

W o r t p r o t o k o l l *)

8. Sitzung

der Kommission zur Wahrnehmung
der Belange der Kinder

Montag, 4. Juni 2003, 15.00 Uhr
Berlin, PLH (Paul-Löbe-Haus), Raum 2.200

Vorsitz: Marlene Rupprecht, MdB (SPD)

Öffentliches Expertengespräch

zum Thema

„Rehabilitation und Prävention für Kinder und Jugendliche“

*) redaktionell überarbeitete Tonbandabschrift

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Anwesenheitslisten	3
Liste der Sachverständigen	7
Fragenkatalog	8
Sprechregister	9
Wortprotokoll	10
Anhang	54

Liste der Sachverständigen

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Dr. Hanspeter Goldschmidt
Chefarzt, Facharzt für Kinderheilkunde
Spessart-Klinik Bad Orb
Bad Orb

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V.
Dr. Martin Danner
Düsseldorf

Deutsche Kinderhilfe Direkt e. V.
Georg Ehrmann
Berlin

Fachverband privater Träger der Vorsorge und Rehabilitation
für Kinder und Jugendliche e. V. (VPK)
Dr. Eberhard Bräter
Chefarzt Kinder-Rehazentrum Fehmarn
Bonn

Dr. Kurt Stübing
Chefarzt Klinik Prinzregent Luitpold
Rehabilitation für Kinder und Jugendliche
Scheidegg/Allgäu

Hans Jäcker
Ostseeklinik Königshörn
Glowe - Rügen

Fragen für das öffentliche Expertengespräch „Rehabilitation und Prävention für Kinder und Jugendliche“ am 4. Juni 2003, 15.00 bis 17.00 Uhr

1. Spezifische Kinderprävention und –rehabilitation, was macht sie aus?
2. Hat sich durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“, der seit Inkrafttreten des SGB IX gilt, etwas an der Praxis von Prävention und Rehabilitation verändert?
3. Welche Symptome und Krankheitsbilder werden in der Rehabilitation behandelt? Lassen sich diesbezüglich Trends ablesen?
4. Welchen Anteil haben chronische Erkrankungen bei den behandelten Kindern und Jugendlichen insgesamt?
5. Welche Qualitätsstandards gelten bei Kinderrehabilitation und -prävention und wie wird deren Einhaltung überprüft? Können Sie die Bewertung des Qualitätsmanagements bei Kinderrehabilitation nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufschlüsseln?
6. Wie weit ist die Entwicklung von Leitlinien für die Rehabilitation im Hinblick auf Kinder und Jugendliche fortgeschritten?
7. Kinder und Jugendliche müssen in Rehabilitationsmaßnahmen auch entsprechend pädagogisch betreut werden. Wie ist im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen der pädagogische Wissensstand einzuschätzen?
8. Wie sieht die Genehmigungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen bezogen auf Prävention und Rehabilitation bei Kindern aus? Wie hoch ist die Genehmigungsquote nach durchgeführtem Widerspruchsverfahren?
9. Gibt es Untersuchungen über die Nachhaltigkeit von Rehabilitation und Prävention?
10. Wie eng ist die Zusammenarbeit zwischen Reha-Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten/Fachärzten? Gibt es Vernetzungen zwischen allen an der Rehabilitation Beteiligten, also Kinder und Jugendliche, Eltern, behandelnde Kinder- und Hausärzte, Institutionen der GKV und GRV, Reha-Einrichtungen, sowie ggf. Selbsthilfeorganisationen und Jugendämter?

Sprechregister**Kinderkommission****Seite**

Vorsitzende Marlene Rupprecht (SPD)	10, 13, 15, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 42, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 53
Ingrid Fischbach (CDU/CSU)	25, 35, 51
Klaus Haupt (FDP)	26, 51

Weitere Mitglieder des Bundestages

Helga Kühn-Mengel (SPD)	33, 35
Petra Selg (Bündnis 90/Die Grünen)	26
Dr. Margrit Spielmann (SPD)	34

Sachverständige

Dr. Hanspeter Goldschmidt	11, 31, 37, 50
Dr. Martin Danner	13, 39
Georg Ehrmann	15, 42, 53
Dr. Eberhard Bräter	18, 27, 44, 50
Dr. Kurt Stübing	20, 32, 45, 51
Hans Jäcker	21, 24, 28, 31, 47, 52

Gäste

Alwin Baumann	49
Wolfgang Niemeyer	50

Beginn der Sitzung: 15.10 Uhr

Vorsitzende: Ich darf Sie recht herzlich begrüßen zu unserer 8. Sitzung der Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder mit dem öffentlichen Expertengespräch über Rehabilitation und Prävention für Kinder und Jugendliche. Herzlich willkommen hier im Deutschen Bundestag. Ich möchte Ihnen gerne meine Kolleginnen und Kollegen vorstellen: Frau Fischbach von der CDU/CSU-Fraktion, Mitglied der Kinderkommission. Frau Deligöz von den Grünen muss ich entschuldigen, dafür ist Frau Selg von den Grünen da als ihre Vertreterin. Ich darf außerdem unseren Kollegen Herrn Haupt von der FDP begrüßen und möchte ihm an dieser Stelle ganz herzlich zum 60. Geburtstag vor ein paar Tagen gratulieren. Dann darf ich weiterhin begrüßen die Sprecherin der SPD-Arbeitsgruppe Gesundheit und Soziale Sicherung, Frau Kühn-Mengel und ihre Kolleginnen für Behindertenarbeit in dieser Arbeitsgruppe, Frau Schmidt und Frau Dr. Volkmer sowie die Berichterstatteerin für Kinder und Gesundheit im Gesundheitsausschuss, Frau Dr. Spielmann. Ich begrüße ebenfalls Vertreterinnen und Vertreter der Ministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, da wir ja heute ein ministerienübergreifendes Thema aufgegriffen haben. Wir hatten im Vorfeld zu diesem Expertengespräch viele Einzelgespräche mit Verbänden und mit Einzelpersonen geführt. Immer wieder wurde der Wunsch geäußert, doch die Thematik einmal aufzugreifen und in den Mittelpunkt einer Anhörung zu stellen. Da die Kinderkommission wenige Anhörungen macht, haben wir uns für ein Expertengespräch entschieden; das ist weniger starr, weniger festgefügt.

Wir haben dann überlegt, wen wir gern einladen würden. Da wir die Belange der Kinder zu vertreten haben, war entscheidend, was wir aus Sicht der Kinderkommission zu dieser Thematik wissen wollten. Auf diese Weise kamen wir auf eine Auswahl von Experten, mussten aber feststellen, dass es noch viele weitere gibt. Aber der Deutsche Bundestag ist ja angehalten, sehr sparsam mit seinen Mitteln umzugehen. Deshalb konnten wir nur eine begrenzte Zahl an Experten einladen. Das hat nichts mit ihrer Kompetenz zu tun, sondern einfach mit den Haushaltsmitteln des Bundestages. Daher begrüße ich als Gäste auch die noch nicht mit Namensschild versehenen Teilnehmer. Wir haben deshalb eine Pause vorgesehen, wo wir auch sie in die Diskussion einbeziehen können.

Ich darf jetzt begrüßen vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Dr. Hanspeter Goldschmidt, der auch die Spessart-Klinik in Bad Orb vertritt. Als zweiten habe ich Dr. Martin Danner von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V. Dann haben wir Herrn Ehrmann von der Deutschen Kinderhilfe Direkt e. V. Wir haben den Fachverband privater Träger der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche e. V., vertreten durch Herrn Dr. Eberhard Bräter, den Chefarzt des Kinder-Rehazentrums auf Fehmarn. Dr. Kurt Stübing vertritt als Chefarzt die Prinzregent Luitpoldklinik in Scheidegg, ebenfalls eine Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche. Und wir haben Herrn Jäcker von der Ostseeklinik in Königshörn. Vielen Dank für Ihr Kommen. Wir haben außerdem sehr viele hochrangige Fachleute zu unserem Thema, die ich hier ganz pauschal begrüßen möchte, ebenso wie unsere Gäste oben auf der Zuhörertribüne. Herzlich willkommen!

Zuerst möchte ich Ihnen erläutern, wie wir uns den Ablauf vorgestellt haben. Wir bitten jetzt die sechs Herren um kurze mündliche Statements; Sie haben ja schriftliche Statements abgegeben. Sie könnten diese in Kurzform noch einmal vortragen oder andere Gewichtungen vornehmen, wenn Sie dies für richtig halten. Bei fünf Minuten pro Statement und sechs Experten haben wir schon eine halbe Stunde. Anschließend eröffne ich die Fragerunde für die Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten. Danach werden wir eine Pause einlegen, je nach Bedarf zwischen 10 und 20 Minuten, wo wir uns untereinander und mit den anwesenden Gästen unterhalten können. Dann werden wir eine Schlussrunde anschließen, in der noch einmal Fragen, Erläuterungen nach freier Wahl zugelassen sind. Vorgesehen ist, die Veranstaltung um 17.00 Uhr zu beenden, aber ich werde nicht abbrechen, wenn wir mitten in der Diskussion sind. Ich glaube, dass das Thema so wichtig ist, dass wir das nicht mit Gongschlag abbrechen können, sondern dann zu einem Schlusspunkt kommen, wenn wir glauben, dass wir auch für uns genügend Informationen gesammelt haben. Dies ist um so wichtiger, als wir im Moment mitten in der Diskussion zur Gesundheitsreform stehen. Dann darf ich jetzt den ersten Experten, Herrn Dr. Goldschmidt, bitten.

Dr. Hanspeter Goldschmidt: Mein Name ist Hanspeter Goldschmidt. Ich vertrete den Präsidenten des Berufsverbandes der Deutschen Kinder- und Jugendärzte, Dr.

Gritz. Ich habe etwas Schwierigkeiten, weil Kinderärzte in ihrer Arbeit unter Prävention etwas anderes verstehen, als das, was hier abgefragt worden ist. Deshalb meine ich in dem, was ich hier schriftlich niedergelegt habe, die Prävention, die im Zusammenhang mit Rehabilitation und Prävention steht. In dieser Eigenschaft verrete ich auch den Fachausschuss Stationäre Prävention / Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, die die Grundlagen für das BAR-Konzept erarbeitet hat.

Wir wissen heute alle, dass chronisch kranke Kinder, langzeitkranke Kinder und Jugendliche zunehmen, sowohl was die Zahl, als auch was den Schweregrad betrifft. Wir wissen, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind. Wenn wir von Rehabilitation sprechen, ist es immer ein Bemühen um eine alters- und entwicklungsentsprechende Rehabilitation. Das heißt, dass es sehr oft auch eine Habilitation sein muss. Ob eine Maßnahme ambulant oder stationär durchgeführt sein soll, kann nicht allein anhand einer medizinischen Diagnose entschieden werden, sondern es ist dazu notwendig, dieses ganze Krankheitsbild vor seinem sozialen und psychosozialen Hintergrund zu sehen. Es ist so, dass wir heute andere Vorgaben haben als vor zehn oder zwanzig Jahren, durch das SGB IX haben wir jetzt sehr gute Vorgaben. Wir müssen heute genau fragen, was der eigentliche Rehabilitationsbedarf ist. Damit ist nicht die Zahl gemeint, sondern das, was bei diesem Kind vor seinem Gesamthintergrund notwendig ist, um ihm die Teilhabe am normalen Leben zu ermöglichen. Das kann sowohl die Freizeit als auch die Schule, die gesamte Entwicklung sein.

Es gibt Vorarbeiten für Qualitätssicherung. Es gibt das Heft „Rahmenempfehlungen der Rentenversicherung“, das bereits 1998 herausgekommen ist, und es gibt das entsprechende Heft von der BAR, bei dem alle Krankenkassen unterschrieben haben. Das soll auch noch als Zusatz zu § 111 SGB V aufgenommen werden. Beide Hefte konkurrieren nicht miteinander, sondern ergänzen sich in einzelnen Teilen. Wir können davon ausgehen, dass in den Rehakliniken, zumindest in einigen oder in den meisten, die so gestellten Anforderungen erfüllt werden.

Wir stehen heute vor der Situation, dass eine Verschiebung der durchgeführten Maßnahmen stattgefunden hat. Die Krankenkassen haben sich aus der Prävention sowohl ambulant wie stationär so ziemlich ganz herausgezogen. Es wäre ihre urei-

genste Aufgabe. Prävention ist nicht unbedingt Aufgabe der Rentenversicherung. Auch die Rehabilitation ist nach unserer Erfahrung zu mehr als 50 Prozent von den Krankenkassen zurückgefahren oder zu den Rentenversicherungsträgern übergeleitet worden. Das ist eine Situation, die allen Beteiligten Schwierigkeiten macht. Wir wissen, dass es Vorschläge gibt oder gab, die Rehabilitation in Zukunft nach einem gewissen Alter zu splitten - bis zehn Jahre Krankenkasse, über zehn Jahre zur Rentenversicherung. Davon halten wir sehr wenig. Wir glauben, dass die Rehabilitation der Kinder und Jugendlichen bei den Rentenversicherungsträgern wesentlich besser aufgehoben ist, weil sie auch das Gesamtkonzept der Teilhabe anders und besser im Auge haben. Wir haben in der Vergangenheit gesehen, dass Rehabilitation von den einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich gehandhabt und verstanden wird. Deshalb wäre mein Vorschlag, dass die Rehabilitation in Zukunft vorrangig nicht nach Alter gesplittet, sondern nach einer sauberen Diagnosestellung bei den Rentenversicherungsträgern angesiedelt wird - natürlich mit den entsprechenden finanziellen Ausrüstungen. Soweit mein Statement.

Vorsitzende: Vielen Dank. Dann darf ich Dr. Danner bitten.

Dr. Martin Danner: Mein Name ist Martin Danner von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V., das ist der Dachverband von derzeit 86 Bundesorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen. Viele dieser Organisationen sind auch Organisationen chronisch kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher bzw. Angehörigenorganisationen. Das Thema Kinderrehabilitation und Kinderprävention ist natürlich eines der zentralen Anliegen, die wir verfolgen und die auch bei uns innerhalb des Verbandes intensiv diskutiert werden. Aus unserer Sicht ist die Thematik nicht rein auf die medizinischen Aspekte reduziert zu betrachten, sondern gerade im Bereich Kinderprävention und Kinderrehabilitation ganzheitlich anzugehen. Das heißt, im Bereich Kinderprävention ist eine ganzheitliche Ausrichtung erforderlich. Diese besteht nicht nur darin, Wissen zu vermitteln oder durch medizinische Maßnahmen im Bereich der Prävention zu wirken, sondern es geht darum, alle psychischen, physischen und sozialen Aspekte mit zu berücksichtigen und die Themen der Prävention und Gesundheitsförderung den Kindern und Jugendlichen emotional ansprechend zu vermitteln. Dabei ist grundlegend, ein Verständnis dafür zu vermitteln, dass Gesundheit nicht nur ein Normalzustand ist, sondern dass es sich

um etwas handelt, was man in physischer, psychischer und sozialer Sicht gestalten kann und muss. Bei allen Maßnahmen, die die Kinderprävention betreffen, ist zu berücksichtigen, dass man eben nicht anhand technokratischer Planung vorgeht. Man muss die Lebensstile, Lebenssituationen und die besonderen Beziehungsaspekte der Kinder und Jugendlichen mit erfassen, insbesondere natürlich auch die besonderen Problemlagen, die chronisch kranke und behinderte Kinder betreffen. Ganz wichtig in diesem Zusammenhang sind Kindergarten und Schule. Deshalb begrüßt es die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, dass da im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung ein Schwerpunkt gewählt wurde, um hier weiter zu kommen. Nur als Beispiel kann man folgendes Problem aufzeigen: Es wird allgemein diskutiert, dass es sinnvoll wäre, in der Schule mehr über Prävention und Gesundheitsförderung zu sprechen. Wenn man sich aber klar macht, welche Probleme im Hinblick auf Kompetenzen oder die Vergütung eines solchen Gesprächs es aufwirft, jemanden vom örtlichen Gesundheitsamt oder einen Arzt im Unterricht mit Kindern diskutieren zu lassen, dann wird schon deutlich, dass die mangelnden Ansätze in der Praxis häufig darauf zurückzuführen sind, dass die Rahmenbedingungen unzureichend sind. Es bestehen keine koordinierten Rahmenbedingungen, um derartiges zu vereinfachen bzw. zu ermöglichen.

Im Bereich Kinderrehabilitation ist es ebenfalls so, dass psychosoziale Aspekte einen besonderen Stellenwert haben. Gerade bei chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen muss man ganz klar sehen, dass natürlich die gesamte Familie unter einer extremen Betroffenheit zu sehen ist. Nicht nur das betroffene Kind selbst, sondern auch die Eltern und die gesunden Geschwister sind durch die besondere Situation, die besonderen Versorgungserfordernisse stark belastet. Aus diesem Grund befürworten wir das Grundkonzept einer familienorientierten Rehabilitation, die dafür sorgt, dass in der Familie die Grundlagen gelegt werden, damit Tertiärprävention auch wirklich effizient sein kann.

Was das Verhältnis der Rehabilitation durch Rentenversicherungsträger und gesetzliche Krankenkassen anbelangt, so ist im SGB IX durchaus schon ein Verständnis realisiert, wonach es bei der Rehabilitation nicht nur um ein rein somatisches Gesundheitsverständnis, sondern um ein sogenanntes biopsychosoziales Krankheitsmodell geht. Deshalb muss man alle Umwelt- und persönlichen Faktoren der Kinder

und Jugendlichen mit in die Konzeption einbeziehen. Im SGB V ist ein solches Verständnis bislang noch nicht in dem Umfang realisiert, weshalb es für uns auch über den Bereich Kinder und Jugendliche hinaus ein wichtiges Anliegen ist, dass hier eine besondere Versorgungsstruktur geschaffen wird. Dann müsste man nicht mehr sagen, die Rentenversicherungsträger haben ein besseres Verständnis, sondern dass auch die Krankenkassen zu diesem umfassenden Verständnis gelangen könnten.

Ein weiteres wichtiges Thema im Rahmen von Prävention und Rehabilitation ist der besondere Stellenwert der Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen. Diese Selbsthilfeorganisationen stellen soziale Strukturen dar, die dafür sorgen, dass die Aspekte, die den Betroffenen während der Rehabilitation näher gebracht werden, nachhaltig weiter verfolgt werden und dann wohnortnah auch langfristig zur Geltung kommen können. In dem Zusammenhang ist aus unserer Sicht darauf hinzuweisen, dass die Förderung der Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen bisher nicht in zureichendem Maße umgesetzt wurde, weshalb es zu begrüßen ist, dass das jetzt von der Bundesregierung aufgegriffen wurde. Wir hoffen, dass da eine Besserung eintreten wird. Dankeschön.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Dr. Danner. Jetzt bitte ich Herrn Ehrmann, das Statement vorzutragen.

Georg Ehrmann: Guten Tag. Mein Name ist Georg Ehrmann. Ich spreche für die Deutsche Kinderhilfe Direkt e. V. Vielen Dank, dass Sie uns Gelegenheit geben, hier heute zu dem wichtigen Thema „Prävention und Rehabilitation im Kinder- und Jugendbereich“ Stellung zu nehmen. Auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten und der allgemeinen Diskussion über die Kostenexplosion im Gesundheitswesen sollte dieses Thema eigentlich einen viel größeren Stellenwert einnehmen, als in der aktuellen Diskussion. Denn Prävention - ich würde es fast als Binsenweisheit bezeichnen - stellt die effektivste Art und Weise dar, die Kinder vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren. Zum anderen kann sie uns vor eben den Kosten schützen, die auf unser Gesundheitswesen zukommen, wenn wir so weiter machen und die Prävention weiter zurückfahren, wie es ja leider zu beobachten ist. Ich möchte hervorheben, dass Prävention vor allen Dingen auch aufsuchend erfolgen muss. Deswegen ist es eine Fehlentwicklung, wenn der Medizinische Dienst zurückgefahren

und nicht weiter ausgebaut wird. Denn die Pädiater können es nicht leisten. Die Patienten und die Eltern, die mit ihren Kindern zu den Kinderärzten gehen, die die U-Untersuchungen durchführen lassen, sind nicht davon zu überzeugen, dass Prävention und eine vernünftige Betreuung notwendig sind. Viel wichtiger ist es, dass aufsuchende Prävention möglich ist und dass diese Säulen, nämlich der Medizinische Dienst und die Schwangeren- und Mütterberatung, wieder ausgebaut werden. Gesundheitserziehung gehört in die Schulen, Gesundheitserziehung gehört auch schon in die Kindertagesstätten. Wir müssen dort angreifen, um dieses Thema den Kindern und vor allen Dingen auch den Eltern wieder nahezubringen.

Prävention muss von der Politik Rahmenbedingungen bekommen und sie muss unterstützt werden. In dieser Runde möchte ich auch ein Negativbeispiel anführen von dem ich meine, dass das mit der Prävention überhaupt nicht klappt: Das ist das Thema Rauchen. Raucher werden immer jünger und immer mehr Jugendliche rauchen. Und das Land NRW hat anlässlich des Nichtrauchertages letzte Woche eine sehr gute Initiative unter dem Thema LOQ - Leben ohne Qualm - ins Leben gerufen. Zielgruppe sind Zehn- bis Vierzehnjährige, denn das ist mittlerweile das Einstiegsalter für junge Raucher. Gleichzeitig verhindert ein deutscher Gang vor den Europäischen Gerichtshof ein Werbeverbot für Tabakprodukte, obwohl Studien aus den USA belegen, dass durch Werbung gerade Kinder und Jugendliche zum Rauchen animiert werden. Eine Erhöhung der Tabaksteuer für die Sanierung des Gesundheitswesens - das kann man so oder so beurteilen, dazu möchte ich mich politisch gar nicht äußern. Herr Professor Rürup fand das sinnvoll. Was uns aber stört ist, dass eine Erhöhung um einen Euro in einem Schritt mit der Begründung abgelehnt wurde, es könnten dann zu viele auf einmal mit dem Rauchen aufhören. Und das betrifft natürlich Kinder und Jugendliche, denn die haben am wenigsten Geld. Es sollte doch unser Ziel sein, das Rauchen bei Kindern runter zu fahren und nicht nur fiskalische Aspekte eine Rolle spielen zu lassen. Deshalb wünschen wir uns, dass dieser Präventionsgedanke auch in der Politik mehr Fuß fasst.

Andererseits gibt es hier auch positive Beispiele. Die Kinderkommission der letzten Legislaturperiode hat sich so gegen diese komischen Bullenfänger oder Frontschutzbügel vor Fahrzeugen eingesetzt, dass diese nicht mehr an die Fahrzeuge montiert

werden. Es wurde erkannt, da ist eine Gesundheitsgefahr, und da müssen wir aktiv werden.

Ich möchte noch einen wichtigen Punkt ansprechen, Frau Rupprecht, wir haben darüber eben auch schon diskutiert. Denn gerade heute ist eine Anhörung zum Thema Prävention. Und am 23.5. hat der Bundesrat einen Gesetzentwurf auf den Weg gebracht, der gravierende Kürzungen bei der Kinder- und Jugendhilfe vorsieht. Der meines Erachtens vor allen Dingen die Kinder- und Jugendhilfe in eine Richtung drängt, wo der Präventivcharakter der Jugendhilfe nicht mehr gewahrt bleibt. Natürlich spielen finanzielle Aspekte eine große Rolle. Natürlich sind im Bereich der Jugendhilfe die Kosten gestiegen von 1992 von 14,3 Milliarden Euro bis zum Jahr 2000 auf 18,5 Milliarden. Im gleichen Zeitraum - Dr. Goldschmidt hat es auch ausgeführt - haben wir eine Zunahme von Krankheiten bei Kindern, haben wir immer mehr psychische Störungen, haben wir immer mehr eine Verschärfung der Rahmenbedingungen, die dazu führen, dass Kinder Sprachschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten haben. Wenn jetzt mit diesem Gesetz durch eine Verschärfung der Tatbestandsmerkmale wesentliche Leistungen aus der Prävention herausgenommen werden, halten wir das vom Gesetzgeber für den falschen Weg. Wir bitten Sie, das nicht als übliches Wehgeklage von Lobbyisten zu verstehen. Wir möchten Sie bitten, in dem jetzt anstehenden Verfahren dem Gesetz den Schliff zu geben, dass auf Qualitätssicherung geachtet und nicht mit der Sense die Sache weggeschlagen wird.

Zum Schluss würde ich gerne Roman Herzog zitieren, der einmal formulierte: „Wir haben in Deutschland kein Erkenntnis-, wir haben ein Umsetzungsproblem.“ Vor 15 Monaten saßen wir hier zusammen in einer ähnlichen Anhörung, da ging es um das Thema Kinder- und Jugendgesundheit, und auch da war das Thema Prävention ein wesentlicher Faktor. Dass bei Ihnen der Umsetzungswille kein Problem ist, das erkennt man an Aktivitäten der Kinderkommission. Wir würden uns nur wünschen, dass Sie in Ihren Fraktionen, die in dem Bereich Kinder- und Jugendmedizin manchmal leider schon als „Betonfraktionen“ zu sehen sind, mehr Umsetzungskraft bekommen. Ich denke, Sie haben die Unterstützung aller hier anwesenden Verbände, dass Ihre Position gestärkt wird und Sie für Kinder und Jugendliche effektiv etwas machen können.

Vorsitzende: Vielen Dank Herr Dr. Ehrmann. Ich denke, das Thema Kinder- und Jugendhilfegesetz werden wir an einer anderen Stelle noch einmal aufgreifen und diskutieren. Dann darf ich Herrn Dr. Bräter bitten.

Dr. Eberhard Bräter: Mein Name ist Eberhard Bräter. Ich vertrete den Fachverband privater Träger der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche e. V. Wir haben natürlich zwei Sichten: Einmal die Sicht des Patienten und zum anderen die Betreibersicht. Und in der eigenen Person ist man auch sowohl auf der Leistungserbringerseite als auch auf der fachlichen Seite in der Pflicht. Ich glaube, hier sind sehr viele interessante Dinge schon angesprochen worden. Es hapert wahrscheinlich teilweise an der unklaren Begriffsbestimmung, dass manche Leute nicht wissen, was ist Prävention, was ist Rehabilitation. Das ist was ganz Wichtiges. Es hapert daran, dass es nicht geklärte Zuständigkeiten gibt. Es ist zwar sehr schön, wenn man demokratische Systeme hat, aber wenn so viele Leute an so vielen Rädern drehen, ist das manchmal nicht so ganz günstig. Ich denke, da muss auch gestrafft werden.

Wir haben verschiedene Beratungen mit Experten gehabt und wollten herausfinden, wie hoch denn eigentlich der Rehabedarf ist. Schon da fängt man an zu kreiseln und sagt, wir wissen ja gar nicht, was zur Rehabilitation zugelassen werden soll. Herr Dr. Goldschmidt hat Krankheitsbilder angesprochen, die die Kostenträger natürlich nicht als rehabilitationsbedürftig ansehen, nämlich Schädigungen, die aufgrund der gesellschaftlichen oder familiären Missstände - so möchte ich sie mal bezeichnen - auftreten. Und wir wissen ja, dass es eine ganze Reihe an Kindern und Jugendlichen gibt, die in sozialen Randgruppen leben, und diejenigen Präventionsmaßnahmen, die noch vorhanden sind, gerade nicht wahrnehmen. Sie werden dort, wo sie sind, nicht aufgesucht, sondern sie bleiben sich allein überlassen. Und die Krankenkassen sagen natürlich manchmal mit Recht, warum müssen wir für familiäre oder gesellschaftliche Missverhältnisse mit Leistungen aufkommen. Da ist das, was ich sagte, Begrifflichkeit und Zuständigkeiten müssen besprochen werden, eine ganz wichtige Frage.

Ich denke, es ist wichtig, immer wieder zu sehen: Wir haben es mit unseren Kindern zu tun, die Kinder sind die Zukunft. Wir haben viel zu wenige Kinder. Viele Kinder, die auf die Welt kommen, sind von Haus aus gesundheitlich gehandikapt. Weil wir eine Hochleistungsmedizin haben - das ist etwas, was nun nicht unbedingt öffentlich im-

mer so zu diskutieren ist, aber ein wichtiges Problem -, werden sie am Leben erhalten, die eigentlich wenig Lebenschancen gehabt hätten. Sie werden zu Behinderten, die viele, viele Defizite haben, welche mit einer guten Betreuung und Pflege durchaus zum großen Teil ausgeglichen werden können, aber dazu sind enorme finanzielle Mittel erforderlich. Und vielfach werden dort Eltern alleine gelassen, weil die Kostenträger sagen, der hat sowieso keine berufliche Chance, also muss er auch nicht weiter rehabilitiert werden. Und das ist schon, denke ich, eine ganz harte Geschichte. Deshalb meine ich, Zuständigkeiten, Begrifflichkeiten und gesellschaftliche Bedingungen müssen beachtet werden.

Wir wissen, dass etwa 30 bis 35 Prozent unserer Kinder chronisch krank sind. Das hat perspektivisch auch etwas mit dem Arbeitsmarkt zu tun, das hat mit Rentenleistungen und Berufsunfähigkeiten zu tun. Wir wissen auch, dass aufgrund bestimmter Situationen, sprich Kinderärztemangel, vielfach auch nicht genügend sozialmedizinische Ausbildung, bestimmte diagnostische Leistungen nicht erbracht werden, weil sie einfach nicht bezahlbar sind. Kinder werden nicht adäquat versorgt und erhalten mit ihren Krankheiten, die behandelbar sind, die rehabilitierbar sind, auch ambulant in Praxen, nicht die erforderliche medizinische Hilfe. Und ich denke, es ist eine Schönfärberei, wenn man immer wieder diskutiert, ambulant vor stationär. Es ist nahezu unmöglich, wenn man nicht gerade ein Ballungsgebiet wie die Stadt Berlin oder Hamburg hat, ambulante Rehabilitationsmaßnahmen effektiv durchzuführen. Da muss ich teilweise aus der Häuslichkeit raus, ich muss manchmal aus dem Familienumfeld raus. Manchmal brauche ich die Familie auch ganz dringend dazu, weil das Kind sonst in die Familie zurückkommt und mit den Problemen wie Rauchen oder Alkohol alleine gelassen ist.

Ich denke, wir sollten die Kinderrehabilitation auch im Zusammenhang mit Mutter-Kind-Maßnahmen sehen, das ist auch ein ganz wichtiges Problem. Krankenkassen verschieben immer mehr echt eigenrehabilitationsbedürftige Kinder in Mutter-Kind-Kuren, also in Einrichtungen, die einen anderen Tagessatz haben - kostengünstiger -, die aber nicht in jedem Falle all das bieten können, was man von einer Rehabilitationseinrichtung heute aus medizinisch-wissenschaftlicher Leitliniensicht verlangt. Ich denke, das ist eine ganz wichtige Frage. Sie führt zur Qualität hin. Die Kostenträger und seit zwei Jahren auch der Gesetzgeber fordern immer wieder, die Kranken-

häuser müssen Qualitätsnachweise bringen. Es gibt aber keine echten, vernünftigen Modelle. Die Rentenversicherer haben angefangen. Ich habe mir erlaubt, einigen noch eine Kopie zuzustecken. Ich habe gestern von Frau Moser, unserer Gesundheitsministerin in Schleswig-Holstein, ein Papier bekommen. Schleswig-Holstein hat sich auf den Weg gemacht und sagt, wir werden für das Land ein Qualitätsmanagement sichern. Wie gesagt, ich denke, die Fragen der Rehabilitation und Prävention von Kindern kann man nicht unbedingt an den Kosten festmachen. Natürlich muss man das Preis-Leistungs-Verhältnis im Auge behalten. Aber ich denke, an diesen relativ geringen Prozentsätzen, die da finanziell in den Haushalten eingestellt sind, darf nicht gerüttelt werden. Die Folgen wären katastrophal. Dankeschön.

Vorsitzende: Als nächster ist Dr. Stübing mit seinem Statement dran.

Dr. Kurt Stübing: Vielen Dank. Mein Name ist Dr. Kurt Stübing. Ich spreche aus meiner täglichen praktischen Erfahrung als Kinder- und Jugendarzt in einer Rehabilitationsklinik und ich spreche auch als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche in Deutschland. In der Rehabilitation und Prävention für Kinder und Jugendliche geht es ja um chronische Krankheitsbilder, die neben der normalen Grundversorgung einer zusätzlichen umfassenden Vorsorge und Behandlung bedürfen, um eine ungestörte Entwicklung zu gewährleisten und um langfristigen Beeinträchtigungen und Behinderungen der Kinder entgegenzusteuern. Diesen Erkrankungen ist gemeinsam, dass sie nicht oder nur schwer heilbar sind und, beginnend in der frühen Kindheit, bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben. Meist ist keine grundsätzliche Heilung möglich. Wir müssen also andere Möglichkeiten für diese Kinder und späteren Erwachsenen finden.

Zu den Erkrankungen zählen Atemwegs- und Hauterkrankungen, psychosoziale Störungen und Adipositas, das heißt, höhergradiges, behandlungsbedürftiges Übergewicht. Diese finden sich in großen Anteilen in der kindlichen Bevölkerung. Die gesundheitlichen Konsequenzen betreffen sowohl das Kindesalter selbst, in größerem Ausmaße aber auch das Erwachsenenalter. Sie haben also lebensphasenübergreifende Dimensionen. Daher sind die verschiedenen Formen der Prävention und Rehabilitation gerechtfertigt und sollten weiter ausgebaut werden. Rehabilitation im Kindesalter ist aufzufassen als Prävention der Erkrankungen des Erwachsenenalters.

Während die allgemeine und primäre Prävention meist an den Wohnorten, Schulen und in den Familien durchgeführt wird, stehen für die sekundäre Prävention bzw. Rehabilitation speziell dafür eingerichtete Fachkliniken zur Verfügung. Diese haben sich zu Zentren mit diagnostischen und therapeutischen Leistungen auf relativ hohem Niveau entwickelt, und ein besonderes Merkmal dieser Kliniken ist die ständig verfügbare interdisziplinäre Kompetenz. Sie haben also unter einem Dach ständig alle notwendigen Berufsgruppen zur Verfügung. Der überwiegende Anteil der komplexen und zeitintensiven Aufgaben, die für diese chronisch kranken Kinder mit ihren oft personengebundenen Charakteristika erforderlich sind, wird in den Rehakliniken durchgeführt.

Ich nehme da zum Beispiel die Patientenschulungen. Der größte Teil der Asthmaschulungen für Kinder und Jugendliche, die ja heute ein Standard sind, wird in den Rehabilitationskliniken durchgeführt. Dennoch kommen für diese Rehabilitation nur relativ wenige Kinder infrage, es kommt wenigen Kindern zugute. Es sind, wenn man es zusammenrechnet, fünfzigtausend Kinder pro Jahr, gemessen an drei Millionen betroffenen Kindern in Deutschland. Eine steigende Zahl von Anträgen, die die Hausärzte für diese Kinder stellen, wird abgelehnt. Das sehen wir in unserer täglichen Praxis. Die Intention der Gesetze, die genannt worden sind, ist sehr gut formuliert, hervorragend, aber der reale Gesetzesvollzug, das heißt die Genehmigungspraxis, steht diesem Anliegen oft entgegen. Vor dem Hintergrund der abnehmenden Kinderzahlen und auch als Signal an zukünftige Eltern sollten wir mehr Anstrengungen in diesem Gesundheitssektor investieren als Baustein zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für mehr Kinder, vielleicht für eine mehr kinderfreundliche Gesellschaft. Das wäre das Hauptsächliche. Danke.

Vorsitzende: Ich komme zum letzten Experten in dieser Runde, Herrn Jäcker von der Ostseeklinik Königshörn.

Hans Jäcker: Ganz herzlichen Dank für die Einladung heute. Ich heiße Hans Jäcker, bin von der Ostseeklinik Königshörn auf der Insel Rügen und betreibe seit gut neun Jahren eine Einrichtung für Mutter und Kind. Ich komme aus einer etwas anderen Richtung, bin also kein Spezialist für die Fachrichtung Kinder- und Jugendrehabilita-

tion. Aber ich denke, ich habe einen ganz guten Überblick, da wir in den neun Jahren inzwischen ca. 19.000 Kinder mit ähnlichen Problemen hatten, wie die Facheinrichtungen für Kinder und Jugend. Ich bin auch ständig vor Ort und setze mich täglich mit den Kindern und den Müttern auseinander.

Wir haben ein sehr differenziertes Versorgungsangebot für die Kinder und für die Jugendlichen. Das beginnt im ambulanten Bereich und geht dann über die sogenannten Facheinrichtungen für Kinder und Jugend bis zu den Mutter-Kind-Einrichtungen. Es zeichnet sich im Augenblick ab, das wissen wir durch Gespräche mit dem VdAK, dass rehabilitative medizinische Maßnahmen für Kinder und Jugendliche auch in Zukunft nicht nur in den Facheinrichtungen für Kinder und Jugendliche erbracht werden können, sondern auch weiterhin im Mutter-Kind-Kur-Bereich, sofern natürlich diese Einrichtungen dafür profiliert sind und den entsprechenden Versorgungsvertrag haben. Daran wird im Moment gearbeitet und die Anforderungsprofile werden zur Zeit formuliert, befinden sich eigentlich schon im Endstadium.

Ich will versuchen, so ein bisschen den Unterschied darzustellen zwischen der Facheinrichtung für Kinder und Jugendliche, das was Herr Dr. Bräter gerade angedeutet hat, und unseren Mutter-Kind-Einrichtungen. Vorab aber möchte ich noch einmal zurückgreifen auf das im letzten Jahr verabschiedete Gesetz zur Verbesserung der Versorgung für Mutter-und-Kind-Einrichtungen und in dem Zusammenhang noch einmal herzlichen Dank sagen, dass dieses Gesetz tatsächlich fraktionsübergreifend vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde. Es war aber auch allerhöchste Zeit, dass der Gesetzgeber tätig wurde, denn wir spürten aus den zurückgehenden Bewilligungsanträgen, dass die Haltung der Medizinischen Dienste, aber auch der Krankenkassen, teilweise desaströs war. Wir hatten das Gefühl, dass dieses Versorgungssystem Mutter und Kind wohl über kurz oder lang auf der Strecke bleiben würde. Durch die rechtzeitige Intervention des Deutschen Bundestages und hier speziell auch der Ministerin sind wir vor diesem Schicksal bewahrt worden und es ging Gott sei Dank weiter.

Der Gesetzgeber hat mit der Neufassung des § 111a SGB V in Verbindung mit 135a und 137d SGB V für die Mutter-Kind-Einrichtungen, auch für die Mutter-Kind-Einrichtungen muss man jetzt sagen, einen höheren Qualitätsanspruch gefordert. Wir

begrüßen das sehr und haben jetzt, ich erwähnte es schon, unter der Federführung des VdAK in Siegburg zusammen mit den Einrichtungen des Müttergenesungswerkes und dem Verband der privaten Krankenanstalten ein Anforderungsprofil erarbeitet, das auf der einen Seite Profile für die Vorsorge, also für die Prävention, und auf der anderen Seite Rehaprofile enthält. Die Anforderungsprofile berücksichtigen in besonderer Weise in der Strukturprozess- und Ergebnisqualität die Behandlungsbedürftigkeit der Kinder und Jugendlichen im Alter bis zum zwölften, in Ausnahmefällen bis zum vierzehnten Lebensjahr. Kinder mit einer medizinischen oder sozialen Indikation werden in einer Mutter-Kind-Einrichtung mitbehandelt, wenn die Mitaufnahme der Kinder dem Rehabilitations- und Vorsorgeziel für die Mütter und Väter nicht hinderlich ist und kinderfreundliche Strukturen in den Einrichtungen vorgehalten werden. Nach wie vor ist es aber so, dass die Mutter-Kind-Einrichtung in erster Linie die Zielgruppe Mutter, bzw. Vater nach dem neuen Gesetz, im Auge hat. Diese Anforderungsprofile werden getrennt nach Vorsorge- und Rehaleistungen strukturiert und dann sehr bald veröffentlicht. So können sich alle Einrichtungen, die jetzt am Markt sind, darauf einstellen, was in Zukunft an Profilen in den Häusern, in den Einrichtungen verlangt wird. Das heißt, die Häuser können sich danach ausrichten, ob sie mehr die Vorsorge oder ob sie mehr die Rehabilitation oder vielleicht auch beides darstellen möchten. Vermutlich wird nach diesen Anforderungsprofilen ein Nachrüstungsprozess für viele Einrichtungen erforderlich werden, weil sie den hohen Anforderungsprofilen, die jetzt entwickelt werden, im Augenblick nicht nachkommen können. Das bedeutet natürlich für die eine oder andere Einrichtung Neuinvestitionen, die sie möglicherweise gar nicht darstellen können. Ich gehe davon aus, das ist meine persönliche Meinung, dass die eine oder andere Einrichtung sicherlich vom Markt verschwinden wird. Das heißt, es wird in diesem Bereich sicherlich eine Marktbereinigung stattfinden.

Die nebeneinander bestehenden Angebote in den Fachkliniken und in den Fachkliniken für Mütter und Väter werfen aber immer wieder die Frage auf, Herr Dr. Bräter deutete das eben schon an, in welcher Einrichtung ist denn welches Kind mit welcher Krankheit am besten untergebracht, das heißt, wo bestehen die größten Heilungschancen für die Kinder, wenn sie diese oder jene Indikation aufweisen. Meine Damen und Herren, diese Antwort ist nicht ganz einfach, weil die vorgeschalteten Personengruppen und Institutionen - Ärzte und viele andere mehr -, die eigentlich über eine

bedarfsgerechte Behandlung erkrankter Kinder entscheiden, zu wenig über das eigentliche Leistungsgeschehen in unseren Einrichtungen wissen. Das betrifft sowohl die Mutter-Kind-Einrichtungen als auch die Fachkliniken. Diese Unwissenheit und Unsicherheit wird noch verstärkt, weil notwendige Abstimmungen zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem MDK selten stattfinden und die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendrehabilitation zwar schon seit vielen Jahren besteht, aber die Zusammenarbeit zwischen Elternhaus, Schule und Einrichtungen der Jugendpflege vielleicht hier und da auch noch verbesserungswürdig ist. Dies führt zu vielen Fehleinweisungen und damit auch zu Fehlinvestitionen im Gesundheitssystem, über die weder die Patienten noch die Leistungsträger glücklich sein können. Unabhängig von weiteren Ergebnissen wissenschaftlicher Forschung könnte aber bereits heute ein erster vorläufiger Schritt zu einer koordinierten Versorgungsstruktur im Bereich Kinder- und Jugendrehabilitation getan werden, wenn alle mit Kindern und Jugendlichen befassten Personen, Gruppen und Institutionen die Möglichkeiten präventiver und rehabilitativer Maßnahmen erkennen könnten.

Mein Vorschlag in diesem Zusammenhang: Neben den schon seit vielen Jahren existierenden Beratungsstellen, also den Häusern des Müttergenesungswerkes, der AWO, der Caritas und vielen anderen mehr, könnte ich mir vorstellen, dass die Zentren, die Servicestellen nach dem SGB IX, als Kompetenzstellen und Vermittlungsstellen in das Wissen über diese Einrichtungen mit einbezogen würden. Diese Servicestellen, die ja schon sehr weitgehend eingerichtet sind, vertreten im Augenblick eigentlich zu wenig den Bereich Kinder- und Jugendrehabilitation und Mutter-Kind-Rehabilitation. Das wäre ein erster und, glaube ich, wichtiger Schritt, um die Öffentlichkeit ein bisschen besser zu informieren über das, was sich in unseren Häusern abspielt.

Vorsitzende: Herr Jäcker darf ich Sie bitten, zum Ende zu kommen.

Hans Jäcker: Ja. Also, was wir in unseren Häusern leisten, ist im ersten Durchgang die Primärprävention. Es wird immer von Prävention gesprochen, primär und sekundär, die meisten wissen gar nicht, was sich dahinter verbirgt. Ich habe das hier in meinen Statement schriftlich niedergelegt, vielleicht kann ich mir das dann ersparen, es mündlich vorzutragen. Was vielleicht abschließend hier noch einmal gesagt wer-

den sollte ist, dass im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, insbesondere im Hinblick auf die Belegung einer Mutter-Kind-Einrichtung oder einer Fachklinik Kinder und Jugend eine Schnittstelle entsteht, über die man nachdenken muss. Herr Dr. Bräter deutete das an. Ich stehe dazu, Herr Dr. Bräter, dass wir in den Mutter-Kind-Einrichtungen teilweise auch mit unserem „Latein“ am Ende sind. Da, wo also fachspezifische, hochqualifizierte Medizin erforderlich ist, denke ich, sind die Kinder in den Facheinrichtungen besser untergebracht, als in der Mutter-Kind-Einrichtung. Aber in Zukunft wird es so sein, ich traue mir das persönlich mit meiner Einrichtung zu, dass auch hier bis zu einem Grade eine hochqualifizierte Rehabilitation dargestellt werden kann, aber darüber müssen Schnittstellen erarbeitet werden. Ich persönlich habe solche Schnittstellen, ich habe Sie Ihnen auch in einer Anlage mit zur Verfügung gestellt.¹ Dort können Sie sehen, wo wir als Mutter-Kind-Einrichtung dies oder jenes machen und wo wir entsprechend den Schweregraden die Kinder besser woanders untergebracht sehen wollen. Dankeschön.

Vorsitzende: Vielen Dank Herr Jäcker. Wir sind damit am Ende der Runde der Experten, und wir kommen zur Fragerunde. Natürlich haben die Mitglieder der Kinderkommission Vorrang. Wer möchte beginnen? Herr Haupt, Frau Fischbach?

Abg. Ingrid Fischbach (CDU/CSU): Damit wir jetzt keine Zeit verträdeln, wer die ersten Fragen stellen kann, fange ich einmal an. Herr Dr. Bräter, Sie haben über die nicht geklärten Zuständigkeiten gesprochen im Bereich Reha und KV, RV. Was gehört Ihrer Meinung nach unbedingt in den Rehakatalog hinein und wer müsste Ihrer Meinung nach dafür verantwortlich sein im Sinne einer Ausschließlichkeit, dass wir dieses Hin und Her nicht mehr hätten? Zweite Frage an Herrn Dr. Stübing: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen und den Rehaeinrichtungen? Sie hatten in Ihrer Stellungnahme auch deutlich gemacht, dass hier eine verstärkte, verbesserte Zusammenarbeit ganz wichtig ist. Sehen Sie da Probleme? Wo könnten wir helfen? Wo müsste geholfen werden? Die dritte Frage geht an Herrn Dr. Goldschmidt und bezieht sich auf die Leitlinien für die Rehabilitation. Sie haben geschrieben, Sie sehen sie sehr positiv, auch gut entwickelt. Ist sichergestellt, dass diese Leitlinien auch veröffentlicht, allen zugänglich ge-

¹ Anlage 1 des Statements von Herrn Jäcker „Anhörung Kinderkommission am 4.6.2003“, verteilt in Kommissionsdrucksache 15/07 (dort Anlage 4).

macht werden, dass alle den gleichen Wissensstand haben? Wo sehen Sie noch weiteren Entwicklungsbedarf und wo können wir als Politik helfen?

Vorsitzende: Kollege Haupt, gleich anschließend.

Abg. Klaus Haupt (FDP): Ich bedanke mich erst einmal ganz herzlich für die aus unterschiedlicher Sicht dargelegten Informationen. Das ist ja eine ganze Fülle. Ich habe in der ersten Runde zwei Fragen und fange ganz bewusst bei Ihnen an, Herr Jäcker, weil Sie sich ja dann sehr kurz fassen mussten. Zu diesen Schnittstellen, da hätte ich schon gern von Ihnen konkretere Aussagen, wie diese Schnittstellen nach bestimmten Qualitätsmerkmalen ausgerichtet werden könnten. Denn wenn ich auch Sie richtig verstanden habe, Herr Dr. Bräter, haben Sie ja dieses Verschieben in die Mutter-Kind-Einrichtungen beklagt, was ja auch wirklich in der Praxis so stattgefunden hat. Wie könnte man jetzt durch ganz bestimmte Qualitätsstandards solche Verschiebeparkplätze vermeiden? Und letztlich hat Herr Jäcker deutlich gemacht, dass ja auch in den Mutter-Kind-Einrichtungen vorbildliche Rehabilitation stattfinden kann, aber nur bis zu einem gewissen Grade. Also, diese Gemengelage würde ich gerne von Ihnen beiden aus Ihrer jeweiligen Sicht näher beleuchtet bekommen.

Vorsitzende: Für die Kollegin Deligöz ist Frau Selg da.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Völlig überraschend, aber ich kann Ihren Statements folgen, weil ich Mutter dreier Kinder bin und natürlich auch, weil ich Krankenschwester war und diese Reha- und Versorgungseinrichtungen kenne. Erst vor kurzem habe ich diese Rehaeinrichtung in der Waldburg-Zeil-Klinik im Kinder- und Jugendbereich angeschaut.

Wenn ich mir das hier ansehe, diese Verschiebungen vom Normalen, früher Neurodermitis, jetzt hin zu psychosozialen und Verhaltensstörungen, vor allem aber auch zu Adipositas, frage ich mich, wo man denn nach Ihrer Ansicht speziell im präventiven Bereich tatsächlich ansetzen könnte. Gerade Adipositas, denke ich, könnte man im Kinder- und Jugendbereich sehr wohl vermeiden. Und vor vor allen Dingen hat man mir dort auch gesagt, dass die Veränderungen im psychosozialen Umfeld, in den Familien, immer stärker zugenommen haben. Deswegen ist die stationäre Ver-

weildauer in diesen Rehaeinrichtungen jetzt oftmals länger als üblicherweise geplant. Was sollte da aus Ihrer Sicht wirklich getan werden? Und jetzt, weil wir gerade an diesem Gesundheitsmodernisierungsgesetz arbeiten, interessiert mich noch etwas aus dem Hilfsmittelbereich. Diese Inhalationsgeräte für Kinder - reicht das, was hier bisher vorgesehen ist, nach Ihrer Ansicht aus oder müsste im Kinder- und Jugendlichenbereich im Hinblick auf die Hilfsmittel noch mehr getan werden?

Vorsitzende: Ja, dann bitte ich zunächst um die Antworten. Das waren Fragen von Frau Fischbach an Herrn Dr. Bräter und an Herrn Jäcker, von Herrn Haupt ebenfalls an Herrn Dr. Bräter und von Frau Selg. Ich bitte Sie, sich ganz kurz zu fassen, weil noch weitere Kolleginnen Fragen stellen wollen und wir dann noch die Pause anschließen müssen.

Dr. Eberhard Bräter: Das ist eine böse Frage, Frau Fischbach, die Sie mir da gestellt haben. Wenn das nach außen dringt, werde ich entweder gelobt oder gelyncht. Ich sagte ja eingangs, dass eine Frage der Begrifflichkeit und der Zuständigkeit geklärt werden muss, und das ist eigentlich die ganze Wahrheit. Wenn man sagt und definiert, was Prävention ist und meint, dass das bei den Krankenkassen angesiedelt ist, und wenn man sagt, das, was körperliche Gebrechen sind - ich sag's mal volkstümlich -, das ist Sache der Rentenversicherer, dann ist das ein relativ klarer Zugang. Herr Jäcker hat ja ähnliche Dinge angesprochen. Was sind Mutter-Kind-Kuren, wo Kinder mit hinkommen, und was sind eigene Kinderrehakuren? Ich denke, eine klare Begrifflichkeit würde auch für eine klare Zuordnung sorgen, kann ich nicht anders sagen.

Herr Haupt hat diese Verschiebethematik angesprochen. Ich denke schon, dass es klare Definitionen gibt. Wir haben in den Leitlinien immer definiert - für Hauptschwerpunkte, man kann nicht für alles Leitlinien machen -, was man darunter versteht. Und damit ist klar, wenn jemand die Anforderungen nach den Diagnostikstandards erfüllt, dann gehört er in die Schablone Prävention, oder er gehört in diese Leitliniengruppe und hat in eine entsprechende Therapieeinheit zu kommen. Ich denke, das ließe sich schon relativ gut klären, wenn das denn überall publik wäre. Wir kennen ja diese Servicestellen, die zwar leider noch nicht so geschult sind, aber das ist ein guter Anfang, wenn dort nicht auch wieder gesagt wird, geh doch mal zu dem und mach doch

mal das. Natürlich ist es klar, dass die Ärzte, die Kuren beantragen, häufig nicht wissen, was sie für eine Maßnahme beantragen. Das ist das Problem. Sie finden bei jedem Antrag für eine Kinderkur in der Regel auch einen Antrag für die Mutter. Und wenn Sie, so wie ich, in einer Einrichtung sind, fragen Sie sich, welchen Antrag habe ich eigentlich jetzt zu beantworten – den für die Mutter oder den für das Kind. Manchmal schreibt die Krankenkasse dazu, wer es ist, dass das nur das Kind ist. Ich denke, das muss dazu ausreichen.

Zu der Präventionsproblematik, die Frau Selg angesprochen hat, und dem Inhalt dieser Maßnahmen: Ich glaube, es ist ganz wichtig, dass man dort ein paar Grundprinzipien vermittelt. Ich würde einfach mal sagen, die Kneipp'schen Prinzipien, unter anderem Ordnungstherapie. Dass man einen geregelten Tagesablauf hat und was gesunder Lebenswandel ist: regelmäßig essen, was essen, ausreichend Schlaf, Bewegung. Ich denke, das sind schon wichtige Dinge. Das könnte man schon dem Sektor Prävention und Rehabilitation zuordnen. Vielleicht muss man sich einfach dazu bekennen, dass es Zugangsmöglichkeiten zu bestimmten Präventionsmaßnahmen gibt, die man privat bezahlen muss. Das machen ja manche Krankenkassen, Betriebskrankenkassen schon, dass Sie einen Anteil dazu geben. Und dass es eben auch für bestimmte auffällige soziale Gruppen solche Maßnahmen ganz gezielt als Therapie gibt.

Vorsitzende: Dankeschön. Dann bitte ich Herrn Jäcker, die Frage von Herrn Haupt zu beantworten.

Hans Jäcker: Diese Frage der Schnittstellenbestimmung ist sehr schwierig. Wir alle, die hier am Tisch sitzen und täglich mit den Kindern zu tun haben, wissen, dass es noch keine klaren, durch die Wissenschaft bestätigten Vorgaben zu Schnittstellen gibt. Denn der Übergang von Präventionsmaßnahmen zu Rehabilitationsmaßnahmen verläuft meistens sehr fließend. Wir stellen teilweise auch in unseren Häusern fest, dass wir durch Fehleinweisungen belastet werden, weil genau diese Schnittstellen nicht formuliert sind. Und deshalb ist es erforderlich, dass im Bereich der Wissenschaft an diesen Dingen weitergearbeitet wird, damit, soweit das überhaupt denkbar ist, medizinische Leistungen zur Vorsorge von denen der Rehabilitation abgegrenzt

sind. Ich will kurz versuchen die Arbeit, die wir in unseren Häusern machen, etwas zu konkretisieren und zu erklären, was man unter Sekundärprävention versteht.

Also, unter Primärprävention versteht man Essverhalten, mehr Bewegung, Stressbewältigungsstrategien entwickeln. Das ist in erster Linie Primärprävention, um Schädigungen überhaupt erst gar nicht aufkommen zu lassen. Die Sekundärprävention beschäftigt sich bereits mit Schädigungen und mit Gesundheitsgefährdungen. Also, was wir in unseren Häusern zum Beispiel behandeln - und ich werde auch gleich versuchen, das abzugrenzen zu den Häusern der Fachkliniken für Kinder und Jugendliche -, sind in erster Linie chronische Erkrankungen, Somatisierungsstörungen wie Kopfschmerzen, Spannungsschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, sekundäre Enuresis. Das hat alles nichts mit den Müttern, sondern mit Kindern zu tun. Drittens: Emotionale Störungen wie Bindungsunfähigkeit und Gemeinschaftsunfähigkeit, Schlafstörungen, Essstörungen, Ticstörungen, Ängste bei Kindern, Konzentrationsstörungen mit Lernschwächen. Infektanfälligkeit ist ein durchgängiges Thema. Gedeihstörungen, ein ganz wichtiges Thema bei Kindern vom ersten bis zum vierten Lebensjahr, die zu klein geraten und zu leicht sind. Entwicklungsstörungen aller Art und Verhaltensauffälligkeiten, ADS und ADHS, mit denen wir täglich zu tun haben. Das ist also Sekundärprävention.

Nun kommt die Rehabilitation. Da sprechen wir bereits von Schädigungen der Gesundheit. Fertigungsstörungen, Beeinträchtigungen der Teilhabe am Alltagsleben im Vergleich mit gesunden Kindern. Was wir weiter machen in unseren Einrichtungen ist Suchtprävention - Nikotin, Alkohol, Spielsucht, sonstige Drogen. Was ich in diesem Zusammenhang anregen möchte, ist, die U 1- bis U 9-Untersuchungen vielleicht in unsere Pflichtleistungen mit einzubeziehen, sofern diese Untersuchungen noch nicht stattgefunden haben sollten. Denn es zeigt sich in Statistiken, dass die ersten Untersuchungen noch von den Eltern wahrgenommen werden - also im ersten Monat, kleine Babys. Je älter die Kinder werden, umso weniger nehmen die Eltern die Untersuchungen wahr. Gerade in dem Alter, wenn es darum geht, in die Schule eingeschult zu werden, also die U 8-, die U 9-Untersuchungen, werden immer weniger wahrgenommen, so dass gerade in diesem Bereich bestimmte Vernachlässigungen stattfinden. Um das zu verhindern, denke ich, wäre es eine sinnvolle Sache, wenn Mütter und Kinder drei Wochen in unseren Einrichtungen weilen, auch diese U-

Untersuchungen durchzuführen. Denn wir haben dort die Pädiater, wir haben die kompetenten Ärzte.

Zur Abgrenzung will ich jetzt mal etwas ganz konkret sagen. Ich bin kein Arzt, aber ich habe mit meinen Ärzten darüber gesprochen, wo wir den Unterschied sehen, wo wir die Schnittstellen sehen, wo ein Kind noch bei uns behandelt werden kann und wo es sinnvoller ist, dieses Kind in eine Fachklinik für Kinder- und Jugendrehabilitation zu bringen. Zum Beispiel kann die Behandlung der berühmten rezidivierenden Infekte der oberen und unteren Luftwege bei uns stattfinden. Aber Mukoviszidose kann bei uns nicht behandelt werden. Rezidivierende obstruktive Bronchitiden, ein Thema für die Mutter-Kind-Einrichtung, aber Atelektase - das ist fehlender Luftgehalt in Teilen der Lungen nach schwerer Lungenerkrankung haben mir meine Ärzte aufgeschrieben -, das ist eine Sache, die bei uns nicht mehr behandelt werden kann. Asthma bronchiale, o.k., bei uns, aber schwere Asthmatiker, die rezidivierend wegen schwerer Asthmaanfälle stationär behandelt werden müssen und schwer medikamentös einstellbar sind, ist Sache der Fachklinik für Kinder- und Jugendrehabilitation. Hauterkrankungen, neurodermitische Schuppenflechte, bis zu einem gewissen Grade ja, aber wenn es um generalisierte, exazerbierte schwerste Neurodermitis geht, das ist, wenn schon offene Wunden zutage treten, kann das nur ein Thema einer Fachklinik sein. Allergische Erkrankungen nach einer Vordiagnostik - in Ordnung. Wenn es aber allergische Erkrankungen sind, die noch nicht erforscht sind, wo ein Screeningverfahren erforderlich ist, gehören diese Kinder in eine Fachrichtung für Kinder und Jugendliche. Adipositas als Hauptindikation kann nur in einer Fachklinik für Mutter und Kind stattfinden, und zwar möglichst losgelöst vom Elternhaus und von der Mutter. Wir haben festgestellt, dass die Kinder sich durch die gruppenspezifischen und gruppendedynamischen Prozesse gegenseitig aufbauen, auch ohne Mutter, dass sie sich gegenseitig fördern, dass sie sich solidarisch untereinander erklären. Damit fällt auch eine Rehaprognose positiver aus, als würden die Mütter mit den Kindern gemeinsam eine solche Veranstaltung machen - zumal viele adipöse Mütter ihre Lebensmuster auf die Kinder übertragen und die Kinder deswegen viel zu wenig motiviert sind, nun eigene Wege zu gehen.

Vorsitzende: Herr Jäcker, darf ich Sie bitten.

Hans Jäcker: Ich bin sofort fertig. Dasselbe gilt für orthopädische Erkrankungen, psychosomatische Erkrankungen und verschiedene andere Indikationen. Ich wollte nur mal versuchen, an einigen Stellen klarzustellen, wo sich die Schnittstellen befinden, wo die Mutter-Kind-Einrichtung mit ihrem Latein am Ende ist und wo die Fachkliniken gefordert sind.

Vorsitzende: Ich denke, Sie meinten auch die Fachklinik für Kinder und Jugend, als Sie Adipositas erwähnten, da haben Sie sich sicher versprochen.

Hans Jäcker: Ja, ich meinte die Fachklinik für Kinder und Jugendliche.

Vorsitzende: Dann darf ich Herrn Dr. Goldschmidt und dann Herrn Dr. Stübing bitten.

Dr. Hanspeter Goldschmidt: Die Vorsorgeuntersuchungen gehören nicht in eine Mutter-Kind-Einrichtung oder in die Rehaklinik, sondern in die Hand des Kinder- und Jugendarztes und des Hausarztes, die zu Hause das Ganze zu steuern und zu betreuen haben und als Hauptschnittstellen da sind. Aber jetzt nur einen Satz dazu.

Es ist vorhin nach den Leitlinien gefragt worden. In verschiedenen Unterlagen ist immer wieder das gemeinsame Rahmenkonzept für die Einrichtungen erwähnt worden - sowohl von der BAR als auch vom VDR. Dann hat die im letzten Jahr gegründete Fachgesellschaft Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin vor dem Hintergrund der Rehabilitation und fußend auf den Erkenntnissen des SGB IX bzw. des ICF - also der neuen Klassifizierung der Rehabilitation - für die wichtigsten Diagnosen bereits Leitlinien erstellt. Diese Leitlinien sind anerkannt durch die AWMF, das ist die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften. Das ist die Stufe 1, vielleicht kommen wir auch auf die Stufe 2. Das ist abrufbar. Hinten in meinen Ausführungen sind die Internetangaben drin. Es gibt von der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Leitlinien, herausgegeben von Herrn Reinhardt im Urban-Fischer-Verlag. Und sie werden demnächst auch von der

Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin veröffentlicht. Aber im Internet stehen sie bereits. Da sind sie frei zugänglich.²

Vorsitzende: Dankeschön. Nun Herr Dr. Stübing, bitte.

Dr. Kurt Stübing: Vielen Dank. Ich möchte zu der Vernetzung der niedergelassenen Ärzte Stellung nehmen. Die Langzeitbehandlung bei chronisch kranken Kindern liegt in der Hand des Kinder- und Jugendarztes oder wenn sie älter sind, des betreuenden Hausarztes. Und diese Kinder- und Jugendärzte sind fachlich in der Regel sehr gut und auch sehr engagiert. Das ist nicht als Konkurrenz zur Rehabilitation aufzufassen, sondern als Ergänzung und Verzahnung. Wenn nämlich ein Kind oder Jugendlicher zusätzliche Leistungen benötigt, wenn eine Therapie neu eingeleitet werden soll und diese weiter beobachtet werden muss, wenn eine bestimmte Diagnostik gemacht werden muss, die ebenfalls nur unter ständiger klinischer Beobachtung stattfinden kann, wenn es um Verhaltenstherapie geht, Verhaltensmedizin, wenn auch verschiedene Berufsgruppen eingebaut werden sollen - dann kommt nach dieser Rehabilitation ein Jugendlicher oder ein Kleinkind wieder nach Hause und muss ohne Verluste auf einen bestimmten Resonanzboden fallen. Das heißt, es müssen Kontakte hergestellt werden zwischen Rehaklinik und niedergelassenem Arzt. Hier sind große Anstrengungen zu leisten und es wird auch sehr viel dafür getan. Es wird eine sogenannte Rehabilitationskette aufgebaut. Es gibt sicher noch vieles zu machen, die Baustelle ist noch groß. Aber, wenn man es schafft, dieses Wort Vernetzung mit Leben auszufüllen, dann ist es was ganz Tolles. Und ich glaube, wir Rehakliniken sind dabei auf dem besten Wege.

Wir haben zum Beispiel in der Behandlung von adipösen Kindern von den Rehakliniken - ich sehe auch Herrn Professor Kiosz - ein Versorgungs- und Schulungssystemkonzept für übergewichtige Kinder entwickelt und in die Wege geleitet. Das ist vielleicht auch die zweite Frage von Frau Selg. Das war eine immense Arbeit unter Einbezug sehr vieler ambulanter Zentren, Institute und Experten auf diesem Gebiet.

² Dr. Goldschmidt hat im Anhang seines Statements (Kommissionsdrucksache 15/026 e) auf Seite 12 folgende Literaturhinweise gegeben: ① Rahmenkonzept und indikationsspezifische Konzepte zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 1998, Frankfurt/Main, DRV-Schriften, Band 8; ② Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. BAR-Ausgabe 1998, ISSN 0933-8462; ③ Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Reinhardt, D. (Hrsg.), 2002; Urban und Fischer, München & Jena; ④ <http://www.rehakid.de>; ⑤ <http://www.awmf-online.de>

Jetzt ist ein einheitliches Rahmenkonzept da, mit dem Rehakliniken und auch ambulante, niedergelassene Ärzte arbeiten können und dann mit einer Sprache sprechen - sowohl was die universelle Prävention als auch die selektive oder gezielte Prävention anbetrifft. Noch ein letztes Wort zur Zusammenarbeit: Die vielen anderen Stellen und Institutionen, wie z.B. Caritasberatungsstellen, Diakonieberatungsstellen, Jugendämter, Erziehungsberatungsstellen dürfen wir vielleicht auch nicht vergessen. Hier wird mit sehr viel Engagement eine Verbindung hergestellt zwischen niedergelassener Medizin und Rehamedizin oder auch Medizin in den kurativen Akutkrankenhäusern. Diese Strukturen, die sind leider in den letzten Jahren etwas vernachlässigt worden, und dies sollte man wirklich nicht aus dem Auge verlieren. Soviel zu Ihrer Frage. Danke.

Vorsitzende: Vielen Dank. Ich komme jetzt zur zweiten Fragerunde und darf erst einmal die Kolleginnen aus dem Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung bitten, ihre Fragen an die Experten zu richten. Ich darf Frau Kühn-Mengel bitten, die Sprecherin der Arbeitsgruppe der SPD-Fraktion.

Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD): Danke Frau Vorsitzende. Ich würde fürchterlich gerne einiges kommentieren, aber das ist ja nicht erlaubt, oder? Kommentieren in der Pause? Da muss ich meinen Kommentar vielleicht in Frageform fassen. Bei aller Kritik an den Schnittstellen und Umsetzungen an sich guter Gesetze - Sie haben SGB IX erwähnt, Servicestellen -, bei aller Schnittstellenproblematik sehen Sie nicht, dass insgesamt die Prävention in den letzten Jahren gefördert wurde? Also, einmal durch die Reanimierung des § 20 SGB V, dann auch durch den runden Tisch Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung, durch die gesundheitsziele.de, aber zum Beispiel auch durch eine Maßnahme, die oft gar nicht so gekannt wird. Die Implementierung des Kinder- und Jugendsurveys halte ich für ganz entscheidend, weil hier zum ersten Mal eine Langzeitstudie erfolgt, die vielleicht auch aufräumt mit dem Vorurteil, dass 30 Prozent aller Frühfördermaßnahmen unnötig seien. Ich komme selber aus dem Frühförderbereich, deshalb trifft mich das ja auch.

Und sind Sie nicht mit uns der Meinung, dass in dem, was jetzt ansteht, im Präventionsgesetz, auch diese Gedanken noch einmal starke Verortung finden werden bis hin zur Frage, wie implementieren wir Prävention in alle Sektoren des Gesundheits-

systems und wie stärken wir auch den ÖGD. Ich nehme an, Herr Ehrmann, Sie haben ÖGD gemeint, als Sie medizinischer Dienst gesagt haben, also öffentlicher Gesundheitsdienst. Wie stärken wir den wieder, weil wir ihn für die anstehende Gesundheitspolitik so dringend brauchen. Das sind meine Fragen. Ich will noch schnell sagen: Der erwähnte deutsche Gang nach Europa bezog sich nur auf die Subsidiarität. Die Tabakkonvention ist ja nun inzwischen unterschrieben, und da ist ein wichtiger Schritt erfolgt. Der Euro kommt zwar kleckerweise, aber er kommt und insofern, das muss ich als Gesundheitspolitikerin eben sagen, sind wir dann doch ganz froh, dass wir das bei Hans Eichel haben durchsetzen können, wenn auch auf Raten. Das ist pragmatisch und das ist vielleicht bescheiden, aber immerhin ein Erfolg. Aber ich bitte Sie, auch die anderen Punkte noch einmal zu kommentieren.

Vorsitzende: Frau Dr. Spielmann.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Vielen Dank. Auch einen Dank an alle jene, die wirklich eine sehr differenzierte, detaillierte Beantwortung der Fragen vorgenommen haben. Ich denke, wir können unseren Kinderantrag, den wir im vorigen Jahr fraktionsübergreifend verabschiedet haben, mit Ihren Beiträgen gut weiter bearbeiten. Denn es gibt ja, wie wir alle wissen, gerade in Bezug auf die Fortführung dieses Antrages noch sehr viel zu tun. Wir sind auch dankbar, dass die Kinderkommission diesen wichtigen Aspekt der medizinischen Rehabilitation aufgreift und er hier so differenziert beantwortet wird.

Vorsitzende: Das ist auch keine Frage.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Das war eben ein Lob. Das kann man doch auch mal machen, Frau Vorsitzende. Mich interessiert in besonderer Weise die Nachhaltigkeit der Maßnahmen. Ich stelle immer wieder fest, dass dann, wenn ein Kind aus einer medizinischen Rehamaßnahme kommt, die Vernetzung, die wir ja alle wollen, nicht oder nur unzureichend stattfindet und von Ihnen auch als verbesserungswürdig eingeschätzt wird. Herr Ehrmann hat übrigens Recht, auch ich erkenne hier ein gesamtgesellschaftliches Problem, nicht ein medizinisches. Wir müssen das aus der sozialen Indikation heraus mit entwickeln. Mir liegt gerade die Frage besonders am Herzen, wie der niedergelassene Arzt mit der Reha-Einrichtung, die Reha-

Einrichtung mit den Schulen, mit den Kindergärten, mit den Familien zukünftig besser am Problem arbeitet. Ich denke, wir wissen alle, dass es ein wichtiger Schritt ist. Denn das chronisch erkrankte Kind von jetzt ist der Chroniker von morgen und wir wissen, wie teuer er wird. Also von daher liegt mir in besonderer Weise an einer Beantwortung der Frage zur Nachhaltigkeit unserer Maßnahmen.

Ich stelle mal Herrn Ehrmann eine sehr provokative Frage. Sie haben uns ja so ein bisschen als Betonköpfe hingestellt - vielleicht ist da auch etwas Wahres dran, das will ich ja gar nicht in Frage stellen. Wie sollte dann Ihrer Meinung nach dieser von Ihnen angesprochene gesamtgesellschaftliche Einfluss besser funktionieren? Sie haben ja gesagt, wir sollen die Bedingungen dafür politisch klären. Also, wie könnten Sie sich vorstellen, dass wir die gesamten RehaMaßnahmen, alles, was wir hier besprechen, unter der Sicht einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabenstellung, die Schule und Kindergarten mit einschließt, besser machen? Was würden Sie der Politik empfehlen?

Vorsitzende: Dankeschön Frau Dr. Spielmann.

Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD): Ich habe noch eine Frage. Die Krankenkassen haben ja lange an dem Maßnahmenkatalog in Umsetzung des § 20 gearbeitet. Sind Sie mit mir der Meinung, dass das, was dabei jetzt herausgekommen ist, recht befriedigend ist? Es ist ja auch eine Verortung des Settingansatzes und ein erstes deutliches Signal für diesen wichtigen Ansatz.

Vorsitzende: Dann sind wir noch in der letzten Runde. Frau Fischbach hat noch eine Frage.

Abg. Ingrid Fischbach (CDU/CSU): An Herrn Dr. Danner. Sie haben ja auch die besondere Bedeutung der behinderten Kinder angesprochen. Ich habe gelesen, es gibt noch ein paar Probleme bei der Umsetzung des SGB IX, Kostenübernahme und dergleichen. Wie würden Sie die Umsetzung des SGB IX im Bereich Früherkennung, Frühförderung bewerten? Wo sind da Knackpunkte, die wir unbedingt auf politischer Ebene noch ändern sollten?

Dann an Herrn Dr. Goldschmidt und Herrn Ehrmann noch einmal eine Frage zu gebündelten Präventionsmaßnahmen. Ich spreche mich immer sehr für Bündelungen aus, weil ich denke, es muss nicht jeder das Gleiche machen. Wenn man bündeln kann, kann man viel mehr erreichen. Nicht nur Kosten sparen, sondern auch effektiver im Sinne der Kinder und Jugendlichen arbeiten. Welche Bedeutung kommt Ihrer Meinung nach solchen gebündelten Maßnahmen zu? Was müsste institutionell noch getan werden, und welche Träger müssten Ihrer Meinung nach da noch mit einbezogen werden? Ich denke so an Schule, ÖGD, Kinderärzte, was könnte man da machen?

Vorsitzende: Weil ich als Vorsitzende ebenfalls Mitglied der Kinderkommission bin, habe ich natürlich auch noch einige Fragen. Herr Dr. Bräter, Sie haben erwähnt, die Abgrenzung zwischen Rehabilitation und Prävention würde häufig an den Begrifflichkeiten scheitern. Meine Frage ist, lässt sich das denn wirklich klar trennen? Ist es denn möglich, das so klar zu trennen, dass man das wirklich in zwei Häusern stattfinden lassen kann? Mein laienhafter Verstand sagt mir, Sie haben ein fettleibiges Kind, haben ihm ordentlich zugesetzt, und es hat Gewicht verloren. Jetzt muss es noch lernen, in Zukunft, präventiv, Verhaltensänderungen und so weiter zu erlernen. Heißt das, es müsste eigentlich das Haus verlassen, wo der Zustand eines scheinbar gesunden Körpers erreicht ist, damit es in Zukunft nicht mehr fettleibig wird? Oder, wenn Sie es so klar trennen wollen, würde das nicht dem Ziel widersprechen, das wir mit dem SGB IX verfolgt haben? Dass ein Betroffener nämlich den Leistungen, die ihm zustehen, weil er sie braucht, nicht nachrennen muss, bis er alle beieinander hat? Egal ist, wer sie erbringt, nur dass er sie gut erbringt und dass er sie zielführend erbringt. Würde das dem nicht zuwider laufen und zu einer größeren Zersplitterung führen?

Dann meine Frage an Dr. Stübing: Machen Sie eine Zielkontrolle, eine Ergebniskontrolle und damit auch eine Nachhaltigkeitskontrolle? Ich war am Montag in einer Rehaklinik in meinem Wahlkreis und da sagte mir der Chefarzt, sie machten das jetzt in einem Bereich. Sie hätten mit den Kassen verhandelt, die 70 Prozent der Kosten übernehmen. Wenn nach einem Jahr der Erfolg noch da ist, dann bekommt er die restlichen 30 Prozent überwiesen. Das haben sie miteinander ausgemacht. Vielleicht ist das nur ein erster Versuch, aber es ist immerhin toll, gerade in den Bereichen, wo

es auf Verhaltensänderungen ankommt. Zum Beispiel im Hinblick auf Gewichtsveränderungen; er bestellt alle jeden Monat einmal einen Tag ein, um die Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Das wäre eine Frage, die mich interessiert.

Und vielleicht auch an Herrn Dr. Goldschmidt: Was ich ebenfalls immer wieder feststelle ist, dass Kinder und Jugendliche in die Rehaeinrichtungen kommen und dort stellt man ganz etwas anderes fest, als ursprünglich diagnostiziert wurde. Das heißt, sie kommen mit irgendeiner Krankheit in die Einrichtung und verlassen sie mit einer ganz anderen. Ist es denn wirklich so schwierig, die Diagnosen so genau zu stellen, dass man auch weiß, was man eigentlich behandelt? Zumindest sagten mir Ärzte in Rehakliniken, es sei häufig so wie mit einer Schrotflinte; manchmal trifft man, manchmal trifft man nicht. Aber im Grunde ist es kein zielgenaues Arbeiten. Auch das ist eine Frage an Sie. Inwieweit könnte das verbessert werden oder was glauben Sie, woran es liegt, dass das so ungenau ist?

Nach der Beantwortung der Fragen machen wir eine Pause, auch wenn wir zeitlich ziemlich in Verzug sind. Aber ich denke, es war notwendig, dass wir nochmal nachfragen konnten.

Dr. Hanspeter Goldschmidt: Es gibt ja in der Zwischenzeit, und teilweise auch von Rentenversicherungsträgern finanziert, Nachsorgeprogramme, die über ein Jahr laufen. Also die LVA Hessen zum Beispiel zahlt ein Nachsorgeprogramm, wenn die Patienten, die wegen Adipositas gekommen sind, gut abgenommen haben. Dann kommen sie mit ihren Eltern jeden Monat einmal noch zu einer Art Nachsorge. Die sieht bei uns so aus, dass die Eltern eine Stunde beim Arzt und Psychologen haben und eine Stunde bei der Diätassistentin. Und die Kinder oder Jugendlichen haben eine Stunde bei der Adipositastrainerin oder derjenigen, die sich hauptsächlich damit befasst, und eine Stunde Sport. Wenn's klemmt, klemmt's nicht immer am Essen, sondern hauptsächlich am Sport. Das Ganze läuft fünf Monate lang und dann gibt es noch eine Nachkontrolle nach einem Jahr.

Das ist so ein Programm, das läuft. Außerdem wurde unter dem Verbund von sechs oder sieben Kliniken, einige sitzen ja auch am Tisch, eine Studie erstellt, ASRA-Studie genannt. Danach sollen speziell die Kinderärzte zu Hause mit einem relativ

aufwändigen Programm in das Nachsorgeprogramm einbezogen werden. Die Kinderärzte bekommen etwas dafür und die Kinder, wenn sie mitmachen, auch.

Also solche Versuche der Vernetzung sind jetzt im Gange, gerade was die Adipositas betrifft, was eigentlich unser dringendstes Problem ist. Sie haben zwar mit Recht gesagt, bei der Adipositas geht es nicht um die Gewichtsabnahme, es geht um eine Verhaltensänderung - Herr Stübing und alle, die am Tisch sitzen, werden es bestätigen. Aber es ist schon schwierig, das zu messen. Man kann natürlich sagen, wenn das Gewicht unten ist, ist auch eine Verhaltensänderung erreicht. Ich glaube nicht, dass das so stimmt. Denn eine ganze Reihe von Kindern und Jugendlichen schafft es erst zwei oder drei Jahre später, das Gewicht in die richtige Reihe zu bringen, wenn sie soweit sind, dass sie das, was sie gelernt haben, auch umsetzen können. Also die Verhaltensänderung ist das Entscheidende.

Die Frage nach den gebündelten Präventionsmaßnahmen: Ich habe hier ein Buch dabei von Harry Fuchs über „Prävention und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“. Er hat dort, was die Entwicklung von Prävention betrifft, sieben Thesen aufgestellt. Ich will jetzt nur die erste nennen: „Diskussion um Prävention ist bisher schwerpunktmäßig auf die Vermeidung von Störungen bzw. Krankheiten im medizinischen bzw. gesundheitlichen Sinne konzentriert. Prävention muss jedoch nicht nur auf die Vermeidung von Gesundheitsstörungen, sondern darüber hinaus auch auf die Vermeidung von Störungen der Aktivitäten und der Integration im Sinne des ICF der WHO ausgerichtet sein.“ Es geht nicht darum, dass die Jugendliche nur abnimmt. Es geht darum, dass sie hinterher eine Lehrstelle bekommt. Und die bekommt sie eben nicht, wenn Wettbewerb da ist. Wenn fünf Friseurinnen da sind, wird die Dicke nicht genommen. Das ist nur ein Beispiel. Der Rehabilitationsgrund ist eben nicht nur rein gesundheitlich, sondern wir müssen sie soweit befähigen, dass sie in der Lage sind, teilzuhaben. Teilhaben heißt Lehre, heißt Schule, heißt Beruf. Also hier müssen wir umdenken und das fängt natürlich sehr viel früher an.

Sie haben vorhin gefragt, ob es denn so schwierig ist, es kommt manchmal Mischmasch oder eine ganz andere Diagnose heraus. Vom Gesetz her wäre es eigentlich so, dass der Rehabilitationsbedarf und die Diagnostik vor der Rehabilitationsmaßnahme abgeklärt sein müssten. Das könnte man eigentlich verlangen. Denn jeder

Doktor, jede Krankenkasse, jeder Rentenversicherungsträger, jeder Medizinische Dienst, der jemanden zur Rehabilitation schickt, muss eigentlich sagen, was er will und darf es nicht erst uns überlassen, die Dinge herauszufinden. Manche stellen allerdings Diagnosen auf, die nicht nachzuvollziehen sind. Der Medizinische Dienst, ich will ihn nicht schlecht machen, kann nur so gut sein, wie die Aktenlage ist, und er muss nach Aktenlage entscheiden. Da würde ich auch vieles ablehnen, weil ich damit nichts anfangen kann. Er hat keine Zeit, eine Untersuchung zu machen.

Das wäre ein ganz wichtiger Punkt, dass man vorstationär die gesamte Abklärung sauber macht, sich vorstationär klar darüber ist, was will man eigentlich durch die RehaMaßnahme erreichen. Das fehlt bisher sehr stark. Dazu müssen wir unsere Kollegen oder auch den Medizinischen Dienst bringen. Der hätte an und für sich gute Unterlagen, aber ist personell so nicht ausgestattet. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist stellenmäßig so geschrumpft, dass er in einzelnen Bundesländern nicht mehr in der Lage ist, seine Schuluntersuchungen, die über die Einschulungsuntersuchungen hinausgehen, überhaupt durchzuführen. Es finden in vielen Bundesländern keine Untersuchungen in der vierten Klasse mehr statt und geschweige denn später. Da wäre eine große Einflussmöglichkeit, aber das ist etwas, was von der Finanzierung her sehr stark schrumpft.

In der Lage, es zu machen, alles was dazu gehört, wären die sozialpädiatrischen Zentren. Die sozialpädiatrischen Zentren haben aber teilweise eine Wartezeit von einem halben Jahr oder noch länger. Und in Berlin zum Beispiel, müssen, glaube ich, neun oder wie viele wahrscheinlich aufgrund der veränderten Situation schließen. Also, hier wäre schon einiges möglich. Aber nur, wenn man sich zusammensetzt, und zwar sowohl mit der Kostenträgerseite als auch mit der anderen Seite. Wäre die Vernetzung vorher schon zu erledigen, dann wären auch die Endergebnisse, glaube ich, besser.

Vorsitzende: Herr Dr. Danner, an Sie waren noch Fragen gestellt.

Dr. Martin Danner: Frau Kühn-Mengel ich bin Ihnen sehr dankbar für Ihre Anmerkungen, ihren Kommentar zur Prävention. Meines Erachtens ist es ganz wichtig zu sehen, dass Prävention nicht nur innerhalb der Rehabilitationseinrichtung ein Thema

ist, sondern ein ganz grundlegender Ansatz im Gesundheitssystem. Deshalb ist es ja gerade so wichtig, dass wir so etwas haben wie das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung, um alle Akteure, die in diesem Gesundheitswesen mit Prävention zu tun haben, zusammen zu bringen, so dass dann problemorientiert Lösungen für Präventionsprogramme, insbesondere auch für Programme für Kinder und Jugendliche entwickelt werden. Insofern ist es ganz wichtig, schon in der Schule anzusetzen, beispielsweise im Schulunterricht ärztliche Kompetenz mit einzubinden. Das funktioniert nur, wenn auch die Länder mit am Tisch sitzen, die Kultusministerien involviert sind, wenn die Bundesärztekammer Vergütungsregelungen et cetera vorsieht, wenn der öffentliche Gesundheitsdienst einbezogen wird. Man muss natürlich auch sehen, dass Präventionsprogramme immer auf lokaler Ebene am wirkungsvollsten sind und nicht am grünen Tisch hier auf Bundesebene. Deshalb ist es wichtig, die Akteure zusammen zu bringen.

Ein ganz wichtiger Punkt ist natürlich, dass der öffentliche Gesundheitsdienst im lokalen Geschehen überhaupt erst einmal in Erscheinung treten muss, damit die Prävention auch besser an die Menschen, insbesondere an Kinder und Jugendliche herangetragen werden kann. Aus diesem Grunde befürworten wir es, dass beim Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung und auch bei gesundheitsziele.de Schwerpunktsetzungen gerade in diesem Bereich erfolgen. Es wäre nur wünschenswert, dass diese Ansätze erst einmal kombiniert und dann auch umgesetzt werden. Ich habe mich lange genug damit beschäftigt. Es wurden auch ganz kluge Dinge gesagt. Ich hoffe nur, dass die nicht in der Schublade verschwinden, sondern dann auch wirklich von den Akteuren aufgegriffen werden.

Also das ist eines der Umsetzungsprobleme, mit denen wir zu tun haben. In diesem Kontext ist es auch zu sehen, Sie haben es ja angesprochen, dass die gesetzlichen Krankenkassen sich jetzt auf den Settingansatz berufen haben. Das ist sicherlich zu begrüßen. Auch da ist wieder zu hoffen, dass die Umsetzung dann auch nachhaltig und tatsächlich stattfindet, dass es nicht nur plakativ eine Aktion ist, um unter Wettbewerbsgesichtspunkten Punkte zu machen. Ein weiterer Punkt ist natürlich auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder die Bundesvereinigung für Gesundheit, weil damit ja auch immer ein Kampagnencharakter verbunden sein muss,

um weite Teile der Öffentlichkeit zu erreichen. Sie sehen schon, das ist ein sehr weites Feld.

Ganz wichtig, das wurde ja auch von den anderen Experten schon angesprochen, ist die Begriffsarbeit, die gemacht werden muss. Da ist es sicherlich sinnvoll, das Präventionsgesetz anzugehen, wie es ja auch schon diskutiert wird, um eine Klärung herbei zu führen, was denn Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention ist. Vor allem die spannende Frage, ob es einen Unterschied zwischen Rehabilitation im herkömmlichen Sinne und Tertiärprävention gibt. Es gibt durchaus unterschiedliche Ansätze für Rehabilitation nach dem jetzigen Gesetz. Also, die Rentenversicherungsträger haben die Erwerbsfähigkeit als Zielpunkt und die Krankenkassen haben einen allgemeineren, gesundheitsbezogenen Zielpunkt beziehungsweise die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit. Und all diese Dinge sind begrifflich nur schwer zu fassen. Wenn man das angeht, wird das gesamte Regelungsgefüge der Sozialgesetzbücher tangiert. Und das hätte natürlich auch wieder Auswirkungen auf die Umsetzung im Einzelfall, auf die Art und Weise, wie Anträge genehmigt werden. Da muss man sehr vorsichtig vorgehen. Aber wir halten es für wichtig, damit da Transparenz geschaffen wird.

Dann hatte mich Frau Dr. Spielmann zur Nachhaltigkeit gefragt. Ich hatte ja schon gesagt, dass hier aus unserer Sicht natürlich die Selbsthilfeorganisationen eine wichtige Rolle spielen, weil die Kinder da eingebunden sind. Sie kommen immer wieder in Kontakt mit der Problematik und mit möglichen Lösungsansätzen, so dass nicht das Ganze wieder in Vergessenheit gerät, wenn die RehaMaßnahme zu Ende ist. Ein wichtiger Punkt sind auch Patientenschulungen, die sich wiederholen, weil allein schon durch dieses Wiederholen die Nachhaltigkeit gestärkt wird, aber auch, weil dann sogenannte Peer Groups entstehen. Wenn man die anderen Kinder wieder sieht und sich auch schon angefreundet hat, dann ist das ein soziales Netz, das durchaus geeignet ist, nachhaltige Effekte zu erzielen. Ein weiterer Punkt, den möchte ich noch ansprechen, ist natürlich der Hausarzt, der wohlgerne bei chronisch Kranken und Behinderten in der Regel der Facharzt ist für die jeweilige Behinderung beziehungsweise Erkrankung.

Letzter Punkt: Frau Fischbach, Sie hatten zur Frühförderung gefragt. Da ist im Augenblick die Sache beim Bundesrat. Da war irgend eine Unterarbeitsgruppensitzung,

da bin ich natürlich nicht involviert. Deshalb kann ich nicht sagen, wo da jetzt noch die Knackpunkte sind. Ja, ja, genau, zur Rechtsverordnung. Da wird die Ausgestaltung der Rechtsverordnung diskutiert. Ich hatte ja unlängst Gelegenheit, auch hier bei der Kinderkommission schon Punkte anzusprechen. Eine wichtige Frage aus Sicht der Betroffenen ist natürlich, dass es immer problematisch sein wird, wenn man nur Kostenkorridore für Krankenkassen und Sozialleistungsträger angibt. Dann taucht im Einzelfall immer das Problem auf, dass der Betroffene sehen muss, wie er eine Hundert-Prozent-Finanzierung überhaupt hinbekommt. Da muss in Unterarbeitsgruppen oder wie auch immer eine Lösung gefunden werden, weil sonst die Betroffenen auf der Strecke bleiben.

Ein wichtiger Punkt, der gar nicht so in den Diskussionen steht, ist auch, dass ein klares Raster fehlt, wann Leistungen reine medizinische Leistungen sind und wann Komplexleistungen zu erbringen sind. Also, das ist ein Punkt, der in der Praxis ganz große Probleme aufwirft, und der war bislang ebenso wenig im Fokus der Diskussion wie die Einbindung der Selbsthilfeorganisationen. Wenn Sie zum Beispiel kleinwüchsige Kinder haben, dann haben natürlich sozialpädiatrische Zentren oder auch sonstige Einrichtungen gar nicht das spezifische Know-how für diese Behinderungsform. Aber auf dieses Know-how muss zurückgegriffen werden, gerade bei der Erstberatung und auch im weiteren Verlauf. Diese Dinge sind im Entwurf für die Rechtsverordnung noch nicht geklärt. Wir hoffen, dass dabei doch noch etwas Gutes herauskommt.

Vorsitzende: Vielen Dank. Herr Ehrmann bitte.

Georg Ehrmann: Frau Fischbach, zu Ihrer Frage nach der Bündelung der Präventionsmaßnahmen: Die Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist klar angesprochen worden. Ich möchte noch einen Schritt weiter gehen und als Beispiel das Problem der Impfmüdigkeit bringen. Wir haben das Problem, dass Infektionskrankheiten, die vielfach nur als Kinderkrankheiten bezeichnet und von einigen auch so wahrgenommen werden, eben keine Kinderkrankheiten sind, sondern gefährliche Infektionskrankheiten. Da hatten wir ja im letzten Jahr bei der Anhörung zusammen gesessen und darüber diskutiert, wie man diesem Phänomen begegnen kann. Es gibt ja sogar unverantwortliche Pädiater, die Masernpartys organisieren, damit sich

die Kinder infizieren. Auch das gibt es, das ist die Gegenbewegung. Ich möchte auf einen alten Begriff zurückkommen, der überhaupt nicht negativ besetzt ist, aber anscheinend nicht mehr so wahrgenommen wird. Das ist der Begriff der Volksgesundheit und dazu gehört ja auch die Gesundheit der Kinder. Man muss darüber nachdenken und eine gesellschaftliche Debatte anstoßen, wie gegebenenfalls auch mit repressiven Maßnahmen reagiert werden kann. Man kann zum Beispiel über einen Impfzwang nachdenken, dass nämlich die Jahrgänge in den Schulen und Kitas einfach durchgeimpft werden. Das sind Dinge, die man zumindest einmal gesellschaftlich diskutieren muss. Wir haben im Bereich der Zahnhygiene einen riesigen Fortschritt geschafft, das ist in den Kitas mittlerweile eine Selbstverständlichkeit, das war früher nicht so. Ich wünsche mir auch hinsichtlich der Ausbildungsstandards für Pädagogen, dass die Problematik Gesundheitserziehung, Ernährungswissenschaften in die Ausbildung einen Eingang findet, denn wir erreichen die Kinder und Jugendlichen in den Kitas, in den Schulen. Wir kommen an den gesellschaftlichen Realitäten ja nicht vorbei, die Kinder werden immer mehr Zeit in Kitas und Schulen verbringen und weniger in den Familien, und dadurch werden auch die Einflussgrößen deutlicher. Da muss angesetzt werden und dafür brauchen die Pädagogen natürlich auch die Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Und deswegen die Forderung, dass da mehr getan werden muss. Das auch konkret zu der Frage, was wir uns für das Präventionsgesetz wünschen. Wenn wir das hinkriegen, sind wir einen riesigen Schritt weiter.

Zu der provokanten Frage: Natürlich habe ich nicht den Stein der Weisen für die gesamtgesellschaftlichen Defizite unserer Zeit. Wir wären aber schon einen Riesenschritt weiter, wenn wir das umsetzen könnten, was wir schon wissen. 40 Prozent unserer Kinder liegen nicht in Kinderkliniken, sie liegen in Erwachsenenkliniken. Das haben die Sozialminister 1997 festgestellt und einstimmig beschlossen, da Abhilfe zu leisten. In dem Bundestagsbeschluss, der sich jetzt jährt, ist das noch einmal wörtlich aufgegriffen worden. Warum wird denn nicht einfach festgelegt, dass eine Belegung eines Kindes in einer Erwachseneneneinrichtung eine Fehlbelegung ist? Damit wäre das Thema vom Tisch. Keiner kommt auf die Idee, einen geriatrischen Patienten in eine Kinderklinik zu legen. Aber das sind Dinge, die kennen wir. Morgen findet der bundesweite Tag zur Kindersicherheit statt. Wir wissen, dass unsere Kinder durch die Wasserhähne schwerste Brandverletzungen bekommen können. Warum kriegen

wir es nicht hin, wie in anderen Ländern Standards zu setzen, dass das Wasser mit nicht mehr als 60 Grad aus dem Wasserhahn rauskommt? Das sind Kleinigkeiten und Einzelbeispiele. Ich möchte damit nur sagen, ich wünsche mir, dass die Politik die Dinge, die an sie herangetragen werden, die bekannt sind, auch mit der entsprechenden Geschwindigkeit umsetzt. Wie viele Kinder mussten an den Kordeln ersticken? Es ist nur über eine freiwillige Selbstverpflichtung hinzukriegen. Warum erkennen wir nicht, dass Kinder unser höchstes Gut sind, unser Kapital und unsere Zukunft, und da kann man auch repressiv handeln. Das können wir, genau wie wir es zu Recht auch im Umweltschutz machen. Diese Debatte wünsche ich mir für den Kinderbereich. Wenn der Kinderschutz den gleichen Stellenwert hätte wie der Umweltschutz, dann wären wir riesig weiter. Da hätten wir keine Kinderkommission, dann hätten wir einen Kinderausschuss, dann hätten wir ganz andere Möglichkeiten. Die Umwelt erhalten wir für unsere Kinder, und da wird teilweise sehr stark repressiv gearbeitet. Vielleicht können wir so etwas ein kleines bisschen auch im Kinderbereich schaffen.

Vorsitzende: Ein massives Plädoyer für die Kinder. Herr Dr. Bräter bitte.

Dr. Eberhard Bräter: Ich möchte ganz kurz Frau Kühn-Mengel noch etwas zur Prävention sagen. Es ist ja immer wieder ganz erstaunlich, was es so alles gibt an Präventionsmaßnahmen und guten Ansätzen. Warum sie so verhallen oder nicht genutzt werden, nicht wahrgenommen werden, ist nicht recht nachvollziehbar. Ich denke, wir haben viele Möglichkeiten, die beispielhaft sind, aber wir setzen sie einfach nicht durch. Wir denken mal an das Rauchen. Als die Amerikaner in den Kneipen das Rauchen verboten haben, da gab es sicher viel Theater. Wir reden von Gesundheitserziehung, und an allen Schulen stehen die Lehrer irgendwo und rauchen, auch in den Kliniken. Ich habe es meinem Verwaltungsleiter abgewöhnt, der raucht nicht mehr. Er war der Einzige, der sich erdreistet hat, in seinem Büro zu rauchen und wenn man dort raus kam, stank man. Das ist eine Leistung, denke ich – Beifall! So muss man einfach an bestimmte Dinge herangehen. Man darf nicht müde werden, solche Dinge auch zu provozieren. Das ist ein gesellschaftliches Anliegen.

Frau Rupprecht, Ihre Trennung ist natürlich nicht vollziehbar. Das ist ein Idealzustand, der klappt nicht. Aber ich denke, wenn Leitlinien gepaart mit einem bestimm-

ten Fachwissen bei bestimmten Leuten angewandt werden, kommen immer weniger Fehlerleistungen zustande. Es wird, wie Herr Goldschmidt gesagt hat, einfach drauflos irgend etwas auf so einen Antrag geschrieben, nur weil man weiß, wie schwer sich Medizinische Dienste eventuell tun bei dieser und jener Diagnose. Und dann steht in einer solchen Unterlage eine Diagnose, die, sage ich mal, dazu führt, dass der später unter Umständen keine private Krankenversicherung bekommt und ähnliches. Ich habe jetzt einen Rechtsstreit am Hals, weil ein Arzt einer Frau in einem Antrag einen psychovegetativen Erschöpfungszustand attestiert hat, der tatsächlich bestand. Wir haben das auch über eine Rentenversicherung so deklariert. Die Frau wollte sich jetzt privat versichern und kriegt das nicht. Sie verklagt die Klinik, sie hätten ihr eine psychiatrische Diagnose angehängt, die ihr Leben verpfuscht hat. Da stehen Sie da. Und ich denke, das sind viele interessante Aspekte, die da zu bedenken sind. Aber ich glaube eben auch, dass es durch eine Kompetenzvermehrung weniger solcher Fehleinweisungen geben würde. Das, was Herr Jäcker angesprochen hat, ist ja so ein Thema. Wir haben zum Beispiel im Mutter-Kind-Bereich in der Hochschule Hannover klare Schwerpunktindikationen definiert, was bei Müttern gemacht wird. Da sagt man, das ist das Behandlungsziel und etwas anderes wird da nicht gemacht. Und das Gleiche haben wir auch für Kinder angefangen. Das, denke ich, sind solche Klärungsprozesse.

Vorsitzende: Herr Dr. Stübing, sind Sie einverstanden mit 70 Prozent Bezahlung?

Dr. Kurt Stübing: 70 Prozent Bezahlung, das war Ihre Frage. Es geht um die Frage der Nachhaltigkeit. In den letzten fünf Jahren sind sehr viele Publikationen über die Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter erschienen. Es wurde zumindest nachgewiesen, dass die Interventionen, die in dieser Zeit gemacht wurden, auch wirksam waren. Das ist ja schon mal etwas Wichtiges. Für die Zeit von einem bis fünf Jahren nach der Rehabehandlung gibt es auch eine Reihe von Publikationen, die nicht nur allein von den Rehakliniken gemacht wurden, sondern auch von unabhängigen Institutionen. Auch hier wurde gezeigt, dass zumindest bei einem großen Prozentsatz die Wirksamkeit weiter nachweisbar ist. Wir hatten zum Beispiel bei übergewichtigen Kindern 80 Kinder vor und direkt nach der Rehabilitation untersucht und dann ein Jahr danach zu Hause besucht. Es ist sehr, sehr aufwändig. Sie können sich ja nicht auf Fragebogen stützen, weil Sie keine richtigen Antworten bekommen. Sie müssen

also die Kinder zu Hause besuchen, nachmessen, Verhaltensbeobachtungen machen und Fragebögen im Interview beantworten. Immerhin konnten nach diesem einem Jahr noch 48 Prozent positive Verhaltensänderungen im Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten nachweisen. Gut - 52 Prozent nicht mehr, das muss man auch zugeben. Aber das ist in anderen Gesundheits- oder biologischen Systemen auch nicht unbedingt anders.

Noch einmal zu Ihrer Frage der Prävention bei übergewichtigen Kindern: Das Ziel ist heutzutage nicht mehr, einem übergewichtigen Kind irgendwelche Kilogramm runter zu trainieren, denn man weiß ganz genau, dass nach ganz kurzer Zeit diese wieder oben sind. Das erste Ziel ist, eine Verhaltensänderung durch Lernen, Üben, Umsetzen und Durchführen herbeizuführen. Ob dann hinterher auch ein vermindertes Gewicht herauskommt, das ist sehr zu hoffen. Aber zunächst kommt es auf das Ess-, Bewegungs- und Ernährungsverhalten an und auch auf eine Stärkung des gesamten psychosozialen Bereichs. Gerade diese Kinder sind in ihrem Selbstbewusstsein sehr, sehr stark vermindert, haben unheimliche Nachteile in der Schule, im späteren Berufsleben. Wer möchte denn dicke, übergewichtige Jugendliche anstellen, ihnen eine Lehrstelle geben. Es ist eine wahnsinnige Katastrophe, die eigentlich unterschätzt wird. Also, es kommt darauf an, eine Verhaltensänderung herbeizuführen, nicht nur einfach die Kilos abzutrainieren, wie wir es früher gedacht haben. Wenn wir das anstreben, dann haben wir auch eine Nachhaltigkeit. Das zu diesem Punkt.

Zum Abschluss noch einmal kurz zur Prävention: Es tut sich etwas auf diesem Gebiet der Adipositas, der adipösen Kinder und Jugendlichen. Es werden Programme vom Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft durchgeführt, wie zum Beispiel jetzt im Juli der Kongress Kind und Ernährung. Es werden über die Institutionen aid und Deutsche Gesellschaft für Ernährung Broschüren herausgegeben und auch Konzepte zu Schulung und Training. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat zum Beispiel morgen ein Fachgespräch über präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche - eine Konsensusfindung. Also ich finde, der Prozess ist in Bewegung geraten.

Vorsitzende: Herr Jäcker.

Hans Jäcker: Es ist fast alles gesagt worden. Vielleicht noch etwas zur Nachhaltigkeit, Frau Dr. Spielmann. Ich habe in meinem Statement bei der Stellungnahme zu Frage 9 versucht, Aussagen zur Nachhaltigkeit zu treffen, so wie viele Einrichtungen auch für sich selbst Nachhaltigkeitsprüfungen durchgeführt haben. Also, ich will es nur mal ganz kurz erwähnen. Bei den Kindern waren 45,6 Prozent nach der Reha-Maßnahme weniger krank, gemessen an Ausfalltagen in der Schule. 21,6 Prozent zeigten Verbesserungen sogar bei chronischen Erkrankungen - Verbesserungen, nicht unbedingt Abheilungen. 40 Prozent fühlten sich psychisch stärker und gefestigt, das Selbstwertgefühl wurde erhöht. 51,3 Prozent zeigten Verbesserungen des allgemeinen Gesundheitszustandes, was das auch immer sein mag. 29 Prozent hatten keine Arztbesuche im Gegensatz zu früher, das war messbar. Wir haben festgestellt, wie oft die Kinder vor der Maßnahme Ärzte aufgesucht haben und 29 Prozent von diesen Kindern hatten hinterher keinen einzigen Arztbesuch innerhalb des letzten halben Jahres. 46 Prozent verbrauchten weniger Medikamente als vorher und 42 Prozent zeigten ein besseres Sozialverhalten gegenüber den Eltern, der Mutter und überhaupt der Familie und dem Gemeinschaftsleben insgesamt.³

Das sind eigene Messungen, und es wird ja auch durch den Forschungsverbund und durch Herrn Dr. Jäcker und Professor Jäckel nachgewiesen, dass diese Maßnahmen von außerordentlicher Nachhaltigkeit sind. Nicht nur bei den Müttern, da haben wir schon ziemlich genaue Daten. Bei den Kindern, Herr Dr. Bräter, sind wir am Anfang dieser Untersuchungen. Aber ich denke, das, was für die Mütter gilt und was für jedermann gilt, gilt mit Sicherheit auch für die Kinder. Ich möchte bei der Gelegenheit sagen, dass das Wichtigste an einer dreiwöchigen Maßnahme - wir machen ja nur Drei-Wochen-Maßnahmen - die Belehrung der Kinder ist. Man muss sie mit einer Art Gesundheitsmanagement versehen, das heißt, sie lernen, mit ihrer Krankheit besser umzugehen. Das gilt nicht nur für Adipöse, das gilt eigentlich für jedes Krankheitsbild, das die Kinder aufweisen. Wir können in drei Wochen keine totale Umstellung erwarten, aber die Nachhaltigkeit zeigt sich nur dann, wenn wir die Kinder belehrt haben. Dazu gehören nicht nur die Ärzte, dazu gehören auch die Pädagogen. Ich will Ihnen ein Beispiel aus meiner eigenen Vergangenheit nennen. Ich war vor 20 Jahren noch Lehrer, Latein und Sport. Ich habe für mich ganz allein mit Einwilligung des Di-

³ Herr Jäcker bezieht sich auf Seite 15 seines Statements in Kommissionsdrucksache 15/026 f.

rektors ein bis zwei Stunden umfunktioniert in Unterrichtung für gesunde Lebensführung. Sie glauben gar nicht, von der zehnten bis hinunter in die fünfte und selbst die elfte und die zwölfte Klasse waren begierig, etwas über Krankheitsbilder zu hören und über gesundes Verhalten. Ich halte es für unabdingbar, dass im Vorfeld Schulen, Kindergärten und all diejenigen, die sich mit Kindern beschäftigen, im weitesten Sinne Curricula entwickeln, in denen man den Kindern vorstellt, was gesunde Lebensführung ist. Das fängt an bei Ernährung, Bewegung, Nikotin, Alkohol, bei all diesen Dingen, die da eine Rolle spielen. Das dazu.

Zu den Fehleinweisungen möchte ich folgendes sagen: Diese Fehleinweisungen haben verschiedene Ursachen. Sie liegen einmal darin, dass der MDK wie gesagt nach Aktenlage entscheidet. Oft steht in den Anträgen, die dort vorliegen - wir sehen diese Bewilligungsakten ja auch vor Ort - so gut wie nichts drin. Wenn ich jetzt Begutachter wäre, könnte ich mir auch nicht vorstellen, was mit dem Kind ist und was mit der Mutter ist. Genügen hier ambulante Maßnahmen oder muss das schon stationär gemacht werden. Ich denke, es ist eine ganz wichtige Sache, dass wir die Mütter aufklären, dass wir das Leistungsgeschehen transparent machen, dass wir die Diagnosen sicher machen. Wann ist eine Mutter-Kind-Maßnahme und wann ist eine Kinder- und Jugendrehabilitation erforderlich. Dass wir da klare, einheitliche, bundesweit geltende Bewertungsmaßstäbe entwickeln. Das muss über den MDK passieren, gemeinsam mit den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern, damit solche Fehleinweisungen vermieden werden. Ich möchte mal etwas Provokatorisches sagen: Mir erzählen Frauen, dass die Diagnosen in den Bewilligungen sowieso nicht stimmen. Da steht etwas drin von häufigen Lungenentzündungen und von schweren Bandscheibenvorfällen. Die Frauen sagen, das habe ich überhaupt nicht. Ich weiß aber beziehungsweise die Krankenkasse wusste, dass der dort tätige MDK ganz besonders Wert auf diese Dinge legt, sonst bekomme ich keine Kur. Das heißt, es wird hier wirklich mit unglaublichen Mitteln versucht, völlig realitätsfremd, irgendwelche Maßnahmen zu erzwingen, deren Ursachen in einem ganz anderen Feld liegen. Das hängt aber damit zusammen, dass das biopsychosoziale Krankheitsmodell einfach noch nicht realisiert wird, weil viele Ärzte auch im MDK immer noch nach diesem alten Modell ihre Maßnahmen bewilligen und zu wenig das familiäre Umfeld berücksichtigen, aus dem die Kinder tatsächlich kommen und auch die Mütter. Das also vielleicht zu dem Thema und damit möchte ich auch schließen. Danke.

Vorsitzende: Vielen Dank Herr Jäcker. Wir sind zwar in Verzug, aber ich nehme nicht an, dass Sie jetzt alle davonlaufen, sondern dass wir diese Pause nutzen. Ich möchte gern den anwesenden Gästen die Möglichkeit geben, jetzt im nicht offiziellen Teil, das ist die Pause, mit uns ins Gespräch zu kommen. Wir konnten Sie ja aus Kostengründen nicht alle als Experten einladen. Deshalb gebe ich jetzt die Gelegenheit zum Wortmelden, zum Zwischenfragen, zum eventuellen Dialog. Bitte.

Alwin Baumann, Fachklinik in Wangen: Ich möchte ganz kurz drei Punkte ansprechen. Zum Einen: Über fünfzig Prozent der Maßnahmen, die beim Rentenversicherungsträger für Kinder und Jugendliche beantragt wurden, wurden abgelehnt. Das zeigt doch ganz einfach, dass es hier hinten und vorne in diesem System nicht stimmt. Man muss doch nicht glauben, dass die Eltern, Ärzte, der Medizinische Dienst, dass die alle nicht lesen könnten. Also muss das System offensichtlich falsch sein. Was dringend notwendig ist, sind einheitliche Anträge unabhängig von Kassenart, Rentenversicherung und so weiter, damit von vornherein der Boden richtig gefasst wird, und es muss eine klare Aussage geben, wer welche Leistung von wem bekommt. Das ist der eine Punkt.

Der zweite Punkt: Die Krankenkassen haben uns geschrieben, im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen existieren keine Statistiken über die Zahl der stationären Reha-Maßnahmen für Kinder und Jugendliche. Wir beklagen das bestimmt schon seit zwanzig Jahren. Es kann doch nicht sein, dass die Krankenkassen keine Daten erheben. Wir brauchen dringend Daten über Anträge, durchgeführte Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und so weiter, damit alle in dem System damit arbeiten können.

Und drittens: Bitte denken Sie daran, dass Kinder und Jugendliche wirklich keine Erwachsenen sind und dass alles, was Sie machen, bei Kindern entsprechend anders sein muss. Wenn ich an die Disease-Managementprogramme, DMP, denke, dann ist es dringend notwendig, bei den einzelnen Indikationen die Dinge bei Kindern anders zu fassen als bei Erwachsenen, zum Beispiel bei Asthma bronchiale, was ohnehin eine der größten Indikationsgruppen im Kinderbereich ist. Danke.

Vorsitzende: Dankeschön, Herr Baumann.

Wolfgang Niemeyer, Arbeitsgemeinschaft Kinderrehabilitation: Mein großes Anliegen wäre: Wir haben nur in den Ländern Hessen, Nordrhein-Westfalen, dem Freistaat Bayern und Baden-Württemberg entsprechende Schulgesetze. In den Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche, dort sind die Kinder zwischen vier und sechs Wochen und auch länger, haben wir in den anderen Bundesländern keine eigenen Schulen. Das heißt, es gibt nur einen unterstützenden Unterricht. Hier wäre eine bundeseinheitliche Regelung sehr anzustreben, weil sehr häufig Ängste der Eltern vorhanden sind. Natürlich ist das auch manchmal übertrieben, aber wenn wir dort bundeseinheitliche Regelungen hätten und wir hätten an den entsprechenden Rehabilitationskliniken Schulen, dann könnten wir den Eltern die Angst nehmen, dass ihr Kind in einer Rehabilitationsmaßnahme etwas versäumt.

Vorsitzende: Dankeschön. Keine weiteren Wortmeldungen. Dann läute ich die Endrunde ein, wenn niemand mehr von den Gästen eine Frage hat. Falls die Experten uns noch zum Schluss etwas über ihre Statements hinaus mit auf dem Weg geben wollen, was sie sich wünschen, dann bitte ich Sie, das jetzt noch ganz kurz vorzutragen. Dann sind wir fast exakt im Zeitplan.

Dr. Eberhard Bräter: Ich würde mir wünschen, dass wir im Gespräch bleiben.

Vorsitzende: Machen wir sofort. Herr Dr. Goldschmidt.

Dr. Hanspeter Goldschmidt: Ich habe auch eine Frage. Was wird daraus? Wir sind jetzt hier gewesen. Sie haben mich angehört, wir haben unsere Statements abgegeben, und dann?

Vorsitzende: Sie sehen, es sitzen Kolleginnen aus dem Gesundheitsausschuss da, die dafür zuständig sind. Und wenn Sie die Reihen hinten etwas anschauen, dann sehen Sie, sitzen auch die Ministerien da. Und meine Kolleginnen und mein Kollege aus dem Ausschuss Familie, Senioren, Frauen und Jugend und ich, wir werden sicherlich während der Gesundheitsreformdebatte unsere Erkenntnisse mit in unsere Fraktionen einbringen. Frau Fischbach.

Abg. Ingrid Fischbach (CDU/CSU): Frau Vorsitzende, Sie wissen genau, das war das Stichwort für mich. Das ist eine Steilvorlage, die ich nutzen muss. Wenn die Kinderkommission des Deutschen Bundestages jetzt ein eigenes Antragsrecht hätte, wäre das natürlich ganz einfach, hier die Ergebnisse dieser Expertenanhörung zusammenzufassen, in einen Antrag zu packen und in die Beratung zu geben. Das haben wir nicht, das ist in der letzten Legislaturperiode angegangen und dann auf Eis gelegt worden. Aber wir werden es wieder angehen. Die Möglichkeiten über die Fraktionen sind ja da. Aber ich denke, es wäre wirklich einfacher, und wenn die Kinderkommission ein politisches Gewicht haben sollte, dann müsste sie ein eigenes Antragsrecht haben.

Abg. Klaus Haupt (FDP): Meine Kollegin Fischbach hat mir natürlich die Pointe gestohlen, aber genau das ist der Punkt. Da wir kein eigenes Antragsrecht haben, waren wir immer in der misslichen Situation, dass wir in der nächsten Sitzung überlegen mussten, wie gehen wir jetzt mit den gewonnenen Erkenntnissen um. Und dann blieben immer nur die zweit- und drittbesten Möglichkeiten. Die waren, dass wir mit Handlungsempfehlungen an das zuständige Ministerium oder an das zuständige Gremium oder an einen zuständigen Ausschuss herangegangen sind. Und jedesmal in solchen Momenten haben wir festgestellt, dass das die Schwierigkeit ist. Eine Kompetenzerweiterung der Kinderkommission mit einem eigenen Antragsrecht wäre der Sache der Kinder auf jeden Fall dienlicher. Aber ich kann Ihnen versichern, wir werden in der Kinderkommission in der nächsten Sitzung wirklich nachdenken, welche Dinge man parlamentarisch verfolgen sollte. Das werden wir ordentlich analysieren und der Vorschlag „dranbleiben und zusammenbleiben“ ist auf jeden Fall erst einmal eine wichtige Grundlage.

Dr. Kurt Stübing: Noch eine kleine Ergänzung, nämlich den Wunsch, dass man nicht nur dranbleibt, sondern dass man sich vielleicht ganz konkret in einem Jahr wieder zusammensetzt und wieder über die Ergebnisse spricht.

Vorsitzende: Ja Herr Dr. Stübing, auch bei uns gibt es Dissens. Ich halte vom eigenen Antragsrecht relativ wenig. Ich werde Ihnen auch sagen warum. Ich glaube, dass wir so ein breites Spektrum abzudecken haben, ob das Verkehrspolitik ist, morgen ist

der nationale Kindersicherheitstag. Wenn wir Vier dies alles fachlich qualifiziert abdecken wollten, dann bräuchten wir einen Mitarbeiterstab im Hintergrund, den wir einfach nicht haben. Aber was wir können und was wir wirklich gut können ist, all die Dinge aufzugreifen, die vielleicht nicht angenehm sind, oder bestimmte Schwerpunkte zu setzen. Das machen wir heute mit dieser Thematik und dass das Wellen schlägt, sieht man daran, dass die Ministerien vertreten sind und ganz große Ohren hatten. Sie mussten heute ganz ruhig sein und zuhören, aber sie nehmen das mit, was sie hier gehört haben. Ich darf Ihnen mitteilen, dass mir die Vertreterin des Ministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eben gesagt hat, alles, was Sie an Wünschen für ein Präventionsgesetz haben, mögen Sie ihr bitte schicken. Ich gebe Ihnen nachher gern die Adresse. Sie nimmt das sofort auf. Und da sitzen die beiden Kolleginnen aus dem Gesundheitsausschuss und da sitzen die Kolleginnen und Kollegen der anderen Fraktionen. Es sind alle vertreten. Ich denke, was wir machen müssen ist, darauf zu achten, dass bei der ganzen Diskussion Kinder und Jugendliche nicht hinten runter fallen, dass wir deren Aspekte im Gesetzgebungsverfahren berücksichtigen. Damit sind wir vier Leute eifrig beschäftigt. Das ist eine Aufgabe, der ich mich gern stelle. Manchmal ist es angenehm, wie heute nachmittag, mit vielen hier zu sitzen und das Thema vielleicht auch in die Öffentlichkeit zu tragen. Manchmal ist es weniger angenehm, wenn wir anecken, aber so ist das Leben auch hier. Ich danke Ihnen, dass Sie gekommen sind. Bitte Herr Jäcker, bevor ich dann schließe.

Hans Jäcker: Meine sehr verehrten Damen und Herren. Ich wünschte mir, dass die vielen Tausenden, die in unserem schweren Job tätig sind und für die wir hier stellvertretend anwesend sind, nämlich für die Kinder und Jugendlichen, dass sie das Gefühl haben, dass wir eine gute Sache vertreten und dass wir sehr engagiert sind. Ich wünschte mir weiter, dass Sie als Abgeordnete, die für die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen zuständig sind, genauestens darauf hinsehen, was demnächst die Krankenkassenvertreter infolge des neuen Gesetzes, § 111a, an Qualitätsprofilen entwickeln. Unser großes Problem ist es, dass wir immer auch mit Einrichtungen negativer Art konfrontiert werden, was die Reha insgesamt nach unten zieht. Ich denke, es ist unser gemeinsamer Auftrag, dass Rehabilitation eine nicht mehr wegzudenkende Säule in unserem Gesundheitssystem ist, und das gelingt uns

nur, wenn wir alle miteinander darauf achten, dass wir das mit hoher Qualität machen. Dankeschön.

Vorsitzende: Danke, Herr Jäcker. Auch darauf ganz kurz eine Antwort. Wir wissen um die Problematik. Frau Fischbach und ich haben noch ein Ehrenamt, das uns damit ab und zu konfrontiert und die beiden Kolleginnen wissen das ebenfalls. Wir begleiten das, denn wir haben ja, ich würde sagen, dieses Kind mit zur Welt gebracht. Wir begleiten es, dass es nicht irgendwo unterwegs verloren geht durch Verhandlungen oder Maßstäbe, die kein Mensch erfüllen kann. Aber auch, damit sich gerade in dem Bereich, den Sie vertreten, Qualität massiv ausbreitet und das nicht so eine Grauzone zwischen Wellness und Gesundheitsvorsorge wird. Darauf werden wir achten. Herr Ehrmann noch.

Georg Ehrmann: (Beitrag von Herrn Ehrmann im Tonbandmitschnitt leider nicht verständlich)

Vorsitzende: Vielleicht lassen sich einige Fragen noch nachher am Rande klären. Ich möchte mich herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie gekommen sind und uns so viele Fragen beantwortet haben. Ich danke auch meinen Kolleginnen, dass sie trotz engem Zeitplan heute mit dabei waren. Herzlichen Dank! Damit schließe ich die 8. Sitzung der Kinderkommission. Vielen Dank.

Ende der Sitzung: 17.05 Uhr

Marlene Rupprecht, MdB
Vorsitzende