Nach weiteren Stationen, in denen sie unter anderem als Leiterin der Medizinischen Abteilung und der Medical Marketing-Abteilung tätig war, wechselte sie schließlich zur Ipsen Pharma GmbH.

„Während das Gesetz einen längeren Zeitraum für Misshandlung betrachtet, um von Kindeswohlgefährdung in juristischem Sinne zu sprechen, sehen wir in der Praxis, dass ein schnellerer Eingriff notwendig ist, um die Kinder zu schützen“, betont Dr. med. Florian Trini, Projektleiter des neueröffneten Amalie Nathan Hauses für Kinder- und Jugendmedizin in Fürth.

„Lieber habe ich eine 80-Prozent-Lösung, die funktioniert, als dass wir auf ein Projekt verzichten, weil es nicht alle Anforderungen erfüllt. Beim Kinderschutz hilft das den Tätern mehr als den Opfern“, sagt Melanie Huml, Vorsitzende der Kinderkommission des Bayerischen Landtags, mit Blick auf den Datenschutz.

Hausärzte der Kinder sind und deshalb genauso gefördert werden müssen. Dabei wäre es hilfreich, wenn Ärzte aus dem stationären Bereich mal eine Zeit lang in einer ambulanten Praxis arbeiten, um zu sehen, dass auch dort wichtige und spannende Herausforderungen auf sie warten. Eine weitere Aufgabe besteht darin, die Kindermedizin schon im Studium sichtbarer zu machen. Das geht nur über Strukturen, die es den Studenten ermöglicht, ihre Praxissemester schneller und einfacher in den Kinderarztpraxen und Kinderkliniken leisten zu können.

## 2

## KINDERSCHUTZ IST AUCH EINE AUFGABE DER KINDERMEDIZIN

**Herr Trini, Sie schauen als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Fürth sowie als Ärztlicher Leiter des Amalie Nathan Haus für Kinder- und Jugendschutz aus einer besonderen Perspektive auf dieses Thema, weil Sie sich um traumatisierte Kinder kümmern. Die müssen Sie aber erst einmal identifizieren, um rechtzeitig eingreifen und handeln zu können. Wie schaffen Sie das in diesen Versorgungsstrukturen?**

**Florian Trini** – Das ist eine schwierige Aufgabe. Wir haben zwar vor wenigen Jahren ein Zusatzentgelt für den Kinderschutz im stationären Bereich erhalten, den jede Klinik selbst aushandeln kann, aber das deckt bei Weitem nicht den per Studien nachgewiesenen Mehrbedarf. Dasselbe gilt für niedergelassene Ärzte, die für das bisschen Zusatzentgelt keinen großen Aufwand für Weiterbildung im Kinderschutz sowie die Aufdeckung und Dokumentation von Verdachtsfällen betreiben können. Deshalb landen fast alle Verdachtsfälle von Kindesmissbrauch und -vernachlässigung im stationären Bereich. Wir haben Kinderschutzgruppen, die den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin unterliegen, das heißt, die Ärzte können sich durch den Nachweis entsprechenden Zusatzwissens, etwa in der Chirurgie, zertifizieren lassen. Es gibt in Deutschland mehr als 2.000 normale unfallchirurgische Ambulanzen ohne Kinderärzte. Dort liegen oft eindeutige Verdachtsfälle für Kindesmisshandlung vor, die aufgrund mangelnden Wissens eben nicht eindeutig gesehen und gemeldet werden. Da wird oft nach dem Motto „es kann nicht sein, was nicht sein darf“ gehandelt. Je länger ich im Kinderschutzhaus arbeite, desto häufiger mache ich Grenzerfahrungen bei Fällen, von denen ich mir nicht vorstellen konnte, was Menschen über Jahre hinweg Kindern antun können.

**Wie viele Kinder behandeln Sie im Kinderschutzhaus in Fürth aktuell?**

**Florian Trini** – Nach dreimonatiger Vorbereitung und Schulung unserer neuen Mitarbeiter haben wir im Kinderschutzhaus im Februar die ersten Kinder aufgenommen. Nach acht Monaten sind mittlerweile 42 Kinder bei uns in lokaler Behandlung, obwohl wir mit höchstens 30 gerechnet haben. Wir arbeiten institutionsübergreifend, denn der Blick allein auf die medizinischen Aspekte reicht nicht aus, um die Fälle richtig zu behandeln. Nur mit Hilfe der Jugendämter, Justiz und Polizei können wir herausfinden, wann beispielsweise eine Anzeige gegen die Eltern vertretbar ist. Es gibt entsprechende Kooperationsvereinbarungen in Nürnberg, Fürth und Erlangen, wir werden das aber Stück für Stück erweitern. Allerdings hatten wir 2024 in Deutschland insgesamt schon 70.000 Inobhutnahmen. Am Klinikum Fürth haben wir circa 70 Kinderschutzfälle nach festgelegten Standards der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin und der bundesweit gültigen Kinderschutzleitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften bearbeitet. In der Kindernotaufnahme der Orthopädie und Unfallchirurgie sind es etwa 15 bis 20 Kinder im Jahr, bei denen wir körperlichen Missbrauch feststellen. Das ist natürlich ein weites Spektrum, denn wo fängt juristisch gesehen die Kindeswohlgefährdung an und wo hört sie auf? Die unterschiedlichen Sichtweisen haben wir während der Gespräche über die Kooperationsvereinbarungen erlebt. Während das Gesetz einen längeren Zeitraum für Misshandlung betrachtet, um von Kindeswohlgefährdung in juristischem Sinne zu sprechen, sehen wir in der Praxis, dass ein schnellerer Eingriff notwendig ist, um die Kinder zu schützen. Gerade wenn Traumata vorliegen, ist eine Akuthilfe unerlässlich, um langfristige Auswirkungen zu verhindern.

**Können Sie in solchen Fällen den Weg der Patienten zur Behandlung verkürzen?**

**Florian Trini** – Diese Behandlung wird in Bayern nur durch das Sozialministerium, aber nicht durch das Gesundheitssystem finanziert, obwohl wir als Ärzte und Kliniken uns dem Kindeswohl annehmen und standardisiert nach DGKiM abklären. Dank unserer Stiftung Kinderförderung von Playmobil, die unsere Mitarbeiter und fast alle laufenden Kosten bis Ende 2028 bezahlt, haben wir erst die Möglichkeit, frei zu entscheiden, was ein Kind aktuell benötigt und können es dann auch durchführen. Das ist für uns wie ein Sechser im Lotto, denn wir können die uns zur Verfügung stehenden Ressourcen nutzen, ohne dabei gleich an die Abrechnungsstellen denken zu müssen. In ein oder zwei Jahren sehen wir dann auch, wie viele Stunden psychologische, sozialpädagogische und medizinische Hilfe wir im Durchschnitt für die Behandlung eines Kindes benötigt haben. Eine Zusammenfassung dieses Aufwands gibt es nämlich noch gar nicht.

> „NIEDERSCHWELLIGE ANGEBOTE SIND GERADE FÜR KINDER ENORM WICHTIG. AM ENDE SOLLTEN ALLE STELLEN AUF DIE KINDER SCHAUEN UND KINDERSCHUTZ ALS EINE GESAMTAUFGABE BETRACHTEN.“

**Melanie Huml** – Der Kinderschutz ist seit mehr als 20 Jahren in den Jugendämtern in Form der koordinierten Kinderschutzstellen verankert. Wir sollten daher die vorhandenen Strukturen besser nutzen, anstatt doppelte Strukturen aufzubauen und Personal in beides zu schicken. Ein Ansatzpunkt dafür war für uns die Einrichtung einer Kinderschutzstelle in der Rechtsmedizin. Wir wussten von vielen niedergelassenen Ärzten, dass sie sich in vielen Fällen nicht sicher sind, an wen sie sich bei einem Verdachtsfall wenden können. Das dürfte in der Zahnmedizin ganz ähnlich sein, denn ein ausgeschlagener Zahn bei einem Kind kann sowohl auf einen Unfall als auch auf eine Misshandlung zurückzuführen sein. Dank der Rechtsmedizin erhalten niedergelassene Ärzte jetzt eine viel bessere Beratung. Allerdings sollten alle Ärzte diese Möglichkeit auch kennen. Wir sollten zugleich die Vorsorgeuntersuchungen von

**„Wir haben mehr Praxisabgeber als -übernehmer. Junge Zahnärzte bevorzugen oft die Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum, statt selbst eine Praxis zu übernehmen", warnt Dr. med. dent. Marion Teichmann, Kieferorthopädin und stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, vor einem Mangel an Zahnärzten in ländlichen Regionen.**

Kindern verbindlicher hinbekommen. Das schaffen wir bisher leider nicht beziehungsweise nur über die Schulpflicht. Wenn ein Kind in die Schule kommt, will ich wissen, in welchem gesundheitlichen Zustand es ist. Das erfahren wir nur über diesen Weg, und selbst dessen Notwendigkeit wird immer wieder diskutiert. Dabei ist es momentan die einzige Möglichkeit, um ein Kind wenigstens einmal untersuchen zu können. Von Lehrern weiß ich auch, dass sie Schulpsychologen für wichtig erachten, denn sie bieten Kindern die Möglichkeit, sich ohne die einschränkende Anwesenheit ihrer Eltern beraten zu lassen. Solche niederschwelligen Angebote sind gerade für Kinder enorm wichtig. Am Ende sollten alle Stellen auf die Kinder schauen und Kinderschutz als eine Gesamtaufgabe betrachten.

**Florian Trini** – Wir wollen mit dem Kinderschutzhaus bewusst keine Parallelstruktur aufbauen. Dank 15 Jahren Erfahrung in der Kinderschutzgruppe, 10 Jahren im Beirat und inzwischen im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, sehe ich noch einige Lücken im Umgang mit Kindeswohlgefährdung im Gesundheits- und Sozialsystem der Länder, aber auch bundesweit. Wir müssen es schaffen, aus deutschlandweit bestehenden einzelnen Projekten feste Strukturen im Kinderschutz in der Medizin zu etablieren, angefangen von Kinderschutzgruppen an Kliniken bis hin zu Kinderschutzambulanzen und Kompetenzzentren. Wir haben uns zwar schon mit Kollegen der Kinderschutzambulanz in Frankfurt vernetzt, aber auch dort gibt es nach 15 Jahren noch Verbesserungsbedarf. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) wie das in der Universität Erlangen sind wichtig, und doch kann und wird dort die Kindeswohlgefährdung nicht so zeitnah und transdisziplinär abgeklärt, wie in Kinderschutzambulanzen oder in unserem Projekt, um ein chronisch krankes Kind mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorstellen zu können. Wir benötigen zusätzlich niederschwellige Angebote für Kinder, die nicht längerfristig oder chronisch krank sind. Die passen oft nicht in ein SPZ, weil die Strukturen dort auf eine längere Behandlung ausgerichtet sind. Wir schauen deshalb aktuell, wo wir unser Angebot noch verbessern müssen und wo uns die Vernetzung mit anderen Einrichtungen weiterbringt. Langfristig muss eine deutschlandweit strukturierte und grundfinanzierte Versorgung von Kindern etabliert werden und möglich sein.

## 3

## DIE ZAHNMEDIZIN ZEIGT, WAS PRÄVENTION BEWIRKT

**Frau Teichmann, wir sprechen die ganze Zeit über die Prävention von Kinderkrankheiten, dabei gilt die Zahnmedizin als Meister in diesem Fach. Sie sind Fachzahnärztin für Kieferorthopädie und stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns. Was müsste getan werden, um auch bei Zahnärzten den Kinderschutz zu verbessern?**

**Marion Teichmann** – Zahnärzte und Kieferorthopäden nutzen bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung einen forensischen Untersuchungsbogen. Viele Verletzungen betreffen in solchen Fällen den Kopfbereich, das heißt Gesicht, Ohren und Zähne. Wir informieren unsere Kollegen auch darüber, an welche Stelle sie sich bei einem Verdachtsfall wenden können. Die Schwelle, eine Kindesmisshandlung zu melden, ist überaus hoch, denn das bedeutet fast immer einen Eingriff in die Familie. Die Eltern wehren sich meist vehement gegen solche Vorwürfe, weshalb die Zahnärzte sehr vorsichtig sind, das Thema überhaupt anzusprechen. Der Untersuchungsbogen weist aber auf die typischen Verletzungen bei Missbrauchsfällen hin und erleichtert es den Zahnärzten, aktiv zu werden.

**Das heißt, durch den Untersuchungsbogen sind Sie besser in die Prävention eingebunden. Wie kommt es, dass die Zahnärzte bei der Gesundheitsprävention von Kindern ganz vorne stehen?**

**Marion Teichmann** – Vergessene Kinder haben wir in der Zahnmedizin tatsächlich nicht. Es gibt aber einige, die wir nicht erreichen. Dennoch haben wir in den vergangenen 30 Jahren beeindruckende Erfolge bei der Mundgesundheit von Kindern erzielt. Von 1997 bis 2025 konnten wir die Karies-Rate bei den Zwölfjährigen um 80 Prozent reduzieren. Mehr als drei Viertel aller Kinder in dieser Altersgruppe sind heute frei von Karies. Bei den Senioren konnten wir in derselben Zeit die Zahnlosigkeit im Alter halbieren. Die präventionsorientierte Zahnmedizin macht aus dem Arzt einen Personal Trainer für die Mundgesundheit. Das war von den Zahnärzten so gewollt und hat sich ohne entsprechende politische Vorgaben und Bürokratie entwickelt. Allerdings sehen wir heute auch eine Polarisierung bei Karies. Sie betrifft vor allem Kinder und Erwachsene aus sogenannten bildungsfernen Schichten oder mit Migrationshintergrund. Diese Gruppen müssen wir noch gezielter ansprechen. Einen Sonderfall stellt die erhöhte Zahl von Dreijährigen mit Karies dar, was primär an den Eltern liegt. Hier macht sich der in sozialen Medien aufgekommene Trend, länger als medizinisch empfohlen zu stillen, bemerkbar. Der hohe Zuckeranteil in der Muttermilch erhöht das Kariesrisiko.

„DIE PRÄVENTIONSORIENTIERTE ZAHNMEDIZIN MACHT AUS DEM ARZT EINEN PERSONAL TRAINER FÜR DIE MUNDGESUNDHEIT."

**Gibt es weitere Gründe, warum nicht alle Kinderzahnkrankheiten schon so weit zurückgedrängt werden konnten? Welche Rolle spielen die Eltern bei dieser Entwicklung?**

**Marion Teichmann** – Ähnlich wie bei der Muttermilch beruht auch der Verzicht auf die Fluoridierung von Kinderzähnen auf Fehlinformationen der Eltern. Aktuell geht fast ein Drittel der Eltern mit ihrem Kind nicht regelmäßig zum Zahnarzt. Am Geld kann es nicht liegen, denn Früherkennungsuntersuchungen und Prävention werden vollständig von den Krankenkassen bezahlt. Deshalb müssen die Eltern von früh an entsprechend beraten werden. Das funktioniert aber nur, wenn die Kinder überhaupt zum Zahnarzt gebracht werden. Ich hoffe, dass sich die Aufnahme zahnärztlicher Untersuchungen in das „Gelbe Heft" ab 2026 positiv auswirkt. Wir könnten sicher noch mehr erreichen, denn Zahnärzte wollen auch bei Kindern lieber vorbeugen als bohren. Auf Dauer sehe ich ein Problem darin, dass die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte zurückgeht. Wir haben mehr Praxisabgeber als -übernehmer. Junge Zahnärzte bevorzugen oft die Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum, statt selbst eine Praxis zu übernehmen. Ein weiteres Problem sehe ich in der Politik, die nicht erkennt, dass die Vermeidung von Krankheiten auf Dauer hilft, Kosten zu sparen. Der Konsum von Zucker ist beispielsweise viel zu hoch und sollte etwa durch eine Zuckersteuer reduziert werden. Es gibt also viele Ansatzpunkte, um die Mundgesundheit weiter zu verbessern.

„DIE RASANTE ENTWICKLUNG DER KÜNSTLICHEN INTELLIGENZ WIRD UNS WEITERE MÖGLICHKEITEN BEI DER PRÄVENTION BIETEN, DOCH ICH WÜRDE MIR MEHR MUT BEI IHREM EINSATZ WÜNSCHEN."

**MELANIE HUML**

ist seit Januar 2024 Vorsitzende der Kinderkommission des Bayerischen Landtags. Die gebürtige Bambergerin studierte Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und ist approbierte Ärztin. 2003 wurde sie Abgeordnete im Bayerischen Landtag (CSU), dem sie bis heute angehört. Von Oktober 2007 bis Januar 2023 war sie Mitglied im Bayerischen Kabinett, zunächst als Staatssekretärin, ab 2013 als Staatsministerin für das neu gegründete Ministerium für Gesundheit und Pflege, von 2021 bis 2023 als Staatsministerin für Europaangelegenheiten und internationale Beziehungen.

**Frau Hauer, wie gut ist denn die Prävention in den Kinderkliniken im Vergleich zur Situation in der Zahnmedizin?**

**Julia Hauer** – Das Beispiel der Zahnärzte zeigt, was mit guter Prävention im Gesundheitsbereich auch bei Kindern erreicht werden kann. Bei den chronischen Erkrankungen im Kindesalter verfügen wir zum Teil über die richtigen

**DR. MED. DENT. MARION TEICHMANN**

ist seit 2021 Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden Bayern und seit 2023 stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns. Von 2002 bis 2008 studierte sie Zahnmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Nach der Promotion an der Poliklinik für Kieferorthopädie der LMU absolvierte sie von 2010 bis 2013 die Weiterbildung zur Fachzahnärztin für Kieferorthopädie und war danach drei Jahre als angestellte Kieferorthopädin tätig. 2016 eröffnete sie ihre eigene kieferorthopädische Praxis in Markt Indersdorf.

**„Bei den chronischen Erkrankungen im Kindesalter verfügen wir zum Teil über die richtigen Ansätze, um bestimmte Krankheiten frühzeitig diagnostizieren und deren Verlauf positiv beeinflussen zu können", erläutert Prof. Dr. Julia Hauer, Chefärztin und Klinikdirektorin des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin in München. Sie verweist auf die Chancen der Genetik, etwa durch das Neugeborenen-Screening.**

Ansätze, um bestimmte Krankheiten frühzeitig diagnostizieren und deren Verlauf positiv beeinflussen zu können. Um Risiken schnell erkennen zu können, spielt die Genetik eine große Rolle, etwa durch das Neugeborenen-Screening. Allerdings sind die einzelnen Erkrankungen oft so speziell, dass sie anfangs schwer zu erkennen sind. Je genauer unsere Diagnostik wird, desto schneller können wir auch für immer kleinere Patientengruppen ein Präventionsprogramm entwickeln. Die ersten Stufen dürfen dabei auch gröber sein, aber wenn es um feine Unterteilungen geht, haben wir noch einen weiten Weg vor uns. Dass es geht, zeigt eine Forschungsgruppe am Helmholtz-Zentrum München um Professorin Anette Ziegler, die für Diabetes Mellitus Typ 1 bereits ein breites Präventionsprogramm mit vielen niedergelassenen Ärzten und Geburtskliniken aufgelegt hat. Inzwischen wurden mehr als eine halbe Million neugeborene Kinder auf dieses Risiko hin gescreent und mehr als 2.000 Kinder in Präventionsstudien aufgenommen. Diese Möglichkeiten sollten wir künftig für zahlreiche Kinderkrankheiten erreichen.

„DER ZAHNMEDIZIN IST ES GELUNGEN, MIT INITIATIVE UND VORLEISTUNG NEUE STRUKTUREN ZU SCHAFFEN, DIE JETZT LANGFRISTIG FINANZIERT WERDEN. DIE KINDERMEDIZINER SIND DA VIELLEICHT ETWAS ZU FRIEDLICH."

**Im Neugeborenen-Screening werden immer mehr Krankheiten untersucht. Frau Hessler, funktioniert das in der Praxis auch so wie gewünscht?**

**Sybill Hessler** – Aus eigener Erfahrung in unserem Forschungsbereich sehe ich da noch Verbesserungsmöglichkeiten. Ein Beispiel ist die Kontrolle der Stuhlfarbe von Neugeborenen, die einen Hinweis auf cholestatische Lebererkrankungen geben kann, die möglichst frühzeitig therapiert werden sollten. Diese Prüfung wurde vor zwei Jahren in das Neugeborenen-Screening mitaufgenommen, aber sie wird bei Weitem noch nicht überall vorgenommen. Ein einfacher Grund dafür ist die Bestellung größerer Mengen von Kindervorsorgepässen, die nach einiger Zeit nicht mehr aktuell sind, aber weiterhin genutzt werden. Allein das kann dazu führen, dass im Screening neu aufgenommene Untersuchungen durchs Raster fallen. Das ist insbesondere dann relevant, wenn Unternehmen wie Ipsen Medikamente für diese seltenen Lebererkrankungen, die bei rechtzeitiger Diagnose und Einsatz eine Lebertransplantation vermeiden oder hinauszögern können. Deshalb ist das Neugeborenen-Screening im Sinne einer frühzeitigen Diagnose so wichtig, weil die Krankheit später nicht mehr oder nur mit viel höherem Aufwand behandelt werden kann, mit entsprechenden Kosten für das Gesundheitssystem. Die rasante Entwicklung der künstlichen Intelligenz wird uns weitere Möglichkeiten bei der Prävention bieten, doch ich würde mir mehr Mut bei ihrem Einsatz und der Nutzung von Daten dafür wünschen. Gerade durch den Datenschutz stehen wir uns oft selbst im Weg zu besseren Präventionsmöglichkeiten.

**Florian Heinen** – Der Zahnmedizin ist es gelungen, mit Initiative und Vorleistung neue Strukturen zu schaffen, die jetzt langfristig finanziert werden. Die Kindermediziner sind da vielleicht etwas zu friedlich. Darüber hinaus stehen wir uns selbst im Weg, etwa wenn es um die Nutzung und Kontrolle von standardisierten Fotos über entsprechende Apps durch Ärzte geht. Wir diskutieren viel zu lange und diejenigen, die neue Errungenschaften durch Einwände verzögern oder verhindern, bleiben immer ohne persönliche Verantwortung für ihre abwehrende Haltung. Das sollte sich ändern, denn Bedenken machen uns schwächer. Wir sollten versuchen, als Gesellschaft aus diesem Negativzirkel herauszukommen und öfter Ja zu sagen.

**Sybill Hessler** – Viele übersehen das Problem, dass wir global betrachtet durch diese Einstellung abgehängt werden. Wir haben 2017 eine interaktive Patienten-App entwickelt, die ohne künstliche Intelligenz und Large Language Models auskam. Ziel war es, Patienten zu ermöglichen, die Nebenwirkungen eines neuen Medikaments über einen per Algorithmus gesteuerten Fragebogen zu protokollieren und auch an den Arzt weiterzuleiten. Die App hätte den Patienten gegebenenfalls mit gezielten Verhaltensänderungen versorgt oder auch Arztbesuche vorgeschlagen. Die Implementierung der App scheiterte am Ende daran, dass behördlicherseits nicht ausgeschlossen werden konnte, dass wir, Ipsen, verantwortlich für die fristgerechte Meldung aller in die App eingegebenen Nebenwirkungen seien. Dieses konnten wir nicht gewährleisten, da wir, schon aus datenschutzrechtlichen Gründen, keinen Zugriff auf die Daten gehabt hätten. Wir konnten aber natürlich auch nicht garantieren, dass der Arzt, der Zugriff auf die Daten gehabt hätte, diese meldet. Berichtet ein Patient im Arztgespräch über Nebenwirkungen, ist es theoretisch Aufgabe des Arztes, diese zu melden.

**Melanie Huml** – Das Beispiel von Frau Hessler zeigt, dass wir an manchen Stellen von unserem 100-Prozent-Anspruch herunterkommen müssen. Natürlich bleibt Perfektion weiterhin erstrebenswert. Aber lieber habe ich eine 80-Prozent-Lösung, die funktioniert, als dass wir auf ein Projekt verzichten, weil es nicht alle Anforderungen erfüllt. Beim Kinderschutz hilft das den Tätern mehr als den Opfern. Der Datenschutz blockiert manche Neuerungen, weil niemand den Mut hat, vor Ort Verantwortung zu übernehmen. In der Baubranche wurde in jüngster Zeit die Gesetzgebung dahingehend geändert, dass die Entscheider vor Ort wieder mehr Verantwortung übernehmen können. Trotzdem wenden die sich mit vielen Fragen an die Ministerien, um auf Nummer Sicher zu gehen. Wir benötigen wieder mehr Entscheidungsfreude und Entschlossenheit, Probleme auf unteren Ebenen selbst zu lösen.

**Florian Trini** – Das Thema Datenschutz beschäftigt uns auch im Kinderschutz. Dabei gibt es in Bayern und einigen anderen Bundesländern die Meldepflicht für Ärzte, wenn der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht. Durch das Bundeskinderschutzgesetz dürfen wir uns im Verdachtsfall anonymisiert an die Jugendämter wenden, ohne dass es eines rechtfertigenden Notstandes bedarf. Diese neuen Regelungen sind vor allem durch Fälle entstanden, in denen Gesetzeslücken dafür gesorgt haben, dass Kindern nicht ausreichend geholfen wurde, weil die Informationen fehlten oder ein Verantwortlicher sich nicht getraut hat, einen Fall zu melden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Polizei und Justiz ist hier sehr hilfreich, denn das Problem besteht darin, dass Kindeswohlgefährdung zu den Delikten gehört, bei denen die Polizei verpflichtet ist, einzuschreiten. Deshalb ist es gut, eine Möglichkeit zu haben, einen Fall zunächst mit anonymisierten Daten zu prüfen, ehe Polizei oder Justiz aktiv werden müssen. Zum einen lässt sich nicht immer klar erkennen, ob schon ein Kinderschutzfall vorliegt, zum anderen bedeutet das immer einen massiven Eingriff in die Familie, der wohl überlegt sein muss. Wir wollen schließlich kein Unrecht begehen, aber das Recht der Kinder so gut wie möglich sicherstellen.

**Marion Teichmann** – Neben Verdachtsfällen beim Kinderschutz können Zahnärzte auch psychische Erkrankungen wie Essstörungen bei Zahnuntersuchungen frühzeitig erkennen. Der zunehmende Druck auf Kinder über soziale Medien, bestimmten Idealen bei Figur und Aussehen zu entsprechen, spiegelt sich bei ernährungsabhängigen Erkrankungen wie zum Beispiel Magersucht, und folglich auch beim Zustand der Zähne wider. Je früher man das erkennt und eingreift, desto erfolgreicher ist die Behandlung. Man darf nicht vergessen, dass Magersucht eine psychische Erkrankung mit einer relativ hohen Todesrate ist. Wie bei anderen Erkrankungen wollen die Eltern das oft nicht wahrhaben, was zu einer Stigmatisierung des Krankheitsbildes führt.

4

## DIE ZUKUNFT DER KINDERMEDIZIN

**In den vergangenen Jahren hat es erhebliche Fortschritte auch in der Kindermedizin gegeben. Frau Hessler, wo sehen Sie weitere Verbesserungsmöglichkeiten, und welche Hürden müssten dafür abgebaut werden?**

**„Auch wenn es sich um Seltene Erkrankungen handelt, müssen Informationen leichter verfügbar sein. Das geht nur über Zentralisierung und Datenaustausch, damit Kinder und ihre Eltern nicht so lange warten oder weite Wege fahren müssen, um an differenziertes Wissen über die Erkrankung zu kommen", erklärt Dr. Sybill Hessler, Medical Affairs Director für die DACH-Region der Ipsen Pharma GmbH.**

**Sybill Hessler** – Mit Blick auf den Wirtschaftsstandort Deutschland und auf die Investitionsneigung der Branchen in Forschung und Entwicklung lassen sich einige Trends schon jetzt erkennen. Die Automobilbranche inklusive der Zulieferindustrie, bislang der wichtigste Wirtschaftssektor in Deutschland, befindet sich im Rückgang. Die Pharmaindustrie gewinnt dagegen an Bedeutung, weil die Unternehmen gemessen an ihrem Umsatzanteil sehr viel Geld in Forschung und Entwicklung stecken. Ipsen erzielt weltweit einen Jahresumsatz von rund 3,5 Milliarden Euro und gibt jeden fünften Euro davon für die Entwicklung und Marktreife neuer Medikamente aus. Von den 5.000 Mitarbeitenden sind 700 im Forschungsbereich tätig, und da sind die Kollegen für die Durchführung klinischer Studien nicht mitgezählt. Unsere Forschung hört nicht mit der Zulassung eines neuen Wirkstoffs auf, sondern es werden auch nach Zulassung die Wirkstoffe kontinuierlich weiterentwickelt. Wenn innovative Pharmaunternehmen weiterwachsen wollen, um die Versorgung zu verbessern, geht das nur über Forschung und Entwicklung und damit über klinische Studien. Die Hürden für deren Durchführung abzubauen, ist ein wesentlicher Faktor, um den Forschungsstandort Deutschland wieder nach vorne zu bringen. Genehmigungsverfahren durch Ethikkommissionen und gegebenenfalls zusätzlich durch das Bundesamt für Strahlenschutz, zuzüglich aufwändigster Vertragsverhandlungen mit den klinischen Forschungseinrichtungen, führen zu langen Verzögerungen. Wir sprechen von Jahren und nicht Monaten. In anderen Ländern geht das aufgrund weniger Bürokratie viel schneller. Daher wird Deutschland als Studienstandort im globalen Kontext immer unattraktiver. Langfristig werden wir uns diese Bürokratie aufgrund des Fachkräftemangels auch nicht mehr leisten können. Kurzfristig sorgt sie dafür, dass wir im internationalen Vergleich zurückfallen und unsere Patienten darunter leiden, dass sie nicht frühzeitig Zugang zu innovativen Therapien haben. Weiters werden unsere ärztlichen Wissenschaftler dadurch immer weniger frühzeitig in die klinische Entwicklung eingebunden.

**Florian Heinen** – Der Blick in die Vergangenheit zeigt manchmal, was man in Zukunft wieder besser machen könnte. Ich erinnere mich daran, in den 1990er-Jahren eine Studie mit Ipsen durchgeführt zu haben, bei der es um die Behandlung von Cerebralparesen ging, also von kindlichen Bewegungseinschränkungen als Folge einer Hirnschädigung. Das untersuchte Mittel war Botulinumtoxin, ein starkes Gift, das damals niemand in der Kindermedizin einsetzen wollte. Der Aufwand für diese Studie würde heute das Acht- bis Zehnfache an Zeit und Kosten verursachen. Es hat aber funktioniert, wir konnten Innovation realisieren, den Kindern exzellent helfen. Damit waren wir dann auch die ersten, die den Ultraschall genutzt haben, um herauszufinden, an welcher Stelle das Mittel am besten injiziert werden soll. Diese Methode ist heute Standard beim Einsatz von Botulinumtoxin weltweit. Dass der Aufwand für klinische Studien heute so viel höher ist als damals, lähmt uns. Um das zu verbessern, brauchen wir treuhänderische Strukturen zwischen Politik, Klinik und Pharmaindustrie, mit denen neue Therapien in Echtzeit in Register übertragen werden. Wir sind als Kinderkliniker und Fachgesellschaft hier sehr aktiv im Innovationsfonds der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Das heißt, wir erhalten sowohl Geld und Strukturen vom Staat als auch Mittel von der Industrie, stellen aber gleichzeitig sicher, dass weder die Industrie noch eine einzelne Klinik rechts überholen kann. Es geht um einen fairen Umgang mit Daten, die in einem Register allen Akteuren zugänglich sind. In einem Projekt haben wir das schon erfolgreich durchgeführt, und ich sehe darin ein gutes Modell für weitere Innovationen und dauerhafte Strukturen.

**Marion Teichmann** – Es gibt einen Bereich im Gesundheitssystem, an dem selbst die Zahnärzte gescheitert sind, und das ist der Abbau der Bürokratie. Die Begründung ist immer die Patientensicherheit. Wir haben mehr als 40 Verordnungen dafür, wie man einen Mundspiegel aufbereitet. Da wundert es mich nicht, dass die jungen Ärzte keine Lust mehr auf eine eigene Praxis haben. Die Kapazitäten an Personal und Arbeit, die wir für Bürokratie verschwenden, fehlen uns in der Versorgung der Patienten. Im Durchschnitt ist eine Kassenpraxis fast einen Tag in der Woche nur mit Bürokratie beschäftigt. Trotzdem müssen Zahnmedizin und Kieferorthopädie für Kinder in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Hier geht es um Startchancengerechtigkeit.

„DER BEGRIFF, DER UNS IM ZUSAMMENHANG MIT KINDERSCHUTZ AM HÄUFIGSTEN UMTREIBT, IST DIE ZUSTÄNDIGKEIT. WER SICH DAHINTER VERSTECKEN KANN, FÜR EINE AUFGABE ODER EIN PROBLEM NICHT ZUSTÄNDIG ZU SEIN, MUSS AUCH KEINE LÖSUNG DAFÜR FINDEN."

**Julia Hauer** – Es gehört vielleicht zum deutschen Charakter, immer alles 200 Prozent perfekt machen zu wollen. Dass die Teilnahme von Kindern an klinischen Studien durch zu viele Vorschriften sehr stark eingeschränkt wird, verhindert zum Beispiel die Behandlung von bis zu 80 Prozent der ohnehin besonders schwachen Patienten. Das ist für die Versorgung viel schlechter, als wenn wir unsere Hürden in der Bürokratie an gewissen Stellen abbauen würden, mit einer medizinisch sicheren, aber gewissen regulatorischen Grauzone leben könnten und dafür acht von zehn Kindern behandeln anstatt nur zwei.

**Sybill Hessler** – Dasselbe Problem erleben wir ja auch, wenn es um die anonymisierte Auswertung und Veröffentlichung von Verläufen bei Seltenen Erkrankungen geht. Durch unsere sehr hohen Standards bezüglich der Datenschutz-Grundverordnung wird oft von einer Auswertung und Veröffentlichung der Daten abgesehen, aus Angst, dass die generelle Einwilligung der Eltern zur anonymisierten Datennutzung eventuell dieses Projekt nicht mit einschließen könnte. Dabei geht es hier um den Austausch von vorhandenem Wissen, welches sehr wichtig für die Behandlung neu erkrankter Kinder ist.

**Florian Trini** – Der Begriff, der uns im Zusammenhang mit Kinderschutz und Bürokratie am häufigsten umtreibt, ist die Zuständigkeit. Wer sich dahinter verstecken kann, für eine Aufgabe oder ein Problem nicht zuständig zu sein, muss auch keine Lösung dafür finden. Dadurch verzögert sich die Behandlung von Kindern enorm, und das kann nicht die Zukunft der Kindermedizin sein.

**Florian Heinen** – Neben der Verantwortung für ein Nein, wenn wichtige Entscheidungen aufgrund von Bedenken nicht getroffen werden, müssen wir auch deutlicher machen, was Kinder in der Medizin wirklich brauchen: Kompetenz, Kontinuität und Zeit, nicht Pseudo-Effizienz einseitiger Ökonomisierung. Kindergesundheit und Kinderschutz – klug koordiniert – sollten künftig mehr Priorität in unserem Gesundheitssystem haben!

JACOB NEUHAUSER

## DR. MED. FLORIAN TRINI, MBA

ist seit November 2024 Projektleiter des neueröffneten Amalie Nathan Hauses für Kinder- und Jugendschutz in Fürth, eine Initiative der Stiftung Kinderförderung von Playmobil. Der Oberarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Fürth gehört darüber hinaus dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) an. Trini studierte Medizin und schloss 2008 sein Staatsexamen in Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg ab. Am Klinikum Fürth war er sieben Jahre als Arzt in Weiterbildung für Orthopädie und Unfallchirurgie tätig, dann fünf Jahre als Facharzt und seit Juli 2023 ist er dort Oberarzt. Seit 2017 ist er im Klinikum Fürth auch Kinderschutzmediziner (DGKiM), seit fünf Jahren koordiniert er dort die Kinderschutzgruppe.


## IMPRESSUM

Eine Sonderveröffentlichung in der
Süddeutsche Zeitung GmbH
Hultschiner Straße 8
81677 München

GESCHÄFTSFÜHRER
Dr. Christian Wegner (Vors.), Johannes Hauner,
Dr. Karl Ulrich

Telefon 089/2183-0

Sitz der Gesellschaft
München

REGISTERGERICHT
Amtsgericht München HRB 73315

REDAKTION
Karen Engelhardt und Jacob Neuhauser

ANZEIGEN
Christine Tolksdorf (verantwortlich)

GESTALTUNG
Klaus Dieter Krön

FOTOS RUNDER TISCH
Ilona Stelzl/Iolaslicht

# ZIELGRUPPE FÜR DEN MARKT SIND DIE ELTERN KRANKER KINDER

Die Priorisierung ökonomischer Prinzipien im Gesundheitswesen sei eine Fehlentwicklung, kritisiert Klaus Arntz, Professor für Angewandte Ethik an der Universität Augsburg. Schließlich seien Patienten keine Kunden. Kindern, daran zu erinnern wird er nicht müde, stehen sogar besondere Rechte zu. Aber wer macht sie für sie geltend?

Foto: Andrea Göppel

Professor Dr. Klaus Arntz ist Mitglied der Ethik-Kommission der Universität Augsburg.

**Weltweit wird dem Markt für Kindermedizin sehr hohes Wachstum vorhergesagt – in Europa allerdings längst nicht so stark wie in Nordamerika und in Asien. Worauf könnte das zurückzuführen sein?**

ARNTZ – In allen genannten Regionen sind die Geburtenraten mehr oder weniger stark im Sinken begriffen. Das Wachstum eines Marktes wird aber nicht nur von demografischen Faktoren bestimmt, sondern auch von wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Einflussgrößen. In Regionen mit sich nach vorn entwickelnden Volkswirtschaften, Innovationsfreude und relativ hohen verfügbaren Einkommen bewegt sich auch das elterliche Interesse an Ernährung, Gesundheit und Wohlbefinden der Kinder auf einem hohen Niveau. Hier schafft möglicherweise die Dynamik der Nachfrage überdurchschnittlich hohes Wachstum.

**Alternde Gesellschaften, wie wir sie in Deutschland haben, müssten doch eigentlich alles daransetzen, um ihren knappen Nachwuchs gesund in und durchs Leben zu bringen. Warum passiert das nicht im wünschenswerten Maß?**

ARNTZ – Unbeschadet der hohen fachlichen Kompetenz zahlreicher Kinderkliniken in Deutschland wird vor allem die Integration der Kindermedizin in die Grundversorgung kritisch gesehen. In den USA gibt es eine klar strukturierte akademische Studienordnung für angehende Kinderärzte und -ärztinnen. Das befördert womöglich das Interesse an dieser Fachrichtung und erhöht als Nebeneffekt auch die gesellschaftliche Akzeptanz.

**Die Pharma- und die Krankenhauswirtschaft klagen unisono, dass die Vergütungssysteme nicht genügend Anreize bieten, um bei den einen die Forschung und bei den anderen die Versorgung in der Pädiatrie wirtschaftlich attraktiv zu machen. Was setzen Sie diesem Argument entgegen?**

ARNTZ – Die fehlende oder geringere ökonomische Attraktivität für die pädiatrische Versorgung kann ein Aspekt sein. Der sollte jedoch für das persönliche Interesse der Beteiligten von eingeschränkter Relevanz sein.

**Strenge gesetzliche Vorschriften machen es schwierig, spezielle Arzneien für die Jüngsten zu entwickeln. Bei Medikamentenstudien zum Beispiel ist die Bildung von Kontrollgruppen mit gesunden Minderjährigen nahezu unmöglich. Wie erklärt man das den Eltern todkranker Kinder?**

ARNTZ – Die nationalen und mitunter auch europaweit geltenden Vorschriften zu Forschungsprojekten, in denen Kinder involviert wären, sind eine richtige und nachvollziehbare Vorgabe für die in diesem Kontext generell zu erfüllende Forderung nach einer „informierten Zustimmung“. Deren Erteilung ist nur gültig, wenn die Teilnehmer oder Patienten vor Beginn einer klinischen Studie oder Behandlung umfassend und verständlich über alle Risiken aufgeklärt werden. Hier liegen besondere Herausforderungen für die Kindermedizin, da bei den betroffenen Kindern das in diesem Themenfeld wichtige Autonomie-Prinzip nicht vorausgesetzt werden kann.

**Die Prävalenz chronischer Krankheiten wie Asthma, Diabetes und Fettleibigkeit steigt auch bei Kindern. Glauben Sie, dass unser marktorientiertes Gesundheitssystem hierauf genügend vorbereitet ist?**

ARNTZ – Die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen in der Kindermedizin deckt sich mit den Erfahrungen in der Erwachsenenmedizin. Es handelt sich um ein therapeutisches und ökonomisches Phänomen. Die angemessene Reaktion sollte nicht erst bei der kurativen Medizin ansetzen, sondern bereits bei präventiven Maßnahmen. Die nachhaltigen Veränderungen der Lebensgewohnheiten – Ernährung, Bewegung – müssen nicht neu propagiert werden, sondern sind hinreichend bekannt. Eine Marktorientierung greift hier zu kurz.

**In der Medizin schreitet die Digitalisierung, Stichwort Telemedizin, schnell voran. Entspricht das auch den Bedürfnissen von Kindern und ihren Eltern?**

ARNTZ – Digitalisierung und Telemedizin können die kompetente ärztliche Beratung flankieren und ergänzen, aber sicher nicht ersetzen. Insofern bleiben das ärztliche Gespräch mit den Betroffenen und die zwischenmenschliche Interaktion von entscheidender Bedeutung für den Behandlungserfolg. Hier sind die Altersgrenzen für die Kommunikation von besonderer Bedeutung. Den Eltern oder den Erziehungsberechtigten kommt daher eine aus anderen Bereichen vertraute Aufgabe zu.

**Im Gesundheitswesen ist der wirtschaftliche Einsatz von Ressourcen ökonomisch notwendig. Aber muss dieser Grundsatz auch für die vulnerable Gruppe der Kinder gelten? Steht dem nicht ein moralisches Gebot entgegen, wonach die Kleinsten des besonderen Schutzes bedürfen?**

ARNTZ – Aufgrund ihrer besonderen Verletzlichkeit gehören Kinder fraglos zu den Kerngruppen der Vulnerabilität. In der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen, eine Ergänzung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, sind spezifische und universell gültige Schutz-, Förder- und Beteiligungsrechte für Kinder und Heranwachsende unter 18 Jahren festgelegt. Kinder bedürfen daher des besonderen Schutzes – auch seitens aller in der Kindermedizin involvierten Personen. Um es mit Hannah Arendt zu formulieren: Das Recht, Rechte zu haben, gilt auch für Kinder. Sie sind allerdings darauf angewiesen, dass die für sie Verantwortlichen diese Forderung für sie erheben.

**Und im Zweifel deren Erfüllung für sie einklagen?**

ARNTZ – Ja.

**Wie viel Markt dürfen wir der Kindermedizin zugestehen, um trotzdem nicht an unserer moralischen Verantwortung zu scheitern?**

ARNTZ – Die Priorität der Marktorientierung im Gesundheitswesen ist eine Fehlentwicklung. Sie implementiert ein ökonomisches Paradigma in einen Bereich, wo es nur eine untergeordnete Bedeutung hat. Oder anders formuliert: Patienten sind keine Kunden. Das zeigt sich nicht erst medizinisch, sondern bereits grammatikalisch, indem fundamental die Passivität – die Verletzlichkeit und die Vulnerabilität – akzentuiert wird. In der Pädiatrie gilt das in ganz besonderer Weise.

KAREN ENGELHARDT

# ÄRZTLICHER AUSTAUSCH IN ECHTZEIT

Die Virtuelle Kinderklinik Bayern eröffnet heute schon einen Blick in die digitale Zukunft.

Ein Laptop, eine Kamera und eine stabile Internetverbindung – mehr braucht es manchmal nicht, um kranken Kindern in Bayern schnelle medizinische Hilfe zu ermöglichen. Die „Virtuelle Kinderklinik Bayern“, die seit fast zwei Jahren schrittweise aufgebaut wird, bringt Kinderärzte und Krankenhäuser mit fachlich besonders erfahrenen Ratgebern in bayerischen Kliniken digital zusammen. Damit hat der Freistaat ein Modell geschaffen, das zunehmend bundesweite Aufmerksamkeit erfährt. Denn viele Kliniken sehen sich unter anhaltendem wirtschaftlichen Druck. Seit dem Tiefpunkt im Jahr 2014 steigt die Zahl der in Bayern aufgestellten Klinikbetten erst ganz allmählich. Und für Familien zählt vor allem die Erreichbarkeit. Eine Studie der Technischen Hochschule Deggendorf warnte schon 2024, dass Eltern zunehmend lange Anfahrten zur Klinik in Kauf nehmen müssen. Wenn dann kein Bett für das Kind frei ist, vergehen unter Umständen wertvolle Stunden.

Das erste Ziel des Projektes war deshalb das Bettenmanagement. Gemeint ist damit das Aufspüren freier Betten in einer der 44 eigenständigen Kinderkliniken und Krankenhäuser mit eigenen Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Bayern. „In der Praxis bedeutet das, dass der einzelne Arzt oder die Ärztin nicht mehr alle Kinderkliniken im Umkreis einzeln abtelefonieren muss, um einen freien Platz zu finden“, erklärt Professor Matthias Keller von der Kinderklinik Dritter Orden Passau. Das ist besonders wichtig bei Notfällen und bei Engpässen wie beispielsweise während der Grippe- und RS-Virus-Saison. Dieses Ziel wurde kaum ein Jahr nach dem Start erreicht. Heute sind rund 95 Prozent der Bettenkapazitäten in bayerischen Kinderkliniken und Krankenhäusern mit pädiatrischen Abteilungen über das Netzwerk abrufbar.

Im Mittelpunkt der aktuell laufenden zweiten Phase steht die Ermöglichung telemedizinischer Konsultationen in der Intensivmedizin für Kinder. Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach erläutert, was es damit auf sich hat: „Die vor Ort behandelnden Ärzte können sich in Zukunft bei schwierigen oder unklaren Fällen mit Experten in anderen Kliniken über das digitale Netzwerk zum Beispiel über Videoberatungen austauschen. So wird medizinisches Spezialwissen für alle Netzwerkbeteiligten verfügbar.“ Das System funktioniert über eine zentrale telemedizinische Kommunikationsplattform, die es erlaubt, Gespräche, Röntgenbilder und Laborwerte in Echtzeit zu übertragen. Früher mussten kleinere Krankenhäuser Kinder mit unklaren Befunden sofort in teils weit entfernte Unikliniken verlegen. Künftig schalten sich die Ärzte im regionalen Krankhaus über die Plattform mit der Universitätsklinik zusammen, übermitteln und diskutieren die Befunde, und in vielen Fällen kann das Kind in der Nähe seiner Familie bleiben. Das spart Zeit, Rettungswege und Nerven – vor allem die der Eltern.

Die Liste der besonders ausgebildeten Klinik-Ratgeber in Bayern wird immer länger. Aktuell wird die Virtuelle Kinderklinik um weitere Fachgebiete wie pädiatrische Intensivmedizin, den Tele-Neugeborenen Notarzt, Rheumatologie, Pneumologie, Neuropädiatrie, Infektiologie und Nephrologie erweitert. Dank ärztlicher Konzile über Regierungsbezirke hinweg und der Möglichkeit des schnellen Datenaustausches von Befunden und Untersuchungsergebnissen können die Mediziner auch im Notfall auf das Fach- und Erfahrungswissen ihren Kollegen zugreifen, selbst wenn diese weit entfernt vom Patienten behandeln. Matthias Keller aus Passau, der auch Vorsitzender des Landesverbandes der leitenden Kinderärzte Bayern ist, koordiniert die Fachgruppe, die dafür sorgt, dass sich Kinderärzte und andere Experten in Kinderkliniken schneller miteinander austauschen und auf diese Weise die kleinen Patienten und ihre Eltern besser unterstützen können. „Meine Vision ist“, sagt Keller, „dass wir trotz des ausgeprägten Fachkräftemangels unseren Behandlungserfolg mit Hilfe von Digitalisierung und künstlicher Intelligenz sicherstellen können – wirtschaftlich effizient und qualitativ hochwertig.“

Zum Fachkräftemangel muss man wissen, dass in vielen Regionen im Alpenvorland und in der Oberpfalz Kinderärzte fehlen. Und heute schon ist jeder sechste der an einer Klinik tätigen Fachärzte und -ärztinnen für Pädiatrie und fast jeder dritte niedergelassene Kinderarzt älter als 60 Jahre. Wenn diese Mediziner in absehbarer Zeit in den Ruhestand wechseln, stehen die Kinderkrankenhäuser gerade in einem Flächenstaat wie Bayern vor der Herausforderung, die Versorgung der Jüngsten bis in den hintersten Winkel des Landes auf gewohnt hohem Niveau aufrechtzuhalten. Genau dabei soll die Technik helfen. „Ich möchte nicht“, sagt Keller sehr bestimmt, „dass ein Kind in Bayern stirbt, weil die Versorgung unzureichend ist.“

KAREN ENGELHARDT