

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

zu TOP 1 der 20. Sitzung

der Kommission zur Wahrnehmung
der Belange der Kinder

Mittwoch, 26. Januar 2011, 16.00 Uhr
Berlin, PLH (Paul-Löbe-Haus), Raum 2.200

Vorsitz: Abg. Marlene Rupprecht (SPD)

Öffentliche Anhörung
zum gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen
Themen: „Pädiater, Stationäre Versorgung, Kindgerechte Untersuchungs- und
Behandlungsgeräte“

*) redaktionell überarbeitete Tonaufzeichnung

Inhalt	Seite
Anwesenheitslisten	3
Liste der Sachverständigen	7
Sprechregister	8
Wortprotokoll	9

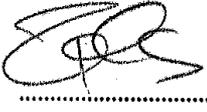
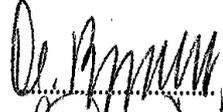
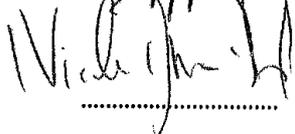
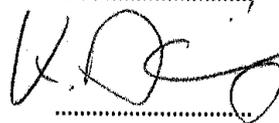


Sitzung des Ausschusses Nr. 13 (Kinderkommission)

Mittwoch, 26. Januar 2011, 16:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
CDU/CSU Pols, Eckhard		CDU/CSU Schön (St. Wendel), Nadine	.....
SPD Rupprecht (Tuchenbach), Marlene		SPD Özoguz, Aydan	.....
FDP Bracht-Bendt, Nicole		FDP Gruß, Miriam	.....
DIE LINKE. Golze, Diana	DIE LINKE. Wunderlich, Jörn	
BÜ90/GR Dörner, Katja		BÜ90/GR Deligöz, Ekin	.....

Dr. Terpe, Hasold 

Pas, Bärbel (SPD) 

Bunge, Martina (DIE LINKE) 

off

Kinderkommission (13)

Mittwoch, 26. Januar 2011, 16:00 Uhr

Fraktionsvorsitzende:

Vertreter:

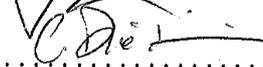
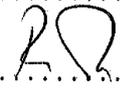
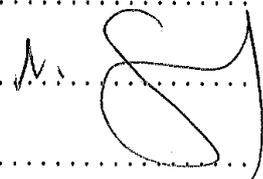
CDU/ CSU	.....	.....
SPD	.....	.....
FDP	.....	.....
DIE LINKE.	.....	.....
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	.....	.....

Fraktionsmitarbeiter:

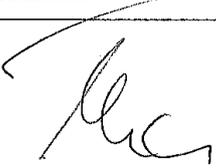
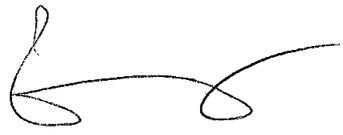
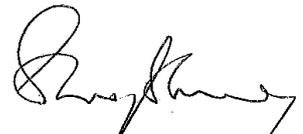
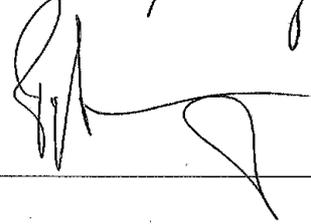
Fraktion:

Unterschrift:

(Name bitte in Druckschrift)

.. Marc Köster ..	..... B90/Grüne .....	..... .....
Carla Dietrich	..... DIE LINKE .....	..... .....
Regina Stosch	..... DIE LINKE .....	..... .....
Barbel	.....	.....
.. Nicole Groß	..... SPD .....	..... .....
.....
.....

**Anwesenheitsliste der Sachverständigen
für die öffentliche Anhörung zum Thema „Kindergesundheit“
Mittwoch, 26. Januar 2011, 16.00 Uhr**

Name	Unterschrift
Dr. med. Ulrich Fegeler Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.	
Prof. Dr. med. Fred Zepp Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.	
Dr. Thomas Lampert Robert-Koch-Institut	
Prof. Dr. H.M. Straßburg Universitäts-Kinderklinik Würzburg	
Wolfgang Niemeyer AG Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	

Liste der Sachverständigen

Dr. med. Ulrich Fegeler

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Prof. Dr. med. Fred Zepp

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.

Dr. Thomas Lampert

Robert-Koch-Institut

Prof. Dr. H.M. Straßburg

Universitäts-Kinderklinik Würzburg

Wolfgang Niemeyer

AG Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Sprechregister

Kinderkommission

Seite

Vorsitzende Marlene Rupprecht (SPD)	9,15, 16, 22, 25, 28, 30, 32, 36, 38, 40, 41, 45, 46
Eckhard Pols (CDU/CSU)	39, 41
Nicole Bracht-Bendt (FDP)	39
Katja Dörner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	15, 38
Jörn Wunderlich (DIE LINKE.)	32

Sachverständige

Dr. med. Ulrich Fegeler	10, 15, 33, 41, 42
Prof. Dr. med. Fred Zepp	16, 32, 37, 43
Dr. Thomas Lampert	28
Prof. Dr. H.M. Straßburg	22, 35, 45
Wolfgang Niemeyer	25, 37

Weitere Mitglieder des Bundestages

Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	30
Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	40

Beginn der Sitzung: 16.15 Uhr

Vorsitzende: Ich begrüße Sie ganz herzlich zur 20. Sitzung der Kinderkommission des Bundestages. Heute steht eine öffentliche Anhörung zum gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen auf der Tagesordnung. Konkret geht es um folgende Themen: Pädiatrische Versorgung, stationäre Versorgung, kindgerechte Untersuchungs- und Behandlungsgeräte. Als Grundlage haben wir im Großen und Ganzen den Antrag aller Fraktionen des Bundestages von 2002 zum gesunden Aufwachsen genommen. Dort waren Aufträge erteilt worden und wir wollen von Ihnen hören, was sich in der Zwischenzeit getan hat, wo noch ein Bedarf besteht und ob sich am Bedarf etwas geändert hat. Wenn ich die KIGGS-Studie anschau, dann hat sich einiges in diesem Bereich getan. Zu dieser Anhörung darf ich heute begrüßen und vorstellen: Rechts von mir sitzt das Sekretariat der Kinderkommission. Ich, Marlene Rupprecht, bin die derzeitige Vorsitzende. Sie wissen, bei der Kinderkommission gibt es jeweils nach neun Monaten einen Vorsitzwechsel – das passt zur Kinderkommission. Wir hoffen, dass wir zu Ergebnissen kommen, die sich sehen lassen können. Ich bin die zweite Vorsitzende in dieser Legislaturperiode. Vor mir war Herr Pols der Vorsitzende – es beginnt immer die größte Fraktion. Herr Pols ist der Kollege von der CDU/CSU-Fraktion, neben ihm sitzt Frau Bracht-Bendt von der FDP. Dann kommt Herr Wunderlich von den Linken. Er ist stellvertretendes Mitglied, weil das ordentliche Mitglied heute erkrankt ist. Daneben sitzt Frau Dörner von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Anschließend kommen die Kolleginnen und Kollegen vom Gesundheitsausschuss – Herr Dr. Terpe, Frau Bas und Frau Dr. Bunge. Sie sehen: Das Interesse ist vorhanden. Dann sind Referentinnen und Referenten sowie Gäste anwesend, da wir öffentlich tagen. Zur Seite steht uns, um auch Entwicklungen oder derzeitige Vorhaben aus dem Ministerium zu kommunizieren, Frau Strecker aus dem Bundesgesundheitsministerium.

Wir haben uns gedacht, dass Sie fünf bis sechs Minuten vortragen – bei fünf Personen ergibt das schon eine lange Zeit. Danach werden wir nachfragen. Das besondere an unserer Form der Anhörung oder des Expertengesprächs ist, dass Sie auch auf Aussagen und Einwände reagieren dürfen, was Sie sonst nicht dürfen. Sie sehen, auch da sind wir ganz unkonventionell. Wir sagen: Jeder, der uns sein Wissen zur Verfügung stellt, ist herzlich willkommen.

Ich darf Herrn Niemeyer zum Bereich Rehabilitation begrüßen. Dann kommt Herr Dr. Fegeler. Wir haben uns vor Jahren auf einer Veranstaltung kennengelernt. Er ist niedergelassener Kinderarzt in Berlin, der nicht nur im medizinischen Bereich arbeitet, sondern sich auch mit der Frage befasst, wie es unseren Kindern geht. Sie vertreten heute den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Neben Ihnen sitzt Herr Dr. Lampert vom Robert-Koch-Institut. Von Ihnen wollen wir natürlich wissen, wie es nach der KIGGS-Studie weiter geht. Dann darf ich Herrn Prof. Dr. Zepp aus Mainz von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin begrüßen. Wir haben einige Jahre miteinander in der Sachverständigenkommission für Kinderarzneimittel beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gesessen. Von daher kennen wir uns. Sie sind der Präsident Ihrer Gesellschaft und damit des „Daches“ – wer kann es besser machen als derjenige, der alles mit abdeckt? Daneben sitzt Herr Prof. Dr. Straßburg von der Uni-Kinderklinik in Würzburg, Bereich Rehabilitation und Versorgung im Klinikbereich, als vollwertiges Mitglied der Sachverständigenrunde. Vielen Dank, dass Sie gekommen sind.

Bei uns wird die Anhörung für die Erstellung des Wortprotokolls aufgezeichnet, das dann ins Internet gestellt wird. Sind Sie damit einverstanden? Sie sind also einverstanden, dass wir das Wortprotokoll erstellen dürfen. Ich würde bitten, dass Prof. Dr. Zepp beginnt und Dr. Fegeler weitermacht – oder umgekehrt, dann fängt Herr Dr. Fegeler an. Auch das ist unkonventionell bei uns. Herr Dr. Fegeler, Sie sind ja flexibel – mit Kindern ist man das.

Dr. med. Ulrich Fegeler (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Zunächst herzlichen Dank, Frau Rupprecht, für die freundliche Einladung. Ich freue mich, dass ich hier vor einem so hohen Gremium über Erfolge und über unsere Sorgen im Bereich der ambulanten Allgemeinpädiatrie berichten kann. Ich denke, dass diese Diskussion gar nicht häufig genug stattfinden kann, um zu sehen, was in der Versorgungsrealität los ist. Ich beginne mit dem ersten Bild. Das ist ein Satz, der von Ihnen als Politiker gesprochen worden ist und er freut uns ganz besonders. Deswegen habe ich ihn extra mitgebraucht. Da steht, dass die primäre Zuständigkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen aufgrund seiner speziellen Ausbildung beim Pädiater liegt. Diesen Satz möchte ich gerne dreimal unterstreichen, denn es gibt einige Dinge, die uns in diesem Zusammenhang irritieren – darauf komme ich

später zurück. Dieser Satz ist in dem von Ihnen erwähnten Antrag der Fraktionen im Jahr 2002 geschrieben worden, auf den ich mich im Folgenden beziehe, um auszuführen, was dort ausgesagt worden ist und was sich seitdem verändert hat und was wir in unserem speziellen Bereich an Fortschritten sehen.

Fangen wir mit der Prävention an. Damals wurde von den Antragstellern – also diesen drei Fraktionen – gesagt, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst wieder eine tragende Rolle spielen muss, dass eine systematische Gesundheitserziehung als Pflichtprogramm in Kitas und Schulen eingeführt werden muss – die Erziehung zur Salutogenese, also nicht quasi die Behandlung im Nachhinein, sondern die Prävention einer Behandlung, letztendlich also der primärpräventive Ansatz. Weiter sagt dieser Antrag aus, dass Kinder aus unteren sozialen Schichten eine besondere Ansprache und Betreuung benötigen, dass die Tendenz zur Impfabstinenz abgewendet und das aufsuchende Impfen verbessert werden soll. Am Schluss wurde auch noch etwas zum Hörscreening gesagt.

Ich stelle Ihnen den heutigen Zustand dar: Der Öffentliche Gesundheitsdienst, um bei diesem Punkt anzusetzen, ist nicht weiter aus-, sondern weiter abgebaut worden. Das ist leider die Realität heute und das ist eine Realität, die wir ausdrücklich kritisieren – also nicht nur bedauern, sondern kritisieren. Denn der Öffentliche Gesundheitsdienst spielt eine sehr wichtige Rolle in der Versorgung unserer Kinder. Er hat die Kompetenz der aufsuchenden Versorgung. Gerade wenn hier von der aufsuchenden Impfung gesprochen wurde, dann ist damit dieses Gebiet eigentlich ad acta gelegt worden. Der Öffentliche Gesundheitsdienst wird nur noch in Ansätzen realisiert. Es gibt natürlich große Unterschiede in den Regionen. Ich möchte das jetzt nicht als Querschnitt durch die Bundesrepublik verstanden wissen, aber insgesamt können wir sagen, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst leider zum Teil bis auf eine fast unkenntliche Rolle zusammengeschrumpft worden ist. Das bedauern wir und denken auch, dass z. B. die Durchführung der Gripeschutzimpfung gegen H1N1 in vorigen Winter – die ich aus meiner Sicht als Versorgungspädiator beurteile – katastrophal verlaufen ist. Das können wir uns in dieser Form nicht wieder erlauben – wenn wirklich mal ein Erreger mit einer ganz anderen Potenz kommt. Sicher spielte hierbei der Abbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eine große Rolle – hierüber muss nachgedacht werden.

Die systematische Gesundheitserziehung in Kitas und Schulen findet schlicht und einfach nicht statt. Das kann man so feststellen. Es ist weder in den Schulen noch in einzelnen Kitas ein ausgewiesenes standardisiertes Lehrfach. Es existiert sicherlich in einzelnen Institutionen, aber es gibt keine systematische Einführung dieses Faches.

Ich möchte die Betreuung der Kinder auf später verschieben, wenn ich zum Präventionsgesetz Stellung nehme, denn dort spielt sie eine große Rolle. Ich habe mir das Stichwort „vergessene Kinder“ aufgeschrieben und sage Ihnen gleich, was ich damit meine. Ich mache es ein bisschen spannend und verschiebe es auch nach hinten.

Es gibt eine positive Nachricht: Das flächendeckende Hörscreening ist bundesweit eingeführt worden. Es funktioniert hervorragend. Es gibt natürlich immer einzelne Ecken und Kanten, an denen es ein bisschen quietscht und kratzt; aber insgesamt ist es eingeführt und hat sich bereits bewährt.

Zur Prävention wollte ich noch sagen, dass wir es sehr schlecht finden, dass es bei den Früherkennungsuntersuchungen noch ein großes Loch gibt – das hatte ich vorhin vergessen anzusprechen –, und zwar insbesondere zwischen der U9 und der J1. Das ist ein Zeitbereich von sieben Jahren und es ist ein wichtiger Zeitbereich. Hier findet die Einschulung statt, hier kommen wir in den Bereich der frühen Präpubertät. Es gibt spezifische Probleme, auf die ich jetzt aufgrund der Zeit nicht eingehen will. Aber wir halten hier eine zusätzliche Vorsorgeuntersuchung für dringend notwendig. Momentan ist diese nur auf einer individuellen Ebene geregelt: Es gibt einige Verträge mit einzelnen Krankenkassen, die diese Vorsorge realisieren. Aber es gibt keine systematische, keine gesetzliche Einführung. Dafür würden wir uns gerne sehr stark machen. Ich denke, Herr Zepp, Sie werden das noch näher ausführen. Das betrifft insbesondere die Adipositas-Prävention und andere, schon früh erkennbaren Erkrankungen mit erheblichen Folgeschäden in der Erwachsenenwelt.

Ein paar Worte zur Weiterbildung: Im Antrag wurde gesagt, dass die Rahmenbedingungen verbessert werden und die Kinderkliniken und Kinderpraxen Weiterbildungsstellen für Pädiater vorhalten sollen. Es sollte sich im Wesentlichen nach dem Modell der Allgemeinmediziner richten. Sie wissen, dass die Allgemeinmediziner eine gewisse Zeit ihrer Weiterbildung in Praxen bezahlt bekommen. Wir z. B. bilden seit Jahren Allgemeinmediziner weiter, um ihnen zumindest bestimmte Grundbe-

griffe der Pädiatrie beizubringen – ich kann Ihnen sagen, mit gutem Erfolg. Das hat sich ausgesprochen gelohnt. Wir finden es natürlich nur richtig, wenn das auch für die Pädiater erfolgt. In der heutigen Realität gibt es aber keine Förderung dieser Weiterbildungsstellen für Pädiater in der Praxis. Wenn man auf der einen Seite sagt, wir wollen den Allgemeinpädiater in der hausärztlichen Grundversorgung – wenn man also hier „A“ gesagt hat, dann muss man auch „B“ sagen – dann bedarf es hierfür auf der anderen Seite einer zusätzlichen speziellen Weiterbildung, die dann auch in Praxen oder bestimmten Lehrpraxen stattfinden sollte. Eine Novellierung der Musterweiterbildungsordnung hat es aus verschiedenen Gründen bisher noch nicht gegeben. Ich möchte daher zunächst nicht weiter darauf eingehen.

Was haben wir für Wünsche? Ich fange ganz einfach an: Wir würden gerne ein Verbot dieser Lauflernhilfen erreichen. Wir wissen aber, dass dies unmöglich ist. Im vorigen Jahr ist in Brüssel ein entsprechender Antrag nicht durchgekommen und diese Lauflernhilfen werden, so viel ich weiß, weiter vertrieben – mit dem damit verbundenen großen Risiko für Kinder. Dann wünschen wir uns einen Schutz vor den negativen Einflüssen übermäßigen Fernseh- und Medienkonsums, vor allen Dingen ein Verbot der begleitenden Werbung für Süßigkeiten. Wie man das im Einzelnen realisiert, mag jetzt dahingestellt sein – wir haben schon einige Ideen und Vorstellungen. Das würde ich gerne auf eine spätere Diskussion verschieben. Uns ärgert besonders die Werbung für Süßigkeiten. In diesem Zusammenhang möchte ich ohnehin darauf hinweisen – Herr Prof. Dr. Zepp wird das nachher detaillierter ausführen –, dass wir uns im Sinne der Adipositas-Prävention eine einfache Navigationshilfe gerade für die Kinder aus den einfachen sozialen Schichten gewünscht hätten, die es ihnen ermöglicht, sich in dieser bunten Warenwelt im Supermarkt oder wo auch immer etwas besser zurechtzufinden. Wir hätten uns sehr gut vorstellen können, diese Ampelregelung, die in England seit Jahren gut funktioniert, auch in Deutschland durchzusetzen. Es hätte uns sicher in vielen Fällen sehr geholfen. Ein Präventionskonzept zur Vermeidung von Adipositas schließt sich an das Verbot der Werbung für Süßigkeiten an. Für Konzepte und Förderprogramme sowohl zur Adipositas-Prävention als auch zu mehr Bewegung im Alltag der Kinder benötigen wir noch mehr Ideen. Hier gibt es bereits gute Vorstellungen. Eine bessere Navigation bei der Ernährung der Kinder, aber auch kostenlose Sport- oder Bewegungsange-

bote wären denkbar. Für Kindergärten gibt es z. B. hervorragende Programme, für die man nicht extra in die Turnhalle gehen muss, sondern sich die Kinder am Ort bewegen und turnen können.

Nun zum Präventionsgesetz: In der allgemein-pädiatrischen Praxis beunruhigt uns in den letzten Jahren, dass ein großer Teil von Kindern insbesondere aus sozial-prekären Verhältnissen und vielfach auch aus Familien mit Migrationshintergrund – Familien, die man heute zum Teil als bildungsfern bezeichnet, es gibt verschiedene Begriffe dafür – nicht entsprechend ihren Grundfähigkeiten entwickelt oder ausentwickelt sind. Das heißt mit anderen Worten, dass die wichtige Förderfunktion der Familie hier nicht mehr funktioniert. Das sind nicht nur ein paar Kinder, sondern es sind sehr viele Kinder und ich kann Ihnen aus der Praxis berichten: Diese Kinder werden nicht weniger! Hier muss etwas in der Gesellschaft passieren, um diese Kinder sozial-kompensatorisch zu fördern. Das kann man sicher in außerfamiliären Einrichtungen erreichen – nur, diese müssen dann darauf vorbereitet sein. Ich sage nur das Stichwort „Kita“, ich sage andere Möglichkeiten. Wir können nachher noch darauf eingehen, um es jetzt hier nicht zu überziehen, aber es ist mir ein großes Anliegen, dass hier in Deutschland mehr passiert, denn das, was zur Zeit passiert, ist nicht ausreichend, das kann man klipp und klar sagen. Man kann auch klipp und klar sagen, dass das Hineinziehen dieser Kinder in das Medizinsystem und sozusagen das Sekundärfördern mit den Tools des Medizinsystems nicht funktioniert. Es muss woanders funktionieren und das muss im pädagogischen Bereich bleiben. Dafür gibt es gute Ideen und Vorstellungen und diese sollte man weiter diskutieren.

Gesetzliche Regelungen hatte ich schon angesprochen. Wir wünschen uns eine Neukonzeption – ich will nicht sagen, die Abschaffung – des § 73b SGB V aufgrund der Schwierigkeiten, die er uns für die Pädiatrie bereitet. Ich will das jetzt hier nicht weiter differenzieren, sonst überziehe ich hier hemmungslos, denn das ist ein schwieriges Kapitel. Ich bitte aber um Nachfragen dazu, denn hierzu würde ich sehr gerne Stellung nehmen.

Unsere Facharbeitsgruppe „ADHS-Kinder“ hat sich ebenfalls mit den Fragen des gemeinsamen Antrags beschäftigt. Ich will diese jetzt hier nicht im Einzelnen durchgehen. Die Antworten will ich ganz kurz zusammenfassen. Zu einigen Punk-

ten gibt es bereits gute Untersuchungen und Forschungen. Was heute noch nicht funktioniert, ist ein allgemeingültiges, strukturiertes Vorgehen in der Behandlung. Es gibt zwar einzelne Verträge, z. B. mit der AOK in Bremen oder mit der BKK in Schleswig-Holstein, in denen bestimmte Vorgehensweisen sowohl in der Diagnostik als auch bei der Behandlung abgesprochen sind. Es gibt ein gutes Konzept der KBV, das auch mit dem Berufsverband abgestimmt wurde. Es gibt aber leider kein allgemeingültiges Vorgehen. Das wird von unserer Fachgruppe ADHS ausgesprochen kritisiert. Das war die große Bitte an mich, Ihnen das vorzutragen. Alle anderen Themen bitte ich hinterher in der Diskussion aufzugreifen.

Vorsitzende: Herzlichen Dank. Sie haben schon einige Punkte angerissen, die wir in den nächsten Sitzungen noch behandeln werden, wie z. B. ADHS. Darauf müssen wir genauer schauen. Das waren etliche Punkte – eigentlich würde es schon reichen, diese zu debattieren.

Abg. **Katja Dörner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Verständnisfrage, die wahrscheinlich einige von uns haben, die wir uns im Allgemeinen mit dem SGB VIII befassen. Die Gesundheitsleute werden den Paragraphen aus dem SGB V, auf den Sie sich bezogen haben, gut kennen – aber uns zumindest ist er nicht so bekannt.

Dr. med. Ulrich Fegeler (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Sie wissen, dass nach dem SGB V die Krankenkassen verpflichtet sind, sich mit den Allgemeinmedizinerinnen zusammenzusetzen, um Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen. Das sind Verträge, die jenseits der Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt werden. Ich glaube, die Absicht der Politik war damals, die Macht der Kassenärztlichen Vereinigungen etwas zu reduzieren, damit im Sinne auch der Versicherten unmittelbar mit den Krankenkassen vorgegangen wird. Ich möchte jetzt nicht zu den einzelnen Auswirkungen dieses Gesamtwerkes kommen. Seitdem gibt es in Deutschland zahlreiche Verhandlungen zu § 73b SGB V. Uns beunruhigt dabei insbesondere, dass die Verhandler für diese neu zu konzipierenden hausarztzentrierten Versorgungsverträge Allgemeinmediziner sind. Wir als Pädiater sitzen dort nicht mit am Tisch. Dadurch sind Bestimmungen in diese Verträge hin-

eingekommen, die uns ausgesprochen stören. So sind diese Verträge grundsätzlich altersoffen, sie gehen also von 0 bis 99. Die qualitativen Voraussetzungen für die Versorgung von Kindern näher zu definieren, was uns besonders interessiert, findet dort nicht statt. Ausgesprochen problematisch ist desweiteren ein Paragraf, der sich in allen diesen Verträgen findet, dass nämlich Patienten, die sich in die Verträge eingeschrieben haben, auch dann bezahlt werden, wenn diese in einem Quartal nicht gekommen sind. Das gilt selbstverständlich auch für Kinder. Damit besteht plötzlich die Möglichkeit, Kinder einzuschreiben und für sie eine vorstellungsunabhängige Pauschale zu bekommen – auch wenn vorher nie Kinder oder vielleicht nur zwei, drei im Quartal behandelt wurden. Diese Einschreibung bekommt damit eine andere Attraktivität. Im Weiteren gibt es noch – von der Politik sicherlich gut gemeint, ich mache da keinem einen Vorwurf – einen Öffnungsparagrafen, der besagt, dass Kinder dennoch, auch wenn sie in diesen Versorgungsvertrag beim Allgemeinmediziner eingeschrieben sind, vom Pädiater versorgt werden können. Das war gut gemeint, aber es hat den absurden Effekt, dass teilweise Kinder in Versorgungsverträge des Allgemeinmediziners mit dem Hinweis eingeschrieben werden: „Sie können Ihr Kind jederzeit beim Pädiater versorgen lassen“ – aber kassieren tut der Allgemeinmediziner! Das ist selbstverständlich ein Effekt, der nicht vorhergesehen war, der uns aber schon betroffen macht. In Bayern sind z. B. 600.000 Kinder in diese hausarztzentrierten Versorgungsverträge und nur 400.000 Kinder in einem pädiatriezentrierten Versorgungsvertrag eingetragen; dieser wurde mit den Pädiatern, das ist einzigartig in Deutschland, bisher nur in Bayern abgeschlossen. Das beunruhigt uns stark. Ein ähnlicher Vertrag ist in Baden-Württemberg abgeschlossen worden. Dort wurde durch den Widerstand der Pädiater erreicht, dass sich keine Pädiater in die Verträge mit eintragen – ich glaube, nur 20 Kolleginnen und Kollegen haben sich eingetragen. Wir haben gesagt, dort wird Qualität und qualitätsbezogene Versorgung von Kindern nicht abgebildet und in dieser Form werden wir nicht daran teilnehmen. Das in Kürze.

Vorsitzende: Dann machen wir mit Herrn Prof. Dr. Zepp weiter.

Prof. Dr. med. Fred Zepp (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin): Ich werde nicht alle Themen so detailliert behandeln können, weil uns die Zeit dazu

fehlt. Eine ganze Reihe von Themen, die wir ansprechen, bewegt natürlich auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). Ich will Sie motivieren, auf unsere Internetseite zu gehen, dort können Sie zusätzliche Informationen erhalten. Die DGKJ ist der Partner des Berufsverbandes, wir sind die wissenschaftlich-akademische Fachgesellschaft, die sich um die Konzeptbildung, um die Umsetzung und vor allen Dingen um die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland bemüht. In der Tat setzen wir an den wichtigen Themen, die Sie schon vor nunmehr acht Jahren in den Raum gestellt haben, an. Von diesen Themen will ich heute zwei herausgreifen – Prävention und Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen. Auch die anderen Themen sind von Bedeutung. Ein weiteres Thema, das damals in diesem Antrag noch nicht so sehr im Vordergrund gestanden hat, das aber in der Zwischenzeit auch in seiner Bedeutung deutsch geworden ist, ist die Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen. Das ist auch ein Thema der gegenwärtigen Bundesregierung, die sich um die Systematik bemüht.

Dieses Thema ist eng verknüpft mit den Versorgungsstrukturen, das heißt den Spezialambulanzen, die praktisch die Kompetenz und die Möglichkeiten einer Betreuung von seltenen Erkrankungen bereitstellen. Das ist im Wesentlichen ein Thema der Kinder- und Jugendmedizin, denn etwa 80 Prozent aller seltenen Erkrankungen treten im Kindes- und Jugendalter auf, da es angeborene Erkrankungen sind. Wir sprechen von seltenen Erkrankungen, wenn sie weniger als einen Menschen von 2.000 Menschen in der Gesellschaft betreffen. Einige von Ihnen haben im vergangenen Jahr gemeinsam mit uns an einem parlamentarischen Abend zu einer der seltenen Erkrankungen aus der Neurologie teilgenommen. Wir begrüßen die Aktivitäten – den Nationalen Aktionsplan –, sich um Menschen mit seltener Erkrankung zu kümmern. Das bewegt uns besonders – denn im Prinzip sind die Möglichkeiten, solche Erkrankungen zu betreuen, eine Entwicklung der Neuzeit; das ist in den letzten 25 Jahren geschehen. Auf diesem Zeitstrahl sehen wir die Entwicklung von pädiatrischen Spezialdisziplinen, also Subdisziplinen, die sich um die Betreuung von Stoffwechselerkrankungen, Herzerkrankungen, onkologischen Erkrankungen, endokrinologischen Erkrankungen etc. kümmern. Mit anderen Worten: Die Möglichkeiten, solche Erfolge zu erzielen und Menschen mit seltenen Erkrankungen über das Kindesalter ins Erwachsenenalter zu begleiten und dort auch weiter zu betreuen, ist

ein Erfolg der medizinischen Forschung und ihrer Umsetzung vor allen Dingen in der Kinder- und Jugendmedizin. Deshalb berührt uns das auch und das wollen wir unterstreichen.

Die pädiatrischen Spezialambulanzen in Universitätskliniken und großen stationären Einrichtungen in Deutschland sind selbstverständlich die wesentlichen Träger des Fortschritts, aber auch der Betreuung und Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen. Der Wissenschaftsrat hat, wie Sie wissen, dieses Thema in einem Papier aufgegriffen. Er sagt, die Hochschulambulanzen sowie die Spezialambulanzen tragen die erhebliche Versorgungsleistung für Menschen mit seltenen Erkrankungen. Er hat auch festgestellt, dass wir auf diesem Gebiet im Augenblick bedauerlicherweise eine unzureichende Finanzierung haben. Das heißt, dass die Betreuung und auch die Erforschung von seltenen Erkrankungen in der Kostendeckungsstruktur noch nicht adäquat abgebildet sind. Das ist insbesondere für die Pädiatrie interessant, weil wir aus pädiatrischer Sicht erfolgreich im vergangenen Jahr für die pädiatrisch-ambulante Versorgung an Krankenhäusern durch die Einführung des § 120 Abs. 1a im SGB V – das ist der Paragraph, der die Finanzierung oder Refinanzierung ambulanter Leistungen regelt – bei den Ambulanzen, die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammenarbeiten, also den Ermächtigungsambulanzen, eine leistungsgerechtere Refinanzierung entwickelt haben. Aber genau dieser Paragraph, der eigentlich die pädiatrische Versorgung im ambulanten Sektor verbessern soll, schließt die Spezialambulanzen aus, denn die Spezialambulanzen werden entsprechend § 117 SGB V als Hochschulambulanzen geführt und verhandeln direkt mit den Kassen. Insofern hat man bei der Stärkung der allgemeinen Ambulanzen gerade das Feld, wo die komplexen Erkrankungen betreut werden – wahrscheinlich ohne Vorsatz – vergessen. Wir sehen ein Problem – das Erfreuliche ist, dass das Problem erkannt ist – und ringen gemeinsam um Umsetzungskonzepte. Auch die BMG-Studie sagt aus, dass die Unterdeckung der Kosten von spezialisierten Einrichtungen ein Problem ist und wir diese spezialisierten Einrichtungen nur voranbringen werden, wenn wir sie faktisch auch so refinanzieren, dass sie diese Aufgaben in die Zukunft auch tragen können.

Das zweite Thema, das uns beide – Frau Rupprecht – auch verbindet, ist die Arzneimittelsicherheit im Kindes- und Jugendalter. 2002 haben Sie es aufgesetzt –

2006/2007 im Frühjahr ist die Verordnung des Europäischen Parlaments auf den Weg gebracht worden. Wir haben in diesen Tagen wieder diskutiert, dass eigentlich das bisher Geschehene noch nicht befriedigend ist, was die Entwicklung, was die Verbesserung von Studienlagen angeht. Vor allen Dingen – das sieht man an dieser Verordnung, die ich herausgegriffen habe – ist damals auch schon gefordert worden, dass die Mitgliedsstaaten in der EU pädiatrische Netzwerke, also Kompetenznetzwerke schaffen sollen, die in der Fläche Strukturen herstellen, mit denen es gelingt, verantwortungsvoll Arzneimittelforschung im Kindes- und Jugendalter durchzuführen. Das Bundesministerium für Forschung hat ein solches Projekt Anfang der vergangenen Dekade mit der Pädiatrie auf den Weg gebracht und das spiegelt sich in verschiedenen Dingen: Im Nationalen Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland ist es erwähnt worden und es findet sich auch in der Strategie der Bundesregierung wieder. Da wird sogar auf das Projekt des PAED-Net Bezug genommen. Dieses Projekt ist zunächst als Forschungsprojekt auf den Weg gebracht worden, das war auch richtig so. Aber wenn man es in die Fläche ausbreiten will, ist es kein Forschungsprojekt mehr. Wenn wir sagen, wir wollen sichere Arzneimittel für Kinder, dann können wir dieses Projekt gewissermaßen als ein Modell nehmen, aber wir müssen uns dann darum bemühen, es in der Fläche verfügbar zu machen. Wir haben nie vorgetragen, dass das BMBF dieses Projekt weiter fördern muss, denn das ist nicht der Auftrag einer solchen Einrichtung, sondern wir müssen es gesellschaftlich verankern. Das ist ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag, an dem möglicherweise der Steuerzahler, möglicherweise die Kostenträger im Gesundheitswesen und die pharmazeutische Industrie zu beteiligen sind. Wir benötigen Ihre Unterstützung, um die Kraft zu entwickeln, es tatsächlich umzusetzen. Auf einem parlamentarischen Abend zu diesem Thema hat es auch sehr gute Vorschläge von Ihnen gegeben. Ich will nur sagen: Wir haben das umgesetzt. Wir gehen davon aus, dass wir dieses Problem in Deutschland mit etwa 4 Millionen Euro im Jahr strukturell lösen könnten. Wir halten das nicht für zu teuer und wir plädieren auch dafür, ein solches Projekt etwas anders als der Gemeinsame Bundesausschuss durchzuführen und es nicht einfach nur durch Normen auf den Weg zu bringen – denn dabei hofft man ja, dass sich die Welt so entwickelt, wie die Norm es vorgibt. Wir müssen etwas mehr Planung in solche Gesundheitsversorgungsstrukturen hineinbringen. Das heißt, wir müssen uns fragen, welchen Bedarf die Bevölkerung auf die Fläche bezogen hat und

wie wir es in der Breite strukturieren. Das Bild zeigt, dass wir schon ein Modell vorgeschlagen und dieses Papier auch mehrfach vorgelegt haben und dass es eine Empfehlung gibt, wie man ein solches Netzwerk in Deutschland aufsetzen kann.

Das Thema der sicheren, geprüften Arzneimittel sollte hier intensiv diskutiert werden und es sollte auch wieder auf dem Sondergutachten des Sachverständigenrates dargestellt werden – wir müssen uns um dieses Thema kümmern, es ist nicht erledigt. Wir fordern und wünschen uns, dass die Bundesrepublik ihrer Verantwortung an dieser Stelle gerecht wird. Kinder und Jugendliche dürfen einen Anspruch auf sichere, geprüfte Arzneimittel stellen. Das ist der eine Anspruch. Zweitens haben Kinder und Jugendliche auch Anspruch auf Teilhabe am Fortschritt in der Medizin.

Als letzten Punkt will ich das Thema „Präventive Medizin“ ansprechen – da treffen wir uns mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Das ist ein Zeitstrang, an dem ich zeige, was passiert ist. Wir haben drei Segmente von Prävention – über die Rehabilitation werden wir auch noch etwas hören. Die primäre Prävention bedeutet, eine Krankheit gar nicht erst eintreten zu lassen. Sekundäre Prävention ist das, was wir mit den Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter betreiben. Wir wollen Früherkennung, um zu intervenieren oder aber tertiär, um Komplikationen zu verhindern. Wir wissen, dass wir eine ganze Reihe von solchen Projekten erfolgreich auf den Weg gebracht haben. Die Kinder- und Jugenduntersuchungen, die Schwangerschaftsvorsorge sind angesprochen worden. Das gilt vielleicht auch für Zahnvorsorgeuntersuchungen; es gibt auch welche für die Erwachsenen. Diese Maßnahmen, Herr Dr. Fegeler hat es angesprochen, sind alle gut. Das größte Problem in der Kinder- und Jugendmedizin ist, dass sie in der Breite noch nicht ausreichend genutzt werden. Das hat damit zu tun, dass Menschen in diesem Land gelegentlich nicht um die Möglichkeiten wissen, die wir ihnen gemeinsam schon bieten. Das bedeutet, Früherkennung und sekundäre Prävention haben auch mit Bildung zu tun, mit der Verfügbarkeit und der Zugriffsmöglichkeit. Insofern ist unser wichtiges Plädoyer – da stehen wir Schulter an Schulter mit dem Berufsverband –, dass diese Themen – gesundheitsbewusstes Verhalten, gesundheitsfördernde Maßnahmen – in die Ausbildung, in die schulische Ausbildung aufgenommen werden. Wir wünschen uns, dass diese Themen in die Lehrpläne der Schulen einge-

baut werden. Wir müssen beginnen, jungen Menschen das Wissen um gesundheitsbewusstes Verhalten mit auf den Weg zu geben.

Ich will dieses Thema noch an einer Stelle erweitern und daraus könnten wir alleine eine Sitzung gestalten. Am Anfang meiner Ausführungen sagte ich, dass der Fortschritt in der Medizin dazu geführt hat, dass wir heute vieles bei den seltenen Erkrankungen behandeln können. Der Fortschritt in der Medizin und der Biologie hat aber auch dazu geführt, dass wir heute viel besser verstehen, wie sich Krankheit entwickelt und von welchen Parametern sie abhängt. Es gibt eine ganze Reihe von Aspekten, auf die wir heute positiv Einfluss nehmen können. Wesentlicher Spieler ist natürlich die Genetik eines Menschen – das ist der Bauplan eines Menschen, der vorgibt, welche Möglichkeiten ein Individuum hat. Aber dieser Bauplan wird, das wissen wir heute, sowohl durch die Verhaltensparameter – wie z. B. Ernährung, gesundheitsbewusstes Verhalten, körperliche Aktivität – als auch durch Umwelteinflüsse beeinflusst. Dazu gehört der Aspekt, dass eine ganze Reihe von biologischen Veranlagungen, Krankheiten zu entwickeln, durch Umwelteinflüsse in einem frühen Fenster unserer Entwicklung gesteuert wird. Dazu gehören das vorgeburtliche Leben und die ersten zwei bis drei Lebensjahre. Das heißt, in dieser Phase unseres Lebens findet eine Prägung unseres Bauplanes statt. Wahrscheinlich werden sogenannte Volkskrankungen wie Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2 oder das Risiko für Apoplex in vielen Aspekten in ihren Grundstrukturen schon in diesem Zeitfenster festgelegt, indem sich z. B. Stoffwechselkonzepte ausbilden, aus denen es kein Entkommen mehr gibt. Das bedeutet, dass wir, die wir hier sitzen, wahrscheinlich nur noch sekundäre und tertiäre Prävention durchführen können. Aber wir haben Möglichkeiten, in die primäre Prävention einzusteigen. Hier ist das zweite Bein der Prävention: Indem wir in Forschung investieren, wird es uns gelingen, chronische Volkskrankungen, metabolisches Syndrom und andere Probleme der Erwachsenenmedizin positiv zu beeinflussen – eine der großen Chancen in der Kinder- und Jugendmedizin.

Ich fasse zusammen: Zum einen muss die Wirkung bestehender Präventionsprogramme in der Gesellschaft intensiviert werden, und das gelingt durch die Förderung gesundheitsbewusster Bildung. Dazu gehört u. a. ihre Aufnahme in die Lehrpläne der Schulen. Wir können chronische Volkskrankungen des Erwachsenenal-

ters durch frühe Intervention in den frühen Lebensabschnitten positiv beeinflussen. Das ist mittlerweile nicht mehr nur eine medizinische Hypothese, sondern experimentell in vielen Untersuchungen belegt. Dies ist mein Appell an alle Politiker und Gesundheitspolitiker im Lande: Nachhaltige Prävention erfordert ein generationsübergreifendes Konzept. Wir müssen wissen, dass wenn wir wirksam werden wollen, wir heute Programme betreiben müssen, deren Ergebnisse und Erfolge wir wahrscheinlich erst in 20 oder 30 Jahren sehen werden. Denn nur die Kinder, die wir mit einem Konzept für gesundheitsbewusstes Verhalten auf den Weg bringen, werden Erwachsene, die wiederum Kinder betreuen werden, die sich hoffentlich dann noch gesundheitsbewusster verhalten. Mehr Information dazu gibt es auf unserer Internetseite.

Vorsitzende: Vielen Dank. Wenn es keine Verständnisfragen gibt, würde ich weitermachen und Herrn Prof. Dr. Straßburg bitten. Wenn ich Sie an die Zeit erinnern darf, damit wir wirklich noch genügend Zeit für Fragen haben.

Prof. Dr. H. M. Straßburg (Universitäts-Kinderklinik Würzburg): Sehr geehrte Frau Rupprecht, sehr geehrte Damen und Herren. Ich vertrete die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Man kann vielleicht sagen, dass die Sozialpädiatrie vor 1880 der Hauptaufgabenbereich für die Kinderärzte war und erst danach zunehmend die Organmedizin entstanden ist. Gerade hier in Berlin haben sich bis 1933 auch seitens vieler jüdischer Kinderärzte sozialpädiatrische Aspekte sehr gut weiterentwickelt. Erst vor gut 40 Jahren ist die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin unter anderem von Prof. Hellbrügge gegründet worden, der auch ganz wesentlich die Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland eingeführt hat. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie hat dieses Logo mit den drei Streifen entwickelt, die für drei verschiedene Bereiche stehen. Zum einen für die sozialpädiatrischen Zentren, die für uns sozusagen das Flaggschiff in Deutschland sind. Dazu will ich nur so viel sagen, dass diese in § 119 SGB V definiert sind. Sie sind auch in § 43 SGB V definiert – aber leider nicht ganz korrekt, weil sie dort mit der sozialpsychiatrischen Versorgung vermischt worden ist. Hieran kann man vielleicht handwerklich noch etwas verbessern. In ungefähr 142 Zentren in Deutschland betreuen wir gut 230.000 Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten.

ten, chronischen Krankheiten und Behinderungen, die an anderen Stellen – also bei niedergelassenen Ärzten oder in sonstigen Einrichtungen – nicht ausreichend betreut werden können. Das sind diejenigen, die am meisten chronische Gesundheitsprobleme und vor allen Dingen auch sozial-psychische Probleme haben. Das Besondere an den sozialpädiatrischen Zentren ist, dass sie multi- und interdisziplinäre Einrichtungen sind, in denen Kinderfachärzte mit Psychologen, Therapeuten – Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie – und Sozialpädagogen zusammenarbeiten, um Konzepte für die Langzeitbetreuung dieser Kindern zu entwickeln.

Herr Dr. Fegeler hat dankenswerterweise schon den öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst angesprochen. Auch für diesen fühlen wir uns zuständig. Das ist selbstverständlich ein Bereich, der ganz entscheidend für die Prävention und Überwachung speziell von den Risikokindern mit zuständig ist. Ich bin gebeten worden, hauptsächlich etwas zum dritten Bereich – zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – zu sagen, weil die Rehabilitationskliniken gerade in der letzten Zeit erhebliche Sorgen um ihre Zukunft haben. Sie wissen, dass diese Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche in Deutschland sowohl von den gesetzlichen Krankenkassen als auch von den Rentenversicherungen getragen werden. Es wird zwar einigermaßen „fifty – fifty“ aufgeteilt, aber die Zuständigkeit wird immer hin und her geschoben. Das macht in der Praxis zunehmend Probleme. Die Ziele für die Rehabilitationsmaßnahmen sind bei den gesetzlichen Krankenkassen und in der Rentenversicherung unterschiedlich definiert. Die gesetzlichen Krankenkassen wollen entweder die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nach den Kriterien der internationalen Klassifikation der Funktion für Kinder und Jugendliche wiederherstellen – z. B. nach einem schweren Unfall oder nach einer schweren Krankheit, bei bösartigen Erkrankungen oder bei sonstigen belastenden Erkrankungen – und damit eben auch die Teilhabe an dem gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Die Rentenversicherungen wollen mehr erreichen, nämlich dass die behandelten Patienten danach in die Schule gehen und später einem Beruf nachgehen können. Wenn ziemlich klar ist, dass der Patient nur in einer Werkstatt für Behinderte arbeiten kann oder auch vielleicht keine sozialversicherungspflichtige Arbeit übernehmen wird, ist das Risiko für eine Ablehnung der Kostenübernahme durch die Rentenversicherung sehr groß. Ich will noch einmal klar und deutlich auf die unterschiedlichen Definitionen

hinweisen. Wir sprechen immer von Vorsorgeuntersuchungen. Wir haben in Deutschland keine Vorsorgeuntersuchungen, sondern nur Früherkennungsuntersuchungen, und zwar für körperliche und geistige Entwicklungsstörungen und Krankheiten. Vorsorgemaßnahmen sind die Kuren. Das ist ein besonderer Bereich, in dem medizinische Maßnahmen nicht so wichtig sind. Wir haben außerdem die Rehabilitationskliniken, über die ich noch etwas mehr sagen will. Zusätzlich haben wir zum einen die ambulanten sozialpädiatrischen Einrichtungen und zum anderen auch stationäre sozialpädiatrische Kliniken, in denen z. B. spezielle Behandlungen über mehrere Wochen – meist bei chronisch kranken und behinderten Kindern, vor allen Dingen mehrfachbehinderten Kindern – durchgeführt werden.

Die nächsten Folien habe ich vom Sekretär der Arbeitsgruppe der Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche in Deutschland, Dr. Oepen aus Bad Kreuznach erhalten. Auf dieser Folie können Sie sehen, dass von 1991 an die Genehmigungen und die abgeschlossenen Leistungen in etwa gleich geblieben sind; sie sind vielleicht etwas angestiegen, aber dazu muss man einige weitere Entwicklungen auch in den neuen Bundesländern mit berücksichtigen. Die Anträge sind insbesondere seit 1996 deutlich angestiegen, so dass also immer mehr Ablehnungen – mindestens in ungefähr 50 Prozent der Anträge – erfolgt sind. Das ist oft dadurch bedingt, dass die Antragssteller aus sozial schwachen Gruppen unserer Gesellschaft kommen, die die oft sehr bürokratisch komplizierten Anträge gar nicht ausfüllen können und dann sehr schnell die Flinte ins Korn werfen und das Anliegen nicht weiterverfolgen. Letztlich ist dieses Bild praktisch identisch.

Um welche Erkrankungen geht es? Es geht einmal um das große Krankheitsbild der Atopien – Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Krankheit bei Kindern. Ein großer, zunehmender Bereich – zur KiGGS-Studie werden wir das nachher hören – sind die psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowie die Adipositas oder sonstige Formen von Überernährung. Ein kleinerer Bereich sind chronische Hautkrankheiten, Erkrankungen des Muskel- und Skelettgewebes und bestimmte Krankheiten des Nervensystems, die in dieser Folie noch relativ unterrepräsentiert sind. Meiner Ansicht nach ist auch das Thema chronische Kopfschmerzen bei Kindern sehr relevant – 8 Prozent aller Kinder haben Migräne. Da ist es oftmals sehr hilfreich, wenn sie in einem stationären Rehabilitationskonzept lernen, mit den

Schmerzen umzugehen und ohne andere Medikamentengaben lernen, mit der Migräne zu leben.

Auch auf dieser Folie kann man sehen, dass für Asthma bronchiale, psychische Erkrankungen und Adipositas eine Zunahme der Rehabilitationsanträge erfolgt ist, während diese bei den anderen Krankheiten relativ gleich geblieben sind. Hier sieht man, dass die Zahl der Kinderrehabilitationen praktisch identisch geblieben ist. Man hat mir gesagt – das kommt hier nicht sehr zum Tragen –, dass im Jahr 2010 regional ein ganz deutlicher weiterer Einschnitt stattgefunden hat: In einigen Rehabilitationskliniken hat es 50 Prozent weniger Anmeldungen gegeben, so dass in diesen Kliniken, die zum Teil auch in strukturschwachen Regionen liegen, Personal entlassen werden musste und die Kliniken auch kurz vor der Schließung stehen. Das hat die Arbeitsgruppe der stationären Rehabilitation im Kindesalter dazu bewogen, sich mit dem Aufruf an die Presse zu wenden, damit die schwierige Antragsstellung und diese Genehmigungspraxis verändert werden. In der Praxis haben wir Kinder und Jugendliche, bei denen mit dem ambulanten Setting kein Weiterkommen möglich ist. Das liegt oft an der Herkunft der Eltern und der mangelnden Beweglichkeit. Mit viel Nachdenken stellen wir einen Antrag mit unseren Sozialberaterinnen. Dann erleben wir ein ständiges Hin- und Herschicken der Antragsteller zwischen der Krankenkasse und der Rentenversicherung: Viele Krankenkassen geben den Eltern zunächst die Formulare der Rentenversicherung mit der Aufforderung, diese von der Rentenversicherung ausfüllen zu lassen. Die Rentenversicherungen sagen „nein, wir sind nicht dafür zuständig“ – das frustriert viele Eltern sehr. Es trifft besonders die Schwachen und diejenigen, die wirklich die Unterstützung der Gesellschaft notwendig haben. Deswegen wollte ich das hier vortragen.

Vorsitzende: Ich möchte mich bedanken. Ich möchte noch den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Herrn Hüppe, begrüßen. Er ist oft Gast bei uns und das finde ich sehr gut. Da ist immer der kurze Draht gegeben. Jetzt bitte ich Herrn Niemeyer.

Wolfgang Niemeyer (AG Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen): Ich ergänze die Darstellungen von Prof. Dr. Straßburg. Er hat erwähnt, dass wir als Arbeitsgemeinschaft Kinderrehabilitation im August einen Aufruf an alle ersten Direktoren

der Deutschen Rentenversicherung gerichtet haben, in dem wir nachweisen konnten, wieviele Rehabilitationskliniken bereits vom Markt gegangen sind. Hier sind die Zahlen: Wir hatten im Jahr 2002 noch 114 Kliniken für Kinder und Jugendliche – das sind keine Mutter-Kind-Einrichtungen. Diese Differenzierung muss man immer gleich vorweg schicken. Wir haben heute noch 86 Kliniken. Wenn Sie sich vorstellen, dass in jeder Klinik etwa 150 bis 300 Menschen arbeiten, dann wissen Sie, wieviele Arbeitsplätze dort im Laufe der letzten 8 Jahre verloren gegangen sind. Das war der erste Punkt.

Den zweiten Punkt hat Herr Prof. Dr. Straßburg schon sehr deutlich dargestellt: Wir haben eigentlich eine immer größere Zahl an Anträgen, aber die Zahl der Bewilligungen verbleibt spannenweise auf dem Niveau zwischen 41.000 und 42.000. Das kann letztlich niemand erklären – außer man sagt, dass es einen fiskalischen Hintergrund hat. Denn es kann keiner erklären, dass bei 86.000 oder 70.000 Anträgen immer nur 42.000 bewilligt werden. Das wissen auch die Deutschen Rentenversicherungen und wir sind froh und dankbar, dass wir mit den Deutschen Rentenversicherungen so gut zusammenarbeiten können. Ich kann Ihnen das sehr praktisch schildern: Wenn Sie mit 162 Krankenkassen über Kinderrehabilitationen reden, dann sagen diese: „Wir haben alle relativ wenig Ahnung, weil einem Sachbearbeiter vielleicht einmal ein Antrag vorliegt.“ Bei den Rentenversicherungen ist das ganz anders. Die 16 früheren Landesversicherungsanstalten haben sich darauf spezialisiert, wir haben dort wirklich gute Kommunikationspartner, die Kenntnis von stationärer Rehabilitation haben. Medizinische Rehabilitation bedeutet immer gesellschaftliche Teilhabe, d. h. die Kinder und Jugendlichen in einer Rehabilitationsklinik werden dazu „gebracht“, weiter im Leben zu stehen – das sind die Beitragszahler von morgen. Wir erleben in den stationären Rehabilitationskliniken auch, dass wir das letzte Auffangbecken sind. Wenn gar nichts mehr geht, dann kommen diese Kinder in die entsprechenden Fachkliniken. Ich bin selbst Direktor einer Kinder-Rehabilitationsklinik. Daher habe ich diese Zahlen relativ gut im Kopf. Während wir bei 200 Betten etwa 150 bis 180 Mitarbeiter haben – Therapeuten, Ärzte etc. –, hat eine gleich große Mutter-Kind-Einrichtung vielleicht 60 Mitarbeiter. Sie können sich vorstellen, dass eine Einrichtung des Müttergenesungswerkes viel preiswerter arbeiten kann – aber die Leistung ist auch eine andere: Dort gibt es eine Leistung für die Mutter – und das Kind ist die Begleitperson. In der Rehabilitation ist es genau um-

gekehrt: Das chronisch kranke Kind ist die Hauptperson. Bis zum 6., 7. und 8. Lebensjahr ist die Möglichkeit der Begleitung durch Mutter oder Vater oder eine sonstige Person gegeben. Herr Prof. Dr. Straßburg hat die Situation schon dargestellt, dass die Eltern zu einer Krankenkasse gehen und dort ein mögliches Formular des Rentenversicherungsträgers vorgelegt bekommen. Die Mutter merkt dies nicht. Wir haben es wirklich auch mit bildungsfernen Schichten zu tun. Ich habe im Jahr 600 bis 800 Anrufe von Müttern oder Vätern, die eine Ablehnung erhalten haben. Die Ablehnung steht meistens auf einem Papier mit einem großen Briefkopf – da zucken diese Menschen zusammen. Ich sage dann, versucht mit eurem Arzt einen Widerspruch einzulegen. 92 Prozent der Widersprüche gehen durch, denn der Medizinische Dienst der Krankenkasse liest dann die Akte noch einmal. Aber die Eltern trauen sich nicht.

Im Augenblick haben wir ein weiteres großes Problem: Wir haben eine Diskrepanz zwischen den Bewilligungen und den angetretenen Heilmaßnahmen. Diese Diskrepanz erklären wir zurzeit damit, dass wir sehr viele Hartz-IV-Empfänger haben. Wenn einem Kind von Hartz-IV-Empfängern eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zwischen 4 und 6 Wochen genehmigt wird, dann wird der Familie der Ernährungszuschuss für dieses Kind für 4 bis 6 Wochen gestrichen. Das ist rein verwaltungsjuristisch eindeutig, weil dieses Kind ja in der Klinik ist. In der Praxis sieht es aber so aus, dass eine Familie mit 2 Kindern mit 1.800 Euro Leistung dann einmalig 120, 130 Euro weniger erhält – diese Familie schickt ihr Kind nicht in die Rehabilitation. Die Eltern sagen auch, wenn das Kind 4 bis 6 Wochen in einer Rehabilitationsklinik ist, dann braucht es vielleicht 2 oder 3 neue Hosen, denn mein Kind hat nur eine Hose. Wenn dann auch noch dieser Ernährungszuschuss gestrichen wird, dann lässt die Mutter dieses Kind nicht in die Rehabilitation gehen. Ich habe das ausgerechnet. Wir haben ungefähr 42.000 Heilverfahren, ca. 5 Prozent davon sind Hartz-IV-Empfänger. Da gehen 2.100 Maßnahmen verloren. Wenn sie diese mit 4.000 Euro – so teuer ist normalerweise eine stationäre Rehabilitation – multiplizieren, dann hat man ganz still und leise – das will keiner – 8 Millionen Euro eingespart. In den nächsten 10, 20 Jahren entstehen uns aber Kosten, weil genau diese bildungsferne Schicht ihr Kind nicht in die Rehabilitation schicken kann.

Vorsitzende: Vielen Dank. Die letzte Stellungnahme kommt von Herrn Dr. Lampert vom Robert-Koch-Institut. Sie ist uns durch die KIGGS-Studie bekannt, die wir alle sehr aufmerksam studiert haben. Wir warten auf Folgestudien, mit der wir die nächsten Ergebnisse vorgelegt bekommen.

Dr. Thomas Lampert (Robert-Koch-Institut): Ich bedanke mich für die Einladung. Ich bin froh, hier sprechen zu können. Ich weiß, dass die Zeit weit vorangeschritten ist. Ich möchte aber trotzdem zwei Anmerkungen machen. Die eine betrifft die aktuelle Datenlage. Das haben Sie gerade angesprochen. Die andere Anmerkung betrifft ein zentrales Ergebnis der KIGGS-Studie: die gesundheitlichen Ungleichheiten, die von meinen Vorrednern bereits explizit angesprochen worden sind. Zur Datenlage ist zu sagen, dass sich diese in den letzten Jahren deutlich gebessert hat – auch wegen der KIGGS-Studie, nicht nur, aber auch wegen ihr. Sie wissen vielleicht, dass wir seit Mitte der 80er Jahre bei den Erwachsenen große, bundesweit angelegte repräsentative Gesundheitssurveys durchgeführt haben – sowohl Befragungen als auch medizinische Untersuchungen, so dass wir bereits seit 20, 25 Jahren über eine ganz gute Datengrundlage für die Gesundheitsberichterstattung zu den Erwachsenen verfügen. Eine vergleichbare Datenlage für Kinder und Jugendliche haben wir bisher nicht, wenn wir von bundesrepräsentativen Daten sprechen. Wir haben uns in der Gesundheitsberichterstattung damit beholfen, auf Studien und Ergebnisse von Untersuchungen zurückzugreifen, die bestimmte thematische Schwerpunkte oder auch bestimmte Altersbereiche eingegrenzt haben. Ich nenne exemplarisch die Einschulungsuntersuchung und auch viele Untersuchungen, die auf Krankenkassendaten basieren. Diese haben für uns einen hohen Wert – wie gesagt, eine allgemeine Datengrundlage hatten wir nicht.

Diese haben wir in der KIGGS-Studie, die wir zwischen Mai 2003 und Mai 2006 im Auftrag des BMG und des BMBF durchgeführt haben, dann endlich geschaffen. Wie wichtig deren Ergebnisse sind, ist auch aus den Beiträgen meiner Vorredner klar geworden. Wir freuen uns und halten es für wichtig, diese Studien wiederholt durchführen zu können. Wir haben eine Art Bestandsaufnahme gemacht, die auch in Europa in dieser Form einzigartig ist. Wichtig ist, dass wir die zeitliche Entwicklung beschreiben können, dass wir eine Art Gesundheitsmonitoring nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern etablieren können. Dafür müssen wir diese

Untersuchungen regelmäßig im Abstand von 3 bis 5 Jahren durchführen. Wir haben dazu die Möglichkeit im Rahmen des Gesundheitsmonitoring im RKI. Im Moment führen wir eine telefonische Nachbefragung der Probanden durch, die wir im Jahr 2009 einbezogen hatten. Im Jahr 2012 werden wir aktuelle Daten haben – telefonisch erhobene, keine Untersuchungsdaten. Direkt im Anschluss daran werden wir einen Untersuchungssurvey durchführen, in dem wir die Kinder beispielsweise auch messen und die Größe bestimmen. Dann können wir Aussagen darüber treffen, wie sich die Verbreitung von Adipositas in der Zwischenzeit weiterentwickelt hat. Außerdem haben wir einen KIGGS-Längsschnitt, eine KIGGS-Kohorte, d. h. wir verfolgen die Kinder und Jugendlichen, die wir in den Jahren 2003, 2006 erstmalig untersucht haben – damals im Alter von 0 bis 17 Jahren – nun ins junge Erwachsenenalter. Wir können damit in vielen Bereichen – ich nenne exemplarisch Adipositas oder auch die psychische Gesundheit – Verläufe analysieren. Diese Verläufe sind gerade im Hinblick auf die Frage der Determinanten der gesundheitlichen Entwicklung das wirklich Wichtige, weil wir uns bei Zusammenhängen zwischen Adipositas und der sozialen Lage immer gar nicht so sicher sein können, was hier eigentlich was bedingt – was Henne und was Ei ist. Darüber geben nur die Längsschnittdaten Auskunft. Daher sind wir dankbar, diese Daten künftig zur Verfügung zu haben und sind sicher, dass es in Kooperation mit vielen Akteuren und vielen wissenschaftlichen Einrichtungen sehr interessante Analysen hierzu geben wird.

Den zweiten wichtigen Punkt möchte ich aufgreifen, weil er hier bereits angesprochen worden ist. Die KIGGS-Studie hat gezeigt, dass die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwachsen. Über 90 Prozent haben nach der Einschätzung der Eltern einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand. Bestimmte Problemlagen wie Adipositas oder psychische Probleme haben zugenommen. Das gilt auch für allergische Erkrankungen. Wir sehen ganz deutlich, dass diese Problemlagen in den sozial benachteiligten Gruppen kumulieren. Soziale Benachteiligung heißt Armut, aber auch geringe Bildung, Arbeitslosigkeit und Hartz-IV-Empfänger. Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass es einen engen Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Entwicklung gibt. Die gesundheitliche Entwicklung determiniert auch die Bildungschancen von Heranwachsenden genauso, wie die Bildungschancen wiederum die gesundheitliche Entwicklung determinieren. Dieser Zusammenhang ist evident und wird bei uns – das

ist das Neue – in allen Bereichen, die für die gesundheitliche Entwicklung wichtig sind, gezeigt. Wir wussten vorher, dass es Zusammenhänge zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage gibt, beispielsweise aus den Einschulungsuntersuchungen oder aus der HBSC-Studie im Bereich Gesundheitsverhalten; dass wir diesen Zusammenhang aber in allen Bereichen sehen, ist für sich neu. Ich nenne zwei exemplarische Ergebnisse: Das Risiko für Adipositas ist in den unteren Statusgruppen im Vergleich zu den hohen Statusgruppen dreifach erhöht. Das Risiko für psychische Probleme ist um den Faktor 4 erhöht. Das sind nur exemplarische Ergebnisse, die jetzt nicht herausgegriffen worden sind, weil sie besonders eindrücklich sind.

Unsere Ergebnisse zeigen aber auch die Ressourcen, deren Stärkung dazu beitragen, dass auch Kinder aus sozial benachteiligten Elternhäusern eine gute gesundheitliche Entwicklung nehmen. Wird beispielsweise der PISA-Zusammenhang durchbrochen und Kinder aus sozial benachteiligten Elternhäusern schaffen trotzdem den Sprung aufs Gymnasium, dann haben sie deutlich bessere Gesundheitschancen, als die Gleichaltrigen aus den unteren Statusgruppen, die auf eine Real- oder Hauptschule gehen. Ihre Gesundheitschancen unterscheiden sich nicht mehr signifikant von den Mitschülern aus sozial besser gestellten Elternhäusern. Das sollte uns Mut machen und ein sehr starkes Plädoyer für die Stärkung der Bildungspolitik im Sinne von Gesundheitsförderung sein. Vielen Dank.

Vorsitzende: Danke, Herr Dr. Lampert. Wir beginnen jetzt die Fragerunde. Frau Dr. Bunge hat darum gebeten, als erste fragen zu dürfen, da sie weg muss. Sie beginnt und dann fahren wir mit der Kinderkommission und den Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheitsausschuss fort.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Danke für das unkonventionelle Verfahren. Eigentlich müsste ich schon weg sein. Da Ihre Vorträge sehr kritisch und offen waren, hat es mich hier gehalten, um auch alles zu hören. Ich habe meines Erachtens drei kurz zu beantwortende Fragen. Zur ersten Frage: Mit Ihrem Plädoyer für das Präventionsgesetz rennen sie bei den anwesenden Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitikern offene Scheunentore ein. Auch der Ansatz, nicht nur Verhaltens-, sondern auch Verhältnisprävention zu betrachten, wird von vielen geteilt. Wir

haben eine Vielzahl von Modellen und viele Menschen engagieren sich an unterschiedlichen Stellen – aber die Modelle laufen punktuell oder temporär ein bis drei Jahre, dann sind sie wieder weg. Es wird oft gesagt, man müsse die Modelle analysieren – es ist ja nicht alles gut, was ausprobiert wird. Mich würde die Antwort von Herrn Dr. Fegeler und Herrn Prof. Dr. Zepp auf die Frage interessieren, ob Sie mit Ihren jeweiligen Gesellschaften, in denen Sie aktiv sind, an der Analyse solcher Modelle beteiligt sind. Wenn gesagt wurde, dass sich auch die Entwicklung weiterdreht und man für vieles auch die Ursachen erkennt: Gibt es von Ihnen auch Impulse für Präventionsprojekte?

Zur zweiten Frage: Als Gesprächsgrundlage haben wir den Beschluss von 2002. Der Brief des Bundesgesundheitsministers, den wir das letzte Mal von Frau Strecker vorgestellt bekommen haben, stellt die aktuelle Situation dar. Dort gibt es keine Antwort zum dritten Punkt „Kindergerechte Untersuchungs- und Behandlungsgeräte“. Dieses Thema steht heute auf der Tagesordnung – und von Ihnen ist jetzt auch kein Beitrag zu diesem Thema gekommen. In dem Antrag wurde dieser Punkt auch kurz gehalten. Aber wenn man sich überlegt, dass allein der Einsatz von zu großen Gerätschaften zunächst unnötige Schmerzen mit sich bringt, Behandlungszeiten und Operationen, Narkosezeiten länger dauern, längere Liegezeiten bis hin zu kosmetischen Problemen entstehen – dann bin ich über das Stillschweigen überall etwas verwirrt. Vielleicht können Sie mich aufklären.

Zur dritten kurzen Frage: Ihre Ausführungen zur Bewilligungspraxis in der Rehabilitation haben mich sehr betroffen gemacht. Im Gesundheitsausschuss sind die Mutter-Kinde-Kuren unser Beritt. Als diese zur Pflichtleistung der Krankenkassen gemacht wurden, gab es dort eine Entwicklung; diese geht aber schon wieder zurück. Nach meiner Einschätzung hängt dies mit dem Gesundheitsfonds zusammen, nämlich dass Krankenkassen ganz einfach sparen und hier eine gewisse Option für weniger Bewilligungen sehen. Ich kenne die Begründungen der Krankenkassen Ihnen gegenüber nicht. Könnte es auch damit zusammenhängen, dass gesagt wird, wir haben in den letzten Jahren 10 Prozent weniger Kinder und wir bewilligen im gleichen Umfang, und dabei gar nicht der Aspekt berücksichtigt wird, wie weit sich die Gesundheitszustände von Kindern verschlechtern? Was raten Sie uns? Was können wir tun?

Vorsitzende: Vielen Dank, Frau Dr. Bunge. Die Fragen der Kolleginnen gleich anschließend? Herr Wunderlich.

Abg. **Jörn Wunderlich** (DIE LINKE.): Vielen Dank für Ihre Darstellung und Ihre Vorstellungen, wie es weitergehen könnte. Ich habe im Grunde eine Frage an alle. Bei allen kam ansatzweise die Enttäuschung durch, dass nicht so viel umgesetzt worden ist, wie in diesem fraktionsübergreifenden Antrag, der vor fast 9 Jahren gestellt wurde, gefordert wurde. Eben wurde ein Schreiben des Bundesgesundheitsministers vom 9. Dezember 2010 vorgelegt. Dort heißt es, dass „die Sicherstellung einer hochwertigen medizinischen Versorgung für Kinder und Jugendliche zentrales Anliegen des BMG ist. Dies zeigt die Fülle an gesetzlichen und untergesetzlichen Initiativen und Maßnahmen, die hierzu erfolgreich umgesetzt und weiterhin umgesetzt werden. Es zeigt im Rückblick eindrucksvoll, dass die im Jahr 2002 angestrebten Maßnahmen im Bereich der Pädiatrie nahezu vollständig umgesetzt wurden.“

Demgegenüber habe ich Ihre Ausführungen so verstanden, dass dies gerade nicht der Fall ist. Dies gilt insbesondere auch für den Abbau des öffentlichen Gesundheitswesens, den Sie kritisieren. Die systematische Gesundheitserziehung in den Schulen und Kindergärten war gefordert worden – wurde aber nicht umgesetzt oder nur partiell und ganz vereinzelt. Das Präventionsgesetz ist kritisiert worden. Das steht den Ausführungen von Herrn Rösler diametral entgegen. Haben Sie eine Erklärung dafür? Haben Sie eine falsche Sichtweise auf die Realität oder Herr Rösler oder sehe ich das alles falsch?

Vorsitzende: Wir machen jetzt eine erste Antwortrunde, weil Frau Dr. Bunge gehen muss. Wer beginnt mit den Antworten? Sie müssen sich einigen.

Prof. Dr. med. Fred Zepp (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin): Als erster Punkt waren die Programme angesprochen worden. Diese sind zum Teil räumlich, zum Teil zeitlich begrenzt. Wie werden sie umgesetzt? Wie wirken sie sich in der Fläche aus oder verschwinden sie wieder? Wie ist ihre Wirksamkeit? Sie sprechen damit Themen an, die wir unter „Versorgungsforschung“ zusammenfassen. Das ist spannend, weil wir zu diesem Thema gestern ein Symposium bei uns in der Universität hatten. Dazu müssten Sie vielleicht auch eine Sitzung durchführen, weil

unter diesem Begriff jede Berufsgruppe etwas anderes versteht. Wir arbeiten auch mit der Bundesärztekammer und dem Berufsverband zusammen, die solche Projekte auflegen und fassen das in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin zusammen.

Wir an der Basis gehen davon aus, dass sich Versorgungsforschung darauf konzentriert zu überprüfen, ob eine Maßnahme – z. B. eine Früherkennungsuntersuchung – in der langen Entwicklung populationsbezogen positive Effekte im Hinblick auf die Gesundheit erzielt. Hier besteht ein echtes Defizit in diesem Land, weil es faktisch keine adäquate Finanzierung dafür gibt. Das Thema ist z. B. auch von der Deutschen Forschungsgemeinschaft aufgegriffen worden; aber dort liegt der Fokus auf der Methodenforschung. Dies ist auch wichtig. Dort, wo akademisch gearbeitet wird, geht es häufig um Methoden. Wir haben so viele plausible Konzepte – das ist auch ein bisschen das Problem, wenn wir über Prävention reden: Es ist plausibel, etwas zu machen, aber es gehört auch dazu, dass wir sie überprüfen. Hierfür müssen wir Ressourcen bereitstellen. Wir müssen z. B. Forschungsfelder in den öffentlichen Institutionen motivieren, dort Ressourcen zu diskutieren und an der Basis zu schauen, ob wir wirklich das zurückbekommen, was wir erwarten. Insofern – ja, die Fachgesellschaften kümmern sich darum. Alleine die Fachgesellschaften können es aus den Beiträgen der Mitglieder aber nicht tragen. Das ist ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag, den wir gerne gemeinsam mit unserer Kompetenz und unseren Ressourcen schultern. Aber wenn wir Nachhaltigkeit erzielen wollen und aus dem breiten Spektrum der möglichen Präventionsmaßnahmen diejenigen herausfiltern, die wirklich voranbringen, dann müssen wir gemeinsam diskutieren, wie wir mehr Mittel bereitstellen.

Dr. med. Ulrich Fegeler (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Herzlichen Dank, Herr Prof. Dr. Zepp. Ich kann Ihre Ausführungen nur unterstreichen. Wir haben in der Tat in Deutschland zu wenig Versorgungsforschung. Wir fangen gerade an, uns auf diesem Gebiet zu etablieren. Da besteht ein großer Nachholbedarf. Das hat verschiedene Gründe. Ein Grund ist sicher immer das Geld. Das kann man klipp und klar sagen: Wir brauchen einfach mehr Geld. Zustandsforschung macht gerade das RKI. Wir haben mit der KIGGS-Studie – das haben Sie gut dargestellt – eine weltweit in dieser Form fast einmalige Untersuchung. Wenn diese jetzt fortgeführt

wird, sind wir alle sehr glücklich. Das ist hervorragend. Aber wir benötigen eine ähnliche Qualität auch im Bereich der Versorgung. Es geht ja nicht nur darum, welches Medikament 100-prozentig wirkt – diese Forschung läuft natürlich. Es geht auch darum, welche Maßnahmen funktionieren.

Ich möchte Ihnen kurz ein Beispiel der erweiterten Versorgungsforschung aus Amerika darstellen. Sie wissen, uns treibt die zunehmende Zahl an sozial bedingten Formen der frühen kindlichen Entwicklungsstörungen wirklich um. Das ist ein Thema, das Herr Prof. Dr. Straßburg in seiner Spezialeinrichtung eventuell noch in der extremen Variante findet. Wir sehen es in anderen Varianten. Wir sehen eine zunehmende oder zumindest nicht abnehmende Zahl von Kindern, die die Grundfähigkeiten, die ihnen mitgegeben wurden, nicht ausreichend entfalten. Das liegt in der Tat an einer anregungsarmen Familie. Ich sage das so ganz provokativ. Dafür gibt es viele Gründe. Vorhin wurden einige genannt. Wir wissen, dass diese Kinder eine schlechte Schulprognose haben. Das kennen wir aus vielen Untersuchungen. Wir haben das seitens des Berufsverbandes aber auch in der Arbeitsgruppe – ich arbeite sehr eng mit Pädagogen zusammen – auf verschiedenen Symposien festgestellt. Es gibt dazu hervorragende Untersuchungen. Die Schulprognose ist schlecht. Wenn die Kinder überhaupt einen Schulabschluss erreichen, dann meistens einen niederrangigen. Ein Großteil der Schulabbrüche – wir klagen zurzeit in der Bundesrepublik über ungefähr 70.000 pro Jahr – hängt ganz wesentlich damit zusammen. Es gibt auch noch einige andere Gründe, aber wesentlich ist im Prinzip die Herkunft, wesentlich ist die frühkindliche Entwicklung. In Amerika hat man das früh erkannt. Es gibt aus den 60er Jahren bis heute ein fortgesetztes Konzept. Man hat begriffen, dass wenn man diese Kinder in der frühen kindlichen Entwicklung – zwischen dem 2. und 5. Geburtstag – systematisch fördert, dann erhält die Gesellschaft einen gigantischen Gewinn. Es geht wirklich nur um die frühkindliche Förderung.

Herr Prof. Dr. Zepp, Sie haben vorhin über die vielen epigenetischen Faktoren gesprochen und über das priming, dieses frühe Prägen – dazu gehört wahrscheinlich nicht nur das, was wir hinterher somatisch messen können, dazu gehört noch viel mehr: Wahrscheinlich das, was wir in der kognitiven oder vielleicht sogar in der sozialen Entwicklung überhaupt feststellen können. Wenn wir diese Kinder früh so prägen, dass sie eine ausreichende Entfaltung ihrer angeborenen Fähigkeiten mitbekommen, um eine günstige Schulprognose zu erreichen, dann profitiert die Gesell-

schaft. Ich darf dieses Perry Preschool Projekt darstellen: Dies ist eine Studie, die in den Vereinigten Staaten seit 40 Jahren läuft. In regelmäßigen Abständen gibt es Berichte. Es sind 120 Lebensläufe von Kindern aus einem damals sozial prekären Gebiet verfolgt worden. Jeder dieser Lebensläufe wurde bis heute ökonomisch durchgerechnet. Die Hälfte der Kinder erhielt eine bestimmte Förderung, die andere hat man ihrem Schicksal dort überlassen. Die beiden Gruppen hat man bis heute verglichen. Sie glauben gar nicht, wie eminent diese Unterschiede sind. Von dort kommt die berühmte Zahl, die immer wieder von James Heckman – das ist ein Nobelpreisträger der politischen Ökonomie – genannt wird: Ein investierter Dollar bringt das 16-fache an Wert zurück – 12-fach für die Gesellschaft und 3-fach für das Individuum selbst. Wenn man diese Studie gelesen hat, dann gibt es eigentlich keine Fragen mehr. Man muss sagen: Der gesellschaftliche Gewinn ist enorm. Was man an individueller Förderung – es geht jetzt gar nicht um das individuelle Schicksal dieser Menschen, es geht vielmehr um pure nüchterne Politökonomie – in diese Kinder hineinsteckt, erhält die Gesellschaft zurück. Deswegen ist es mir so unverständlich, dass wir hier nichts tun. Wir tun so, als ob wir noch eine zweite Jugend im Kofferraum hätten. Aber mit derjenigen, die jetzt da ist, wird zu wenig getan.

Es wird immer über frühkindliche Bildung geredet – aber was unten ankommt, ist zu wenig. Da müssen wir viel mehr tun. Dafür benötigen wir qualifizierte Einrichtungen und nicht nur die Masse. Die Qualität muss eine große Rolle spielen, damit sich diese Kinder ausreichend entfalten können. Das ist eine ganz wichtige Forderung – es ist eine ganz unärztliche und unmedizinische Forderung. Aber ich weiß, dass wir mit einem Großteil der Probleme, die diese Kinder dann entwickeln, nicht ausreichend fertig werden. Hier könnte man auf eine ganz andere Art und Weise Primärprävention betreiben.

Vorsitzende: Herr Prof. Dr. Straßburg.

Prof. Dr. H. M. Straßburg (Universitäts-Kinderklinik Würzburg): Darf ich zu der Frage von Frau Dr. Bunge noch einige Anmerkungen vornehmen. Sie haben nach Präventionsprojekten gefragt. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, der Berufsverband und die Gesellschaft für Sozialpädiatrie sind in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin zusammengefasst. Diese hat eben

die Versorgungsforschung mit aufgegriffen. Es werden erste Projekte durchgeführt, die z. B. von der Berlin School of Public Health in Berlin an der Charité von Frau Prof. Babitsch mit begleitet werden. Einige dieser Erkenntnisse sind jetzt auch in den Gemeinsamen Bundesausschuss eingeflossen – zum Beispiel bei der Diskussion um die Einführung einer zusätzlichen Untersuchung zwischen dem 5. und dem 12. Lebensjahr. Dazu hat es ganz solide Untersuchungen gegeben. Zusätzlich ist auch bei der Einführung der U7a einiges an Evaluation vorgenommen worden. Aber dieser Bereich muss ohne Zweifel wesentlich ausgebaut werden. Wir machen jetzt eine Versorgungsstudie für Kinder in den sozialpädiatrischen Zentren. Wir wollen auf Dauer schauen, was aus diesen Kindern weiter wird.

Sie haben das Thema der kindgerechten Untersuchungsgeräte angesprochen. Es ist einerseits eine Selbstverständlichkeit, dass in einer Allgemeinpraxis Kinder nicht betreut werden können, wenn dort keine entsprechende Waage, keine Blutdruckmessgeräte oder keine sonstigen Geräte vorhanden sind. Bei spezifischen Operationen ist dies nur zum Teil ein Problem. Aber in diesem Zusammenhang möchte ich auf die große Problematik hinweisen, dass 50 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland immer noch nicht in Kinderkliniken, sondern in Erwachsenenkliniken stationär betreut werden. Dort sind sie oftmals, wenn sie mit alten Menschen in einem Zimmer zusammen liegen, absolut fehl am Platz. Sie gehören in Kinderkliniken. Von den Kinderkliniken aus muss dann organisiert werden, wo eine fachgerechte Operation durchgeführt werden kann.

Ein Wort zum Thema Mutter-Kind-Kuren: Es war nach dem 2. Weltkrieg sicherlich eine enorme Leistung, dass man diese Einrichtung für psychisch und körperlich ausgelaugte Mütter eingeführt hat. Dazu kann ich als Kinderarzt nicht sehr viel sagen. Aber der Bedarf an solchen Mutter-Kind-Kuren ist bei den Kindern und Jugendlichen, die zu uns in die Einrichtungen kommen, relativ gering. Viele Mütter sagen, wir müssen arbeiten, wir würden unseren Arbeitsplatz verlieren oder wir haben sonstige Probleme. Der Bedarf an Rehabilitationseinrichtungen für Kinder ist meiner Ansicht nach wesentlich größer. Denn dort kann – wie wir das vorhin auch gehört haben – fachspezifisch für die Gesundheit der Kinder wirklich etwas erreicht wird.

Vorsitzende: Ich möchte hierzu anmerken, dass dies zwei völlig unterschiedliche Angebote und zwei völlig unterschiedliche Zielgruppen darstellen. Es wäre nicht

klug, beide zu vermischen. Herr Prof. Dr. Zepp und Herr Niemeyer wollen noch antworten. Dann würde ich gerne in die nächste Fragerunde gehen.

Prof. Dr. med. Fred Zepp (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin): Noch eine kurze Ergänzung zu kindgerechten Technologien: Die erforderlichen Technologien sind heute vorhanden. Es gibt moderne Fertigungstechniken. Es ist eher die Frage, ob sie überall vorhanden sind. In Universitätskliniken, in den großen Kliniken finden Sie sie. In der Fläche wird es alleine schon von den Kosten her, weil die Produkte in geringerer Menge gefertigt werden als für die Erwachsenen, problematisch. Es ist sicherlich ein Kostenproblem, sie z. B. in kleineren Häusern verfügbar zu machen und sicherlich geht es nicht in Häusern der Erwachsenenmedizin, die Kinder mal mit betreuen. Die Technologie haben wir. Die Frage ist, stellen wir sie jedem Kind zur Verfügung.

Wolfgang Niemeyer (AG Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen): Das sind zwei Seiten einer Medaille. Zum einen haben die Krankenkassen keine genauen Daten darüber, wieviele Rehabilitationsverfahren sie überhaupt für Kinder und Jugendliche jedes Jahr bezahlen. Ich war vor drei Wochen beim Bundesverband der Krankenkassen. Dieser bestätigte, dass sie diese Daten nicht haben, weil die einzelnen Krankenkassen nicht verpflichtet sind, die Daten dem Bundesverband zuzuleiten. Zum andern haben sie keine Differenzierung zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, d. h. wenn sie von der Krankenkasse eine Zahl über Rehabilitationsmaßnahmen erhalten, dann ist das ein „Brei“. Ich bin selbst Sozialwissenschaftler – dafür hätte ich garantiert kein Diplom erhalten. Dieses Dilemma haben wir. Außerdem haben wir weiterhin einen unterschiedlichen Antragsweg bei Rentenversicherung und Krankenkassen. Ich habe vor einem Monat einen großen Lacher erzielt, als ich einmal das Formular 60 und einmal das Formular 61 der Krankenkassen dargestellt habe. Es gibt nämlich folgendes Verfahren für die Rehabilitation bei den Krankenkassen: Als erstes kommt das Einleitungsverfahren und als zweites das Verordnungsverfahren. Das bedeutet, dass der Arzt das Formular 60 an die Krankenkasse schickt, damit er dann das Formular 61 bekommt. Das gibt es nur in Deutschland! Es gibt auch Menschen, die dieses Formular eifrig verteidigen, weil man es ja vor 8 Jahren erfunden hat. Sie können sich aber vorstellen, dass man mit diesem Formular-

wesen Kinderrehabilitation verhindert. Es wäre ein großer Fortschritt, ein Formular zu streichen und ein einheitliches Verfahren bei Rentenversicherung und Krankenkassen einzuführen. 3 Prozent aller Rehabilitationsmaßnahmen sind Kinder-Rehabilitationsmaßnahmen. Bei den Rentenversicherungsträgern gibt es sie nur als freiwillige Leistung. Wir fordern, dass sie bei den Rentenversicherungen zu einer Pflichtleistung nach § 15 SGB VI werden. Das ist für uns sehr wichtig. Dann wären wir vielleicht bei 4 Prozent. Es ist immer eine Verschiebemasse: Da es sich um eine freiwillige soziale Leistung handelt, kann man immer ein bisschen abstreichen – auch wenn das nach außen nicht so gesagt wird. Aber ich habe einige Briefe der Rentenversicherung, die besagen, unsere Haushalte sind knapp und da sparen wir auch bei den Kindern.

Vorsitzende: Danke. Die Anfrage von Herrn Wunderlich müssen wir noch unkommentiert stehen lassen, wir müssen sie noch diskutieren. Es hat sich noch Frau Dörner, Frau Bracht-Bendt und Herr Pols gemeldet.

Abg. **Katja Dörner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine umfassende und eine eher konkrete Frage. Die erste Frage bezieht sich auf den sehr engen Zusammenhang von Herkunft und Gesundheitsentwicklung. Wir haben hier kein Erkenntnisproblem mehr, wir haben ein gravierendes Umsetzungsproblem. Wir haben im Familienausschuss mehrfach über den 13. Kinder- und Jugendbericht, der genau diesen Zusammenhang thematisiert, diskutiert. Viele Maßnahmen müssten sich eigentlich verstärkt im pädagogischen Bereich, in der Kinder- und Jugendhilfe, im SGB VIII abspielen und weniger im klassischen Gesundheitssystem. Meine Frage – jenseits dessen, dass wir uns alle darüber im Klaren sind, dass wir Gesundheitsprävention als Setting in der Kita und in der Schule benötigen – lautet: Wo sehen Sie noch gravierende Schnittstellenproblematiken zwischen diesen beiden Systemen, also Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem?

Die beiden eher konkreteren Fragen beziehen sich zum einen noch einmal auf ADHS. Das Problem besprechen wir zwar noch einmal als gesonderten Tagesordnungspunkt, aber sicherlich können Sie uns auch einiges dazu sagen. Wir haben in der letzten Sitzung vom Bundesgesundheitsministerium von einer neuen Regelung erfahren, dass entsprechende Medikamente tatsächlich nur noch von Fachärzten

verschrieben werden dürfen und die Medikamentenausgabe mit anderen therapeutischen Maßnahmen einhergehen muss. Inwiefern wird das tatsächlich umgesetzt? Denn auf der anderen Seite sehen wir weiter steigende Zahlen von Medikamentenvergaben, und das spricht für mich als Nicht-Insiderin in dieser Fragestellung nicht dafür, dass diese Regel in der Fläche so umgesetzt wird, wie es positiv angedacht ist.

Die Frage der Ausbildung von Kinderkrankenpflegern und Kinderkrankenschwestern ist heute noch gar nicht zur Sprache gekommen. Wir behandeln dieses Thema auch noch – aber Sie haben auch mit diesem Bereich zumindest indirekt viel zu tun. Wir haben die Diskussion, dass der Ausbildungsberuf hin zu einer verstärkten Breitbandausbildung wieder reformiert werden soll. Wie bewerten Sie dieses Vorhaben vor dem Hintergrund der Notwendigkeit spezifischer Qualifikationen im Umgang mit Kindern, besonders mit kranken Kindern?

Vorsitzende: Danke. Frau Bracht-Bendt, bitte.

Abg. **Nicole Bracht-Bendt** (FDP): Herzlichen Dank für Ihre bisherigen Ausführungen. Ich möchte nur anmerken, dass man die Rehabilitationsmaßnahme nicht gegen die Mutter-Kind-Kur ausspielen kann. Beide Maßnahmen sind sehr wichtig, denn wenn die Mutter gesund ist, dann hat dies auch Einfluss auf die Familie und damit stellt eine Mutter-Kind-Kur eine Präventionsmaßnahme für die gesamte Familiensituation dar, die auch Kosten für die Zukunft verhindert.

Es war ein Verbot für Medien und Fernsehen angesprochen worden. Da hätte ich gerne gewusst, wie Sie sich das vorstellen? Wie kann man da in der Umsetzung ansetzen?

Sie hatten auch die psychosomatischen Erkrankungen bei Kindern angesprochen. Wo sehen Sie einen Handlungsbedarf und Handlungsansatz? Wie können wir da vorgehen?

Abg. **Eckhard Pöls** (CDU/CSU): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Was mir bei solchen Diskussionen viel zu kurz kommt, ist die Elternverantwortung. Die Elternkompetenz müsste eigentlich gestärkt werden. Ich sehe hier den Ruf nach dem Staat – das ist für mich bald Sozialismus pur, dass wir immer nur nach dem Staat rufen.

Dass wir eine vernünftige frühkindliche Bildung haben müssen – da gebe ich Ihnen völlig recht. Je mehr wir in der Prävention leisten, desto weniger müssen wir hinterher nachbessern. Völlig richtig! Aber wir müssten eigentlich zusehen, dass wir auch die Elternkompetenz verstärken. Beim Verbot des Fernseh- und Medienkonsums und gleichzeitig des Konsums von Süßigkeiten stimme ich mit meiner Kollegin überein – Herr Dr. Fegeler, Sie hatten das Thema angesprochen. Es ist natürlich schwierig zu sagen: „Du darfst nur eine Schokolade in der Woche essen.“ Wir haben vor einem halben Jahr mit den Vertretern der Süßwarenindustrie dieses Thema besprochen. Alle sagen: Auch wenn ich zu McDonald's gehe, alles in Maßen und im Rahmen genossen, dann ist auch der Konsum von Süßigkeiten in Ordnung. Man müsste vielleicht an eine generelle Selbstverpflichtung von Kaufhäusern gehen, damit diese den Schokoriegel nicht gerade neben die Kasse hinlegen. Dazu müsste man kommen. Sie sprechen von der Ampelkennzeichnung dieser Lebensmittel. Ich glaube, das ist zu kurz gegriffen: Rot ist schlecht, Gelb ist verträglich und Grün ist gut. Das ist auch stark in die Kritik geraten. Diesen Ansatz sehe ich nicht so als zielführend an.

Vorsitzende: Gehen wir in die letzte Antwortrunde. Fangen wir mit Herrn Dr. Fegeler an. Herr MdB Dr. Terpe, ich habe Sie nicht gesehen. Bitte!

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich wollte noch einmal zu der Weiterbildung nachfragen. Diese Frage ist gerade im niedergelassenen Bereich für die Pädiatrie von Bedeutung. Ich wollte Sie fragen, ist dies die einhellige Meinung aus dem niedergelassenen Bereich? Weil ich auch andere Stimmen höre, die sagen, die pädiatrische Ausbildung ist an den Kliniken besser aufgehoben. Denn es wird immer gesagt, wir als Pädiater im niedergelassenen Bereich sind ohnehin schon so wenige und unsere Sprechstunden sind voll und wir können uns gar nicht ausreichend kümmern. Es gibt auch solche Meinungen. Dann wäre ich bei der Frage, ob dieser Engpass nicht schon bei den Ausbildungsstellen in den Kliniken anfängt. Es ist ja wohl auch ein Problem, dass wir zu wenige Weiterbildungsstellen in der Pädiatrie im klinischen Bereich haben. Ich bin sehr froh über die Fragen des Kollegen von der CDU. Wir werden ja noch eine ausreichende Antwort dazu erhalten. Man kann auch einmal von Nachbarn, von England, lernen. Ich glaube, die Süßwarenin-

dustrie kann ihr Geld auch verdienen, wenn sie ihre Süßigkeiten anders zusammensetzt. Bei der Cola ist es genau das gleiche. Wir wissen doch auch, dass es im Grunde ein Getränk ist, das geradezu zur Adipositas führt. Da muss man doch etwas unternehmen.

Vorsitzende: Wir sollten in 12 Minuten die Antwortrunde abgeschlossen haben, denn wir müssen um 18.00 Uhr Schluss machen. Wir haben heute Abend noch ein Essen mit der Ministerin. Da dürfen wir nicht zu spät kommen.

Dr. med. Ulrich Fegeler (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Ich versuche ganz schnell zu antworten. Die Weiterbildung zum Pädiater erfolgt selbstverständlich weiterhin in der Klinik. Da gibt es überhaupt keinen Dissens. Die Klinik ist unerlässlich. Man muss ein Spektrum von Erkrankungen gesehen haben, man muss Fertigkeiten entwickelt haben. Das lernt man nicht ausschließlich in der Praxis. Nur wenn jemand Allgemeinpädiatrie machen will, dann sollte er eine Zusatzqualifikation oder eine Zusatzweiterbildung dazu absolvieren. Dafür brauchen wir eine besondere Weiterbildung, die momentan so nicht gegeben ist. Das ist noch gar nicht in trockenen Tüchern. Momentan gibt es learnig by doing – das finden wir falsch. Die ambulante Allgemeinpädiatrie ist ein sehr komplexes Versorgungsfach und bedarf bestimmter Fähigkeiten. Da sind wir dran. Das ist keine Frage.

Ich bin nicht für ein Verbot von Süßigkeiten. Ich hoffe nicht, dass das so verstanden worden ist. Ich habe gesagt, dass die Werbung für Süßigkeiten im Rahmen dieser typischen Kindersendungen verboten werden sollte. Das ist mein Aspekt. Beim Verbot von Süßigkeiten gebe es eine Revolution in Deutschland – das ist eine illusorische Forderung. Aber schauen Sie sich einmal eine Kindersendung morgens ab 5.00 Uhr an. Ich frage die Eltern: „Was machen die Kinder, wenn sie aufstehen?“ Die Eltern antworten: „Das Kind sitzt vor dem Fernseher und schaut seine Serie um halb sechs Uhr morgens.“ Die Kinder sind vollgestopft mit Werbung für Süßigkeiten und für Spielzeuge. Dasselbe gilt für die Nachmittagssendungen. Da meine ich, dass man zumindest ein Verbot dieser Werbung aussprechen könnte ...

Abg. **Eckhard Pöls** (CDU/CSU): Mir ging es eigentlich um die Elternverantwortung.

Dr. med. Ulrich Fegeler (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Das kommt noch. Das Problem ist, Sie haben völlig recht. Ich wäre absolut glücklich, wenn wir überall kompetente Familien und Eltern hätten. Wir reden jetzt nur von den Familien und den Kindern, die nicht mehr diese intakte Familie und Umgebung haben. Das ist ja das Problem. Selbstverständlich sollte man die Elternverantwortung hier mit in den Vordergrund stellen. Ich würde nicht sagen, raus mit den Kindern aus den Familien und die Eltern links liegen lassen. Das wäre völlig falsch. Mir schwebt ein Modell vor – ich will es jetzt nicht weiter ausführen, weil es schnell gehen soll –, das England entwickelt hat. Das sind richtige Familienkompetenzzentren, in denen man über die Kinder an die Familien, an die Eltern herankommt. Selbstverständlich holt man die Eltern mit ins Boot. Das ist ein komplexes Thema. Ich fange jetzt nur irgendwo an. Nur: Wir dürfen die Kinder mit diesen Problemen und die nicht mehr ausreichend von ihren Eltern gefördert werden nicht vergessen und sagen: „Jetzt machen wir zuerst mal Elternschulung“, sondern wir müssen gleichzeitig ansetzen. Denn diese Kinder wachsen, sie warten nicht mit dem Wachsen. Sie entwickeln sich jeden Tag weiter und jeder Tag Verlust an früher Förderung ist ein Verlust für das Leben. Das meine ich damit. Deswegen muss mit diesen Kindern mehr passieren.

Es gab noch die Frage zum Verhältnis von Jugendhilfe und Kitas. Sie haben völlig recht: Man müsste das gar nicht in dieser Form als paralleles System laufen lassen. Ich bin der Meinung, dass wir ein integriertes Frühförderungskonzept für die Kinder im Kindertagesstättenbereich in Deutschland benötigen. Da sind wir gerade dabei. Ich bin Mitglied in einer Gesellschaft, die hierzu eine Studie durchführt, die sich um Kitaqualität etc. kümmert. Sie versucht, umfassende Konzepte aufzubauen und Konzepte zu dem, was momentan vorhanden ist, zu entwickeln. Das ist eben die Jugendhilfe. Es gibt überall „irgend etwas“ – das ist das Problem. Dieses gibt es dann leider auch nur temporär. Wir brauchen Kontinuität, ein verlässliches Konzept. Wenn ein Kind in Schleswig-Holstein in eine Kita geht und gefördert wird, dann muss es die gleiche gute Förderung wie in Bayern sein. Es kann nicht sein, dass die Qualität immer nur von dem individuellen Interesse einer Kita-Leiterin abhängt.

Es ist für mich klar, dass ich Kindern nicht verbieten kann, fern zu sehen. Wir können nur die Eltern darauf hinweisen, wie wichtig es ist, mit ihren Kindern zu lesen und Bilderbücher anzuschauen. Es gibt natürlich Konzepte im Sinne der

Salutogenese, d. h. der Erziehung zu einem gesunden Verhalten, die man in den Kindertagesstätten und in den Schulen ansprechen kann. Was ist sinnvoller Fernsehkonsum? Es gibt kaum Schulen, die das Fach Medienkonsum haben. Das gibt es mal in einzelnen Projekten. Aber ein Fach Medienkonsum wäre ausgesprochen sinnvoll. Es gibt IT – das finden sie in jeder Schule. Dort ist man stolz auf die Supercomputer. Aber wie gehe ich verantwortungsvoll mit Medien um? Dieses Fach gibt es nicht. Das ist das große Problem.

Prof. Dr. med. Fred Zepp (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin): Ich versuche, die Themen komprimiert anzusprechen. Ich fange von hinten an – Punkt 1: Pädiatrische Ausbildung. Da ist es in der Tat so, dass durch den Präventivfortschritt in der ambulanten Versorgung ein ganzes Spektrum an neuen Erkenntnissen in der heutigen ambulanten Medizin entstanden ist, das wir in der Form in stationären Weiterbildungen nicht darstellen. Aber wir werden nie auf ein Grundkonzept der pädiatrischen Weiterbildung im stationären Bereich verzichten können. Es ist die Disziplin, die die größte Vielfalt an Krankheiten bearbeiten muss. Wir diskutieren über mehr als 6.000 verschiedene Diagnosen. Es ist ganz klar, dass die Studierenden nur die Diagnose stellen werden, von der sie irgendwann einmal gehört haben. Das heißt, es liegt in der Verantwortung des Kinderarztes, sich in der Krankheitslehre der Kinder und Jugendlichen auszukennen. Sie müssen aufmerksam werden und sagen, da stimmt etwas nicht. Denn erst dann können sie die Kinder den Spezialkliniken zuweisen. Wenn sie das nicht in der Ausbildung gelernt haben, dann funktioniert es nicht. Wir müssen die Weiterbildungsordnung um den ambulanten Sektor ergänzen. Wir müssen aber auch die niedergelassenen Kollegen in die Lage versetzen, solche Ausbildungen durchzuführen. Das ist nicht finanziert. Genauso wenig wie es im stationären Bereich finanziert ist – deshalb werden die Stellen weniger. Weiterbildung ist faktisch im Kostenansatz nicht finanziert. Wir befinden uns in der Ökonomisierung der Medizin. Es wird faktisch nur noch das bezahlt, was sich lohnt. Das ist völlig in Ordnung – aber in diesem System ist Weiterbildung nicht finanziert. Das heißt, die Krankenhausketten verabschieden sich langsam aus der Weiterbildung und fokussieren sie auf Universitäten usw., weil sie sich nur noch mit Fachärzten ausstatten, um diese Kosten zu sparen und damit ihre Gesund-

heitsversorgungsleistungen kostengünstiger erbringen zu können. Das sind Defizite, die man aufgreifen muss, wenn man verbessern will.

Der zweite Punkt war die Kinderkrankenpflege. Das ist ein wichtiges Thema. In Ihre Richtung – Herr Pols: Nur weil wir ein Thema nicht angesprochen haben, heißt das nicht, dass es uns nicht interessiert oder dass wir uns nicht darum kümmern. Wir haben versucht, möglichst viele Themen – aber längst nicht alle – in unsere Vorträge aufzunehmen. Wir werden uns möglicherweise den europäischen Entwicklungen in der Kinderkrankenpflege anpassen müssen. Aber wir müssen im Auge behalten, dass wir unsere Kompetenz für Kinder und Jugendliche erhalten.

Zu den Schnittstellenproblemen: Das ist sicherlich wichtig. Manchmal ist in der Politik Wahrhaftigkeit gefragt und ein klares Bekenntnis, dass diese Themen wichtig sind. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Als wir letztes Jahr über die H1N1-Grippe diskutierten, boten wir den Schulen an, in die Schulen zu kommen und Fortbildungen zu veranstalten oder präventiv tätig zu werden. Die Elternvertreter haben dann darüber abgestimmt, ob wir in die Schule kommen dürfen oder nicht – Entschuldigung! Das kann nicht sein, entweder haben wir ein Ziel und dann müssen wir und die Politik – und das ist dann vielleicht auch Gesundheitspolitik, nein, in diesem Fall ist es die Bildungspolitik – deutlich sagen, das wollen wir, weil es in unserem Interesse ist. Es kann nicht sein, dass es Beliebigkeiten folgt. Wenn wir gemeinsam erkannt haben, dass eine wertvolle Maßnahme zu ergreifen ist, dann sollten wir deutlich sagen: „Das ist so.“ Dies ist wegen des Föderalismus sicherlich schwierig – das habe ich in den vielen Jahren in den Ämtern gelernt –, aber manchmal müssen wir mit einer Stimme sprechen, um zu handeln und den Leuten vermitteln, dass es uns am Herzen liegt.

Selbstverständlich ist Elternkompetenz von Bedeutung. Nur – das wissen Sie auch – die Frage ist, inwieweit der Erwachsene überhaupt noch zu einer Modifikation seines Verhaltens bereit ist. Wir wissen, dass wir bei einem erwachsenen Menschen Verhalten modifizieren, modulieren können – all das, was wir vorgeben: weniger rauchen, weniger Alkohol trinken, mehr körperliche Betätigung. Aber der Punkt ist: Die Grundlagen für strukturelle Veränderungen legen wir im Kindes- und Jugendalter. Ein Beispiel für die primäre Prävention: Eine übergewichtige Mutter wird ein Kind bekommen, das aufgrund der genetischen Prägung schon wieder ein Programm für Übergewicht hat. Selbst wenn ich also dieses Kind modifiziere, werde ich erst in

der nächsten Generation einen Effekt erzielen. Dennoch müssen wir bereit sein, diese Investitionen auf den Weg zu bringen. Es ist in der Politik manchmal schwierig, das Ergebnis erst 20 oder 25 Jahre später zu sehen. Wir müssen – und das tun wir bereits – aktiver auf die Eltern einwirken. Aber die größten Erfolge werden wir mit dem Kind haben, das nach Hause kommt und sagt: „Also dieses fette Essen ist nicht das Beste. Das haben wir heute gelernt.“

Dazu kommt auch der Umgang mit Medien. Diesen müssen wir moderieren. Wir können die Medien nicht wegdiskutieren, sondern wir müssen einen plausiblen, gesunden Umgang mit ihnen entwickeln. Wir brauchen die Eltern – aber im langen Schluss müssen wir die Kinder im Auge haben. Nicht Staatsmedizin, sondern praktisch gute Informationen, Modulationen und Wissensvermittlung sind wichtig. Sehr wichtig ist: Zugang zu Wissen generieren. Denn Menschen können nur das nutzen, was sie kennen. Wir vergessen manchmal, dass wir schon so viel wissen. Das beantwortet Ihre Frage nicht – aber wir kennen das Papier des BMG gar nicht. Wir haben vieles und manchmal ist es schade, dass es verloren geht, weil wir nicht den Zugang geschaffen haben.

Vorsitzende: Ich muss leider beenden...

Prof. Dr. H. M. Straßburg (Universitäts-Kinderklinik Würzburg): Ich möchte noch einige konkrete Anmerkungen vornehmen. Die Schnittstelle SGB VIII und SGB V ist noch nicht angesprochen worden. Ich muss den Politikern sagen: „Ändern Sie diesen § 26 SGB V“. Dann muss eben die Früherkennungsuntersuchung weg und die Vorsorge hinein. Die Kinderärzte könnten dann durch entsprechend honorierte Gespräche mit den Eltern deren Kompetenz verbessern.

Der zweite Punkt: Versuchen Sie wirklich in allen Bundesländern durchzusetzen, dass die Teilnahme an diesen Vorsorgeuntersuchungen überprüft wird und dass wenn die Eltern nicht hingehen, dass sich dann Gesundheits- und Jugendamt einschalten. Dann wird die Elternkompetenz auch besser.

ADHS ist bisher noch nicht angesprochen worden. Natürlich besitzt die Kinder- und Jugendpsychiatrie hier viel Kompetenz und hat viele Untersuchungen durchgeführt. Aber die meisten Kinder mit ADHS werden von Kinderärzten und dann auch in den sozialpädiatrischen Zentren betreut. In den sozialpädiatrischen Zentren haben wir

auch die Psychologen mit dabei, und das ist sehr wichtig. Wir müssen bei jedem Kind mit ADHS eine sogenannte Mehrbereichsdiagnostik verlangen. Das kann man in der normalen Praxis nicht machen. Ich möchte darum bitten, dass nicht nur die Kinder- und Jugendpsychiater befragt werden, sondern auch die Kinderärzte, die eine entsprechende Kompetenz haben.

Zu den Kinderkrankenschwestern: Sie heißen nicht mehr Kinderkrankenschwestern, sondern Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. Diese haben in der Zukunft eine viel wichtigere Funktion in der Prävention. Da müssen entsprechende Stellen geschaffen werden.

Zum Schluss zur Weiterbildung: Entwicklungs- und Sozialpädiatrie muss in allen Einrichtungen, die mit der Weiterbildung von Fachkräften aller Art, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, obligat werden. Das ist an vielen Universitätseinrichtungen noch immer nicht der Fall. Ich möchte dafür plädieren, dass entsprechende Fachleute diesen Unterricht übernehmen.

Vorsitzende: Vielen herzlichen Dank. Wir sind am Ende unserer Anhörung. Herzlichen Dank für den Schnelldurchgang durch das breite Spektrum des Antrags von 2002, das Sie uns noch einmal nahe gebracht haben. In den nächsten Sitzungen gehen wir dann in die Details. Wir glauben, dass man dran bleiben muss. Es ist schon vieles umgesetzt worden – aber manche Entwicklung hat uns überrollt. Ich denke, wir müssen die kurzen Wege und den Dialog zwischen Ihnen, den Ministerien, den Politikern und den Fachdisziplinen nutzen, damit sich etwas bewegt. Das ist unsere Erfahrung in der Kinderpolitik: Wir erreichen die Ziele nicht mit der Brechstange, sondern nur, indem wir immer wieder vortragen und sagen: „Die Kinder haben diese und jene Belange, die solltet ihr berücksichtigen.“ Vielen herzlichen Dank, dass Sie den kurzen oder auch weiten Weg zu uns gefunden haben. Wir bleiben miteinander im Gespräch.

Ende der Sitzung: 18.03 Uhr

gez. Marlene Rupprecht, MdB
Vorsitzende