

Antrag

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sicherung und Optimierung der kindgerechten medizinischen Versorgung

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In Deutschland leben nahezu 15 Millionen Kinder und Jugendliche. Ihre Physiologie unterscheidet sich ganz erheblich von der des erwachsenen Menschen. Diese grundsätzliche Besonderheit des kindlichen Organismus erfordert eine spezielle gesundheitliche und gesundheitspräventive Betreuung. Der Deutsche Bundestag begrüßt ausdrücklich die durch die Bundesregierung erstmalig veranlasste Repräsentativerhebung zur „Gesundheit und Umwelt von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ durch das Robert Koch-Institut.

Die primäre Zuständigkeit für Kinder liegt aufgrund seiner speziellen Ausbildung beim Pädiater. Er ist mit den physiologischen und psychologischen Aspekten der Behandlung dieser Patientengruppe am besten vertraut. Dieser sollte demzufolge der Hausarzt des Kindes und, vergleichbar dem Allgemeinmediziner im Gesundheitssystem für Erwachsene, der Lotse im System sein.

Bundesärztekammer, kassenärztliche Bundesvereinigung und pädiatrische Fachverbände weisen nachdrücklich darauf hin, dass die flächendeckende kinderärztliche Versorgung in Zukunft gefährdet sei. Spezielle Fachbereiche wie die Neuropädiatrie, Kinderpneumologie und Kinderkardiologie würden bereits heute nicht flächendeckend angeboten. Als ein wesentlicher Grund für diese Situation gilt der Engpass im Bereich der Facharztweiterbildungsstellen. Diese konzentrieren sich in wenigen Kliniken. Es ist notwendig die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass Kinderkliniken mehr Ausbildungsstellen für Pädiater zur Verfügung stellen.

Eine Novellierung der Weiterbildungsordnung, welche sich an den praktischen Erfordernissen und nicht länger an wissenschaftlichen Maximalforderungen orientiert, ist überfällig. Der praktische Umgang mit der derzeitigen Weiterbildungsordnung zeigt, dass geforderte Leistungen real nicht erbracht werden können. Die Prävention von Erkrankungen, die Früherkennung von Krankheitssymptomen und die Diagnostik und Therapie nach Leitlinien mit hohem Evidenzgrad müssen einen gewichtigeren Bestandteil in der Ausbildung einnehmen.

In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass Erkrankungen des psychologisch-psychiatrischen Formkreises in Deutschland bei Kindern in zunehmender Zahl diagnostiziert und therapiert werden. Beispielsweise verordnen Ärzte, darunter viele Hausärzte, „auffälligen“ Kindern vermehrt Arzneimittel mit dem psychoaktiven Wirkstoff Methylphenidat (Ritalin[®], Medikinet[®]). Hier ist der Verbrauch von 1993 bis 2000 entsprechend der Nachweisführung der Bundesopiumstelle auf das 13,6fache gestiegen und hat sich im Jahr 2000 mit 463 kg gegenüber 1999 fast verdoppelt. 2001 ist wiederum in

etwa mit einer Verdoppelung gegenüber dem Vorjahr zu rechnen. Den Verschreibungen liegt die Diagnose „Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Disposition“ (ADHS) zu Grunde. Der genannte Verbrauchsanstieg ist einerseits auf Fortschritte bei der Behandlung von ADHS zurückzuführen, welche grundsätzlich zu begrüßen sind. Andererseits leidet jedoch nach Expertenschätzungen ein Teil der mit Methylphenidat behandelten Kinder und Jugendlichen gar nicht an dieser Krankheit, vielmehr haben diese Kinder und Jugendlichen vor allem mit familiären Schwierigkeiten zu kämpfen. Ihnen fehlen verlässliche Strukturen, an denen sie sich ausrichten und selbst organisieren können sowie einfühlsame und geduldige Zuwendung. Die medikamentöse Therapie von Kindern und Jugendlichen ohne ADHS stellt diese zwar ruhig, verschleiert und verdeckt aber die wahren Gründe ihrer Auffälligkeit. Die unbegründete Diagnose ADHS enthebt die Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen ihrer Verantwortung für Erziehungsdefizite. Sie perpetuiert unangepasstes Verhalten mit individueller und gesellschaftlicher Langzeitwirkung.

Es ist deshalb unverzichtbar, dass beim Einsatz von Methylphenidat zur Behandlung von ADHS der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft eingehalten werden muss. Dieser erfordert insbesondere eine begründete Diagnose und die Einbettung der Arzneimitteltherapie in ein weiterführendes Behandlungskonzept. Der Deutsche Bundestag begrüßt ausdrücklich die diesbezüglich von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eingeleiteten Maßnahmen.

Das Robert Koch-Institut hat in jüngster Zeit darauf hingewiesen, dass durch den Abbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Säuglingsfürsorge weitgehend entfallen ist. Eine bundesweite Repräsentativerhebung ergab, dass 98 % aller werdenden und jungen Eltern einen thematisch breiten Beratungsbedarf zur Vermeidung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Entwicklung und Erziehung ihrer Kinder haben. Diesen für die Bevölkerungsgesundheit existentiellen Aufgaben ist der öffentliche Gesundheitsdienst nicht mehr gewappnet. Dieser alarmierende Zustand, welcher auf falsch akzentuierten Sparplänen resultiert, muss beseitigt werden.

Es besteht in der Fachwelt Einstimmigkeit darüber, dass Prävention im Kindes- und Jugendalter einen besonders hohen Stellenwert hat. Die frühkindlichen Untersuchungen (U1 bis U10) sowie die Jugenduntersuchung (J1) sind für die Erkennung und die Prävention von häufigen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie für den Dialog zwischen Eltern und Arzt von großer Wichtigkeit. Nach Information des Bundesverbandes der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin nehmen nur 10 % der betroffenen Jugendlichen an der zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr angebotenen J1-Untersuchung teil.

Es ist besorgniserregend, dass die Teilnehmerate an diesen Untersuchungen im Bevölkerungsquerschnitt rapide sinkt. Altersbezogene Vorsorge im Kindesalter wird heute nur noch lückenhaft durchgeführt. Es ist notwendig, die Existenz und den Nutzen dieser erprobten Vorsorgeprogramme in der Öffentlichkeit wieder ins Bewusstsein zu rufen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Kinder und Jugendliche unterer sozialer Schichten unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung der besonderen Fürsorge bedürfen. Es muss angestrebt werden, dass Armut kein Gesundheitsrisiko mehr darstellt.

Ebenfalls äußerst beunruhigend sind die sich stetig verbreiternden Impflücken bei Kindern und Jugendlichen. Die Impfmüdigkeit der Erwachsenen ergänzt sich hier insgesamt zu einem Gesundheitsrisiko für die gesamte Bevölkerung. In Deutschland als ausgestorben geltende Erkrankungen wie Keuchhusten und Kinderlähmung treten in den vergangenen Jahren wieder gehäuft auf. Eine Impfung würde vor diesen mitunter tödlichen Erkrankungen zuverlässig schützen. Es ist notwendig, diesen Trend umzukehren. Hierbei hilft einerseits eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit wie auch eine Intensivierung des aufsuchenden Impfens. Der öffentliche Gesundheitsdienst, welcher für diese Aufgabe am

geeignetsten wäre, ist für diese Aufgabe nicht bzw. nicht mehr gewappnet. Der öffentliche Gesundheitsdienst muss wieder in die Lage versetzt werden, Impfungen und Beratungen vor Ort, z. B. in Schulen, in Ergänzung zur kinder- und hausärztlichen Tätigkeit auszuführen.

Viele Kinder leiden in Deutschland an einer angeborenen Schwerhörigkeit. Diese wird trotz der bereits heute regelhaft durchgeführten Untersuchungen auf Schwerhörigkeit und Hörschäden häufig zu spät erkannt und behandelt. Diese zeitliche Verzögerung der Therapie führt bei den betroffenen Kindern zu z. T. schwerwiegenden Entwicklungsstörungen. Um die daraus resultierende Verschlechterung von Lebenschancen zu vermeiden, muss das Ziel verfolgt werden, Diagnoseverfahren nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zeitnah, verbindlich in die Routinevorsorgediagnostik einzuführen. Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit die wissenschaftliche Evaluation von modernen Hörscreeningmethoden derzeit intensiv verfolgt. Damit ein hörgeschädigtes Kind gut sprechen lernen kann, braucht es ein gut angepasstes und leistungsstarkes Hörgerät. Dieses muss den besonderen Anforderungen an den sich ständig durch Wachstum verändernden Gehörgang des Kindes Rechnung tragen. Es muss überprüft werden, ob die geltenden Vertragsregelungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern diesen Anforderungen genügen und welche Anpassungen ggf. notwendig sind.

Rund 40 % der stationären Behandlungen von Kindern und Jugendlichen erfolgt in Krankenhausabteilungen für Erwachsene. Eine Versorgung durch Pädiater erfolgt in diesen Fällen häufig nicht. Auf diesen Missstand machte bereits im November 1997 die Gesundheitsministerkonferenz der Länder aufmerksam. Ein einstimmig gefasster Beschluss hatte eine Verbesserung der flächendeckenden stationären pädiatrischen Versorgung zum Ziel. Im pädiatrischen Bereich erhobene Statistiken deuten eher auf eine Verschlechterung als auf eine Verbesserung dieses Missstandes hin. Länder und Krankenhausträger stehen daher nach wie vor in der Pflicht, Strukturen zu schaffen, welche die kindgerechte stationäre Versorgung ermöglichen.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Daher werden zur ordnungs- und zeitgemäßen Untersuchung und Behandlung kindgerechte Geräte benötigt. Hierbei handelt es sich um Spezialgerätschaften, wie beispielsweise Miniaturlaparaskope, welche in der Anschaffung teuer und in der Breite der Leistungserbringer unseres Gesundheitssystems unbekannt sind. Durch Einsatz dieser Techniken könnten in bestimmten Fällen bessere kosmetische Ergebnisse, weniger Schmerzen im Rahmen der Behandlungen, kürzere Operations- und Narkosedauer und eine kürzere Liegezeit im Krankenhaus erzielt werden. Als Beispiel sei die endoskopische Milzentfernung bei Kindern angeführt.

Häusliche Krankenpflege ist bei Kindern bedeutend seltener notwendig als bei Erwachsenen. In den Fällen, in denen häusliche Kinderkrankenpflege erforderlich wird, muss dafür Sorge getragen werden, dass der betraute Pflegedienst über die nötige Fachkompetenz im Bereich der Kinderkrankenpflege verfügt. Auch im Bereich der Pflege gilt, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind. Betroffene Eltern wie empfehlende Ärzte weisen darauf hin, dass das Angebot der Pflegedienste nicht transparent genug ist. Es ist schwer ersichtlich, ob der betraute Pflegedienst über die notwendige Erfahrung im Bereich der Kinderkrankenpflege verfügt. Eine Zertifizierung des Pflegedienstes bei entsprechender Eignung muss als Möglichkeit erwogen werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

- die Ärztekammern zur Prüfung aufzufordern, ob die Anzahl der Weiterbildungsstellen für Pädiater aktuell am Bedarf orientiert ist und ggf. auf eine Steigerung der Weiterbildungsplatzzahlen hinzuwirken;
- die Bundesärztekammer in ihren Bemühungen um eine Novellierung der pädiatrischen Facharztausbildung zu bestärken;

- beständig das Ziel weiterzuerfolgen, den Informationsstand in der Bevölkerung in Hinsicht auf die Kinder- und Jugendvorsorgeprogramme zu erhöhen. Diese Aktivitäten sollen weiterhin zum Ziel haben, dass die Kinder- und Jugendvorsorgeprogramme verstärkt in Anspruch genommen werden und der Impfmüdigkeit bei Erwachsenen und Kindern entgegen gewirkt wird;
- zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche unterer sozialer Schichten unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung der besonderen Fürsorge bedürfen. Es muss angestrebt werden, dass Armut kein Gesundheitsrisiko mehr darstellt;
- mit allen Bundesländern in einen Dialog über die zukünftigen Aufgaben und Pflichten des öffentlichen Gesundheitsdienstes einzutreten;
- an dem Plan festzuhalten, unter Beteiligung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen zügig moderne Diagnoseverfahren, welche zum flächendeckenden Schwerhörigkeitsscreening tauglich sind, mit dem Ziel des baldigen Routineeinsatzes zu evaluieren;
- mit den Krankenversicherungen in einen Diskussionsprozess über die gegenwärtige Praxis bei der Kostenübernahme für Hilfsmittel, mit dem Ziel einer guten und ausreichenden Versorgung von hörgeschädigten Kindern mit Hörgeräten, einzutreten;
- den Appell an die Landesregierungen zu richten, den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz von 1997 zu realisieren und die Bettenplanung am Bedarf einer kindgerechten Versorgung auszurichten;
- dass das Bundesministerium für Gesundheit mit den Krankenversicherungen abwägt, ob die regelhafte Aufnahme von Kindern in Erwachsenenkliniken zukünftig finanziell sanktioniert werden kann. Auf diesem Weg könnten dem Problem entgegenwirkende Anreize gesetzt werden;
- im Dialog mit den Selbstverwaltungspartnern, bei den in Entwicklung befindlichen, erfolgversprechenden Disease-Management Programmen auf die Berücksichtigung kindlicher Erkrankungen zu achten;
- darauf hinzuwirken, dass neue, kindgerechte Operationstechniken auf Leistungserbringer wie Patientenseite bekannt gemacht werden und unterlegene, veraltete Techniken nicht mehr von den Krankenkassen vergütet werden;
- eine wissenschaftliche Studie zur Untersuchung des Sachverhaltes und seinen sozialen Auswirkungen in Auftrag zu geben, dass in Deutschland bei Kindern zu einem hohen Prozentsatz die Diagnose ADHS gestellt und medikamentös behandelt wird. Zentrales Studienziel sollte die Verbesserung der Diagnostik und die Netzwerkerprobung qualifizierter therapeutischer Versorgung sein;
- an die gemeinsame Selbstverwaltung mit dem Ziel heranzutreten, damit in Zukunft nur noch adäquat qualifizierte Ärzte die Diagnose ADHS nach Leitlinien höchst möglicher Evidenz stellen, die Therapie begleiten und abrechnen dürfen;
- die Transparenz im Bereich der häuslichen Kinderkrankenpflege zu fördern. Die Entwicklung einer Zertifizierungsmöglichkeit für Pflegedienste, welche die fachliche Eignung für die Kinderkrankenpflege besitzen, ist anzustreben.

Berlin, den 20. März 2002

Dr. Peter Struck und Fraktion
Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und Fraktion