

Antrag

der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sichern und verbessern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In Deutschland leben nahezu 17 Millionen Kinder und Jugendliche. Ihre Physiologie unterscheidet sich ganz erheblich von der des erwachsenen Menschen. Deshalb müssen präventive, kurative und rehabilitative Versorgungskonzepte auf ihre spezifischen Belange zugeschnitten werden. Bereits das Kindesalter hat seine eigenen akuten und chronischen Erkrankungen. Manche sind genetisch bedingt und wegen ihrer lebensbegrenzenden Besonderheiten in der Erwachsenenmedizin weitgehend unbekannt. Die Kinder- und Jugendmedizin unterliegt zurzeit einem starken Wandel. Neben der Behandlung akuter und chronischer Krankheiten wächst die Aufgabe der Früherkennung von Krankheiten und Fehlentwicklungen, der Gesundheitsförderung, der Vorbeugung und der Rehabilitation. Das Jugendalter ist keinesfalls die gesündeste Lebensspanne, sondern in diesem Lebensabschnitt besteht bereits eine Vielzahl behandlungsbedürftiger Störungen am Skelett, an den Sinnesorganen und im psychosozialen Bereich, zudem ist vermehrt mit gesundheitsrelevanten Gewichtsproblemen sowie Sucht- und Drogengefährdung zu rechnen.

Der Deutsche Bundestag begrüßt die Repräsentativerhebung „Gesundheit und Umwelt von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“, die das Robert Koch-Institut durchgeführt hat.

1. Die Schlüsselfunktion des Pädiaters in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die primäre Zuständigkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegt auf Grund seiner speziellen Ausbildung beim Pädiater. Er ist mit den physiologischen und psychologischen Aspekten der Behandlung dieser Patientengruppe am besten vertraut.

Bundesärztekammer, kassenärztliche Bundesvereinigung und pädiatrische Fachverbände haben Alarm geschlagen, dass die kinderärztliche Versorgung in Zukunft – vor allen Dingen in den Flächenstaaten – gefährdet sei. Die Anzahl der Kinderärzte nehme ab, aus ihrem Beruf ausscheidende Pädiater könnten vielfach nicht mehr ersetzt werden. Die Versorgung mit neuropädiatrischen Leistungen weise mittlerweile regional ebenso Lücken auf, wie die mit kinderpneumologischen und -kardiologischen Leistungen. Ein wesentlicher Grund für diese Situation sei der Engpass bei der Facharzt-Weiterbildung. Diese konzentriere sich auf einige wenigen Kliniken. Es gelte die Rahmenbedingungen dafür zu verbessern, dass Kinderkliniken und Kinderarztpraxen mehr Weiterbildungsstellen für Pädiater vorhielten. In diesem Zusammenhang solle auch

erwogen werden, die Weiterbildung in der Pädiatrie nach dem Muster der Weiterbildung von Allgemeinärzten durch finanzielle Anreize zu fördern.

Überfällig ist eine Novellierung des Musters der Weiterbildungsordnung, die sich verstärkt an praktischen Erfordernissen und nicht länger an wissenschaftlichen Maximalforderungen orientieren muss. Gerade bei Kindern und Jugendlichen kommt es darüber hinaus im Versorgungsalltag entscheidend darauf an, Prävention und Früherkennung zu forcieren. Ferner muss auch in der Kinderheilkunde die leitliniengestützte Behandlung in der Weiterbildung ihren Niederschlag finden.

2. Prävention

Bereits im Säuglingsalter besteht Beratungs- und Behandlungsbedarf. Eine bundesweite Repräsentativumfrage ergab, dass 98 Prozent aller werdenden und jungen Eltern einen breit gefächerten Beratungsbedarf haben, der von der Vermeidung von Krankheiten und Unfällen bis zur Entwicklung und Erziehung ihrer Kinder reicht. Daher muss der Hinweis des Robert Koch-Instituts alarmieren, dass die Säuglingsfürsorge, die jahrzehntelang die zentrale Anlaufstelle für Rat suchende Eltern war, durch den Abbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes weitgehend entfallen ist. Diese für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nachteilige Entwicklung muss gestoppt werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst muss in der Prävention wieder eine tragende Rolle spielen und die Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben in Bezug auf Gesundheitsvor- und -fürsorge unterstützen.

Es besteht in der Fachwelt Einvernehmen darüber, dass Prävention im Kindes- und Jugendalter einen besonders hohen Stellenwert hat. Die Untersuchungen von Säuglingen und Kleinkindern (U1 bis U10), sowie die Jugenduntersuchung (J1) sind sowohl für die Prävention von häufigen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter als auch für den Dialog zwischen Eltern und Arzt essentiell. Nach Information des Bundesverbandes für Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin nehmen jedoch nur zehn Prozent der betroffenen Jugendlichen an der zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr angebotenen J1-Untersuchung teil. Vorsorge im Kindesalter wird heute allzu oft nur noch lückenhaft betrieben. Es ist daher notwendig, den Eltern die Existenz und den Nutzen dieser bewährten Vorsorgeprogramme wieder ins Gedächtnis zu rufen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Kinder und Jugendliche unterer sozialer Schichten unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung besonderer Ansprache und Betreuung bedürfen. Es muss angestrebt werden, dass Armut nicht mehr mit einem schlechteren Gesundheitsrisiko einher geht.

Vielen Kinderkrankheiten kann durch Impfungen vorgebeugt werden. Impfungen beginnen deshalb einem differenzierten Plan folgend bereits unmittelbar nach der Geburt. Den Impfungen ist es zu verdanken, dass einige Erkrankungen nur noch selten oder gar nicht mehr auftreten. (Beispiele: Diphtherie, Wundstarrkrampf, Kinderlähmung, Keuchhusten). Seit geraumer Zeit sind jedoch Impflücken bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen, die stetig breiter werden.

Es ist dringend geboten, den Trend zur Impfabstinenz zu wenden. Hierzu muss zum einen die Öffentlichkeitsarbeit verbessert werden. Zum anderen muss das bewährte „aufsuchende Impfen“ wieder intensiviert werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst muss – wie früher – in die Lage versetzt werden, die kinder- und hausärztliche Prävention durch Impfungen und Beratungen vor Ort – z. B. in Schulen und Kindergärten – zu ergänzen

Sowohl um der Lebensqualität des Einzelnen willen als auch wegen der Kosten des Gesundheitswesens muss die Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung gestärkt und ausgebaut werden. Die Salutogenese muss der Pathogenese gleich-

rangig sein. Daher kommt es darauf an, die gesundheitlichen Kompetenzen der Bevölkerung zu erweitern und zu vertiefen. Es gilt insbesondere, gesundheitsbewusste Verhaltensweisen zu fördern. Gesundheitsbewusstes Verhalten muss aber vermittelt, erlernt, praktiziert und vorgelebt werden. Sich gesundheitsbewusst zu verhalten, erfordert einen lebenslangen Lern- und Veränderungsprozess, der in der Familie beginnt. Die Vermittlung gesundheitlicher Kompetenzen ist jedoch nicht nur eine familiäre, sondern auch eine gesellschaftliche und staatliche Aufgabe. Der Staat muss seine Verantwortung für die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenzen seiner Bürger weitaus ernster nehmen als bisher. Er muss eine konsequente und systematische Gesundheitserziehung deshalb so rasch wie möglich zum Pflichtprogramm von Kindergärten und Schulen machen. Nur so kann erreicht werden, dass möglichst viele Menschen sich gesundheitsbewusst verhalten und Vorsorge- und Früherkennungsangebote ausschöpfen.

Viele Kinder leiden an einer angeborenen Schwerhörigkeit. Diese wird trotz der Routineuntersuchungen auf Schwerhörigkeit und Hörschäden häufig zu spät erkannt und behandelt. Die Verzögerung der Therapie führt bei den betroffenen Kindern vielfach zu gravierenden Entwicklungsstörungen. Um die daraus resultierende Verschlechterung ihrer Lebensqualität und -chancen zu vermeiden, müssen die Diagnoseverfahren, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen, zeitnah in die Vorsorgeprogramme der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden. Um den Anteil fehlerhafter Positivdiagnosen zu minimieren, sollten die Untersuchungen ausschließlich unter ärztlicher Koordination stattfinden. Der Deutsche Bundestag begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit die wissenschaftliche Evaluation von modernen Hörscreeningmethoden derzeit intensiv vorantreibt.

Damit ein hörgeschädigtes Kind seine Sprachdefizite kompensieren kann, braucht es ein leistungsstarkes Hörgerät. Dieses muss den besonderen Anforderungen Rechnung tragen, die aus den anatomischen Gegebenheiten (ständige wachstumsbedingte Veränderungen des Gehörgangs) resultieren. Eltern schwerhöriger Kinder fühlen sich des Öfteren durch die hohen Zuzahlungen finanziell überfordert, die ihnen die geltende Festbetragsregelung auferlege. Es muss überprüft werden, ob die einschlägigen Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sachgerecht und welche Modifikationen ggf. notwendig sind.

3. Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Rund 40 Prozent der stationären Behandlungen von Kindern und Jugendlichen erfolgen in Krankenhausabteilungen für Erwachsene. Pädiater werden in diesen Fällen häufig nicht hinzugezogen. Auf dieses Versorgungsdefizit hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder im November 1997 aufmerksam gemacht. Sie forderte einstimmig, die flächendeckende, stationäre pädiatrische Versorgung sicherzustellen. Die aktuellen Daten deuten eher auf eine weitere Verschlechterung der Versorgungsqualität hin. Länder und Krankenhausträger stehen daher nach wie vor in der Pflicht, Strukturen zu schaffen, welche die kindgerechte stationäre Versorgung ermöglichen.

Bei der Festsetzung der diagnoseorientierten Fallpauschalen ist darauf zu achten, dass die besonderen Belange der Pädiatrie berücksichtigt werden, damit sich die Qualität der stationären Versorgung nicht verschlechtert.

4. Kinderkrankenpflege

Kinder- und Jugendliche bedürfen bei stationärer Krankenhausbehandlung einer qualifizierten altersgerechten Pflege. Daher muss das Berufsbild „Kinderkrankenschwester/-pfleger“ beibehalten werden. Die Ausbildung sollte im Rahmen eines Zwei-Stufen-Konzepts erfolgen, das zunächst eine einheitliche Ausbildungsphase für alle Krankenpflegeberufe vorsieht, an die sich ein differen-

zierter Ausbildungsabschnitt anschließt, in dem die speziellen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, die für die sachgerechte Pflege von Kindern und Jugendlichen erforderlich sind.

5. Kindgerechte Untersuchungs- und Behandlungsgeräte

Kinder und Jugendliche haben Anspruch darauf, mit Geräten behandelt zu werden, die auf ihre spezifischen anatomischen Verhältnisse zugeschnitten sind. Kindgerechte Geräte (Beispiel: Miniaturlaparaskope) sind teuer und vielen Ärzten bislang nicht bekannt. Durch den Einsatz solcher Instrumente könnten häufig eine geringere Schmerzbelastung bei Behandlungen, kürzere Operations- und Narkosezeiten, kürzere Liegezeiten im Krankenhaus und bessere kosmetische Ergebnisse erzielt werden.

6. Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege dient dazu, stationäre Krankenhausbehandlungen zu vermeiden und das Ziel der ärztlichen Behandlung zu sichern. Die Träger ambulanter Pflegedienste beklagen einige Defizite: Die häusliche Kinderkrankenpflege sei arbeitsintensiver als die Erwachsenenpflege. Die Hausbesuche seien länger, pädagogische Aspekte müssten berücksichtigt werden. Darüber hinaus müssten Eltern geschult und an die fachgerechte Pflege herangeführt werden, damit der schrittweise Rückzug der Pflegekraft aus der Pflege möglich werde. Die Einzugsgebiete seien auf Grund der geringen Patientenzahlen groß, so dass längere Fahrzeiten erforderlich seien. Wegen der unzureichenden Entgelte seien die einzelnen Einrichtungen zur Zeit darauf angewiesen, Spenden und öffentliche Zuschüsse zu akquirieren, um ihr Angebot aufrechtzuerhalten. Kleinere Einrichtungen hätten bereits schließen müssen. Die Situation werde durch die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V verschärft. Besonders die Pflege von chronisch kranken Kindern, etwa solchen mit schweren Ernährungsstörungen, Atemwegserkrankungen, und die Pflege schwerkranker Früh- und Neugeborener werde mit den Richtlinien nicht abgedeckt. Die Krankenkassen gingen zunehmend dazu über, nur noch Leistungen der Behandlungspflege zu bezahlen. Außerdem würden die Richtlinien der heutigen Praxis nicht gerecht, die Kinder früher aus den Kliniken zu entlassen. Die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege erschwerten die fachliche Unterstützung der Eltern durch die Pflegekraft und machten sie unter Umständen sogar unmöglich. Es sei daher dringend erforderlich, die Besonderheiten der häuslichen Kinderkrankenpflege bei der Fassung der Richtlinien zu berücksichtigen.

Häusliche Krankenpflege ist bei Kindern bedeutend seltener notwendig, als bei Erwachsenen. Betroffene Eltern und Ärzte heben hervor, dass in aller Regel kaum erkennbar sei, ob der beauftragte Pflegedienst über die notwendige Kompetenz auf dem Gebiet Kinderkrankenpflege verfüge. Gerade im Bereich der Pflege gelte, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen seien. Das Angebot der Pflegedienste sei nicht transparent genug.

7. Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen

Nach Einschätzung von Experten sind 80 Prozent der Arzneimittel, die in der Kinderheilkunde eingesetzt werden, für diesen Indikationsbereich nicht zugelassen. Diese Medikamente sind mithin nicht gezielt und systematisch untersucht worden, soweit es um ihre Dosierung, Wirksamkeit und Nebenwirkungen bei der pädiatrischen Anwendung geht. Für etwa 40 Prozent der in Deutschland verordneten Medikamente, die nach der Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unverzichtbar sind, gilt nach Herstellerangaben in der Kinderheilkunde ein prinzipielles Anwendungsverbot. Die Kinderärzte müssen jedoch solche „Erwachsenenmedikamente“ zur Therapie einsetzen, wenn ein

Heilversuch mit ihnen Erfolg verspricht. In diesen Fällen bewegen sich die Kinderärzte außerhalb des haftungsrechtlichen Schutzes des Arzneimittelgesetzes. Für Heilversuche mit „Erwachsenenmedikamenten“ benötigen die Pädiater die spezielle Einwilligung der Eltern oder sonstigen Erziehungsberechtigten und – soweit möglich – die der Kinder selbst.

Von der therapeutisch wirksamen Dosis eines Arzneimittels, das zur Behandlung einer Erkrankung bei Erwachsenen angewandt wird, kann nicht ohne weiteres eine für den kindlichen oder jugendlichen Organismus wirksame Dosis abgeleitet werden. Kinder und Jugendliche können nicht als kleine Erwachsene angesehen und therapiert werden. Die medikamentöse Behandlung von Kindern und Jugendlichen weist demnach nicht den Qualitätsstandard auf, der bei Erwachsenen erreicht ist. Der Einsatz von „Erwachsenenmedikamenten“ in der Pädiatrie geht mit einem höheren Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen einher, es kann zu klinisch relevanten Über- und Unterdosierungen kommen.

Die Kinder und Jugendlichen, die in Deutschland leben, haben aber dasselbe Recht auf eine adäquate, effiziente und sichere Pharmakotherapie wie Erwachsene. Wegen der bereits angesprochenen physiologischen Besonderheiten müssen Medikamente, die in der Kinderheilkunde Verwendung finden sollen, klinisch auch an Kindern bzw. Jugendlichen geprüft werden. Das Arzneimittelgesetz schließt klinische Studien an gesunden Kindern zu Recht aus. Anders als bei Erwachsenen lässt es klinische Studien zu Therapie Zwecken nur an erkrankten Kindern zu. Die Bereitschaft vieler Eltern, ihre Einwilligung zur Teilnahme ihres kranken Kindes an klinischen Studien zu erteilen, ist häufig gering, weil sie befürchten, dass ihre Kinder den Herstellern als Versuchskaninchen dienen sollen. Diese negative Grundeinstellung erschwert die angestrebte Verbesserung der Arzneimittelsicherheit in der Kinderheilkunde durch sachgerechte klinische Studien außerordentlich. Sie kann nur durch eine objektive und „neutrale“ staatliche Aufklärung abgebaut und beseitigt werden.

In Deutschland fehlt es sowohl an einer wissenschaftlichen Infrastruktur als auch an einer hinreichenden staatlichen Forschungsförderung, um Aktivitäten der Kinderärzte zur Erarbeitung und Verbesserung der Sicherheit der Arzneimitteltherapie an Kindern zu bündeln und zu unterstützen. Gerade für die Patientengruppen, bei der die größte Unsicherheit hinsichtlich der Anwendung von Arzneimitteln herrscht, fehlt die fachliche Expertise. Die angesprochenen Defizite müssen zum Wohle der Kinder mit Vorrang angegangen werden.

Mit dem Problem des Einsatzes von „Erwachsenenmedikamenten“ in der Kinderheilkunde ist nicht nur die Bundesrepublik Deutschland konfrontiert. Zu seiner Lösung sind weltweit verschiedene Alternativen entwickelt worden. In den USA sind die Hersteller innovativer Arzneimittel gehalten, die Indikationsstellung auch für die Kinderheilkunde zu beantragen und die entsprechenden Nachweise beizubringen, wenn erwartet werden kann, dass das Medikament für die Behandlung kranker Kinder und Jugendlicher geeignet ist. Die Sicherheit und therapeutische Wirksamkeit solcher Arzneimittel müssen für jede einzelne Altersgruppe untersucht werden. Ferner kann die US-amerikanische Zulassungsbehörde, die Food and Drug Administration (FDA) kindgerechte Darreichungsformen vorschreiben. Den Herstellern bereits zugelassener „Erwachsenenmedikamente“ kann die FDA ggf. vorgeben, ihre Präparate im Nachhinein für den Einsatz in der Kinderheilkunde zu untersuchen. Sie hat insoweit eine Prioritätenliste erstellt, die 400 zu prüfende Wirkstoffe umfasst. Wirtschaftliche Anreize bestehen in der Verlängerung des Patentschutzes bzw. Alleinvertriebsrechts um sechs Monate, wenn das Arzneimittel auch für den Einsatz in der Kinderheilkunde zugelassen wird. Beantragt der Arzneimittelhersteller eine nachträgliche Indikationsstellung in der Kinderheilkunde, wird er von den Bearbeitungsgebühren befreit. Bei der FDA ist ein Ausschuss pädiatrischer Sachverständiger einzusetzen, Leitlinien über kinetische und klinische

Studien mit Kindern und Jugendlichen sind zu erarbeiten und zu veröffentlichen, schließlich ist die systematische Begleitung und Überwachung aller Studien zu gewährleisten, die mit Kindern durchgeführt werden.

Darüber hinaus werden in den USA staatliche Zuschüsse für Kompetenzzentren gezahlt, die Studien mit Wirkstoffen vorbereiten, durchführen und auswerten, die in der Kinderheilkunde eingesetzt werden sollen. Des Weiteren fließen unmittelbar staatliche Gelder in die Förderung von Forschung an und mit Wirkstoffen, die in der Pädiatrie angewendet werden sollen. Die Europäische Kommission hat ähnliche Konzepte erarbeitet.

Im Gegensatz zu den staatlichen Aktivitäten spielt die Entwicklung von Medikamenten für Kinder und Jugendlichen in der Arzneimittelforschung der Pharmaunternehmen lediglich eine untergeordnete Rolle. Die Gründe hierfür sind die hohen Entwicklungskosten, die begrenzten Absatzchancen auf dem Markt und das ausgeprägtere Risiko des Auftretens unerwünschter Nebenwirkungen in der klinischen Prüfung.

Unter dem Strich ist die Situation auf dem Gebiet der Arzneimittelsicherheit in der Kinderheilkunde so unbefriedigend, dass sie nicht länger hinnehmbar ist. Es besteht dringender Handlungsbedarf.

8. Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätssyndroms

Ein Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) liegt vor, wenn ein Kind oder Jugendlicher im Vergleich zu dem sonstigen Entwicklungsstand eines Kindes oder Jugendlichen übermäßig unaufmerksam, impulsiv und hyperaktiv ist. An ADHS leidende Kinder und Jugendliche haben Schwierigkeiten begonnene Arbeiten konsequent zu Ende zu führen, agieren vorschnell und unbedacht und weisen eine überhöhte motorische Unruhe auf. Die Lebensqualität der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihre sozialen Kontakte sind durch die Störung stark beeinträchtigt. Für Kinder, Erzieher und Ärzte ist es nicht leicht, mit den ständig „unter Strom“ stehenden Kindern umzugehen. Zuverlässige epidemiologische Daten über die Prävalenz von ADHS in Deutschland liegen bislang nicht vor.

Die Diagnose ADHS zu stellen und zu sichern, ist schwierig. Denn seine Symptome stellen letztlich „klassische“ Charakteristika des kindlichen Wesens dar. Die wissenschaftliche Diskussion zu den Ursachen von ADHS ist noch nicht abgeschlossen. Die Ätiologie der Erkrankung ist noch ungeklärt. Nach dem aktuellen Erkenntnisstand beruht ADHS auf einem Dopaminmangel im Gehirn, der die Informationsverarbeitung beeinträchtigt. Methylphenidat (Medikamente Ritalin[®] und Medikinet[®]), kompensiert diesen Mangel. Die medikamentöse Behandlung mit diesem Wirkstoff hat das Leben der Kinder und Jugendlichen, die an ADHS leiden, und ihrer Angehörigen wesentlich erleichtert.

Methylphenidat kann allerdings abhängig machen, es fällt unter das Betäubungsmittelgesetz. Deshalb drängt sich die Frage der Nutzenbewertung auf. Wissenschaftliche Untersuchungen über Langzeitfolgen der Einnahme von Methylphenidat gibt es bis jetzt nicht. Besonders Besorgnis erregend ist der Umstand, dass ein großer Teil der Methylphenidat-Verordnungen nicht von Kinderärzten oder Kinderpsychiatern vorgenommen wird, sondern auch Haus-, Labor-, HNO- und Frauenärzte sowie Radiologen und sogar Zahnärzte diesen Wirkstoff verschreiben. Den Angaben der Bundesopiumstelle zufolge ist der Verbrauch von Methylphenidat vom Jahr 1993 bis zum Jahr 2000 um das 13,6fache gestiegen. Allein im Jahr 2000 hat sich der Verbrauch dieses Wirkstoffs mit 463 kg gegenüber dem Vorjahr fast verdoppelt. Diese Entwicklung hat sich allem Anschein nach im Jahr 2001 ungebremst fortgesetzt.

Es spricht einiges dafür, dass nicht alle der mit Methylphenidat behandelten Kinder und Jugendlichen an ADHS leiden, sondern vor allem mit familiären

Schwierigkeiten zu kämpfen hat. Ihnen fehlen verlässliche Strukturen, an denen sie sich ausrichten und selbst organisieren können sowie einfühlsame und geduldige Zuwendung. Diese Kinder und Jugendlichen werden zwar medikamentös ruhig gestellt, die wahren Gründe ihrer Auffälligkeit werden aber verschleiert und verdeckt. 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.

In Fachkreisen besteht national und international Übereinstimmung darin, dass eine ausschließlich medikamentöse Behandlung von ADHS ungenügend ist. Vonnöten ist vielmehr eine ganzheitliche Therapie, die sowohl die medikamentöse Behandlung als auch psychotherapeutische Maßnahmen umfasst. Dieser multimodale Therapieansatz ist in Deutschland bislang leider eher die Ausnahme. Dies muss sich rasch ändern.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

zu 1.

- a) die Bundesärztekammer um Prüfung zu bitten, ob die Anzahl der Weiterbildungsstellen für Pädiater bedarfsgerecht ist, und ggf. auf eine Steigerung des Weiterbildungsangebotes hinzuwirken,
- b) zu prüfen, ob es zielführend wäre, die pädiatrische Weiterbildung nach dem Vorbild der allgemeinmedizinischen Weiterbildung finanziell zu fördern,
- c) zu prüfen, ob ein etwaiger Mangel an Weiterbildungsstellen für Pädiatrie durch Einrichtung pädiatrischer Behandlungszentren behoben werden könnte,
- d) die Aktivitäten der Bundesärztekammer zur Novellierung der pädiatrischen Facharztausbildung zu unterstützen,
- e) darauf hinzuwirken, dass Krankenhaus-Pädiater zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, wenn niedergelassene Pädiater hochspezialisierte Leistungen nicht in der notwendigen Qualität erbringen können oder die flächendeckende und umfassende pädiatrische Versorgung im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nicht gewährleistet ist,
- f) darauf zu achten, dass Disease-Management-Programme, die demnächst implementiert werden, auch die spezifischen Versorgungsbelange von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen;

zu 2.

- a) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung den Auftrag zu erteilen, eine auf Dauer angelegte bundesweite Informationskampagne mit dem Ziel zu starten, Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen verstärkt in Anspruch zu nehmen und dadurch vor allem der Impfmüdigkeit entgegenzuwirken,
- b) mit allen Ländern in einen Dialog über die zukünftigen Aufgaben und Pflichten des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf dem Gebiet der Prävention einzutreten, die das „aufsuchende Impfen“ einschließen,
- c) dafür einzutreten, dass Gesundheitserziehung (auch) als öffentliche Pflichtaufgabe verstanden wird, deren Erfüllung Kindergärten und Schulen sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst obliegt,
- d) darauf hinzuwirken, dass Kinder und Jugendliche unterer sozialer Schichten unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung besonders betreut werden. Es muss angestrebt werden, dass Armut nicht mehr mit einem erhöhtem Krankheitsrisiko verbunden ist,

- e) an dem Plan festzuhalten, unter Beteiligung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen zügig moderne Diagnoseverfahren, die zum flächendeckenden Schwerhörigkeitsscreening bei Neugeborenen tauglich sind, mit dem Ziel des baldigen Routineeinsatzes zu evaluieren,
- f) die gemeinsame Selbstverwaltung zu gegebener Zeit aufzufordern, ein Hörscreening in den Katalog der Neugeborenenuntersuchungen aufzunehmen,
- g) mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen in einen Diskussionsprozess über die gegenwärtige Praxis der Übernahme der Kosten von Hörgeräten für Kinder einzutreten, um eine dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügende und für die Eltern erschwingliche Versorgung zu gewährleisten,
- h) im Rahmen der Gesundheitsreform 2003 die gesetzliche Festbetragsregelung für Hilfsmittel einschließlich der Lösungsvariante „Vertragslösung“ zu überprüfen;

zu 3.

- a) den Appell an die Landesregierungen zu richten, den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 1997 zu realisieren, die Bettenplanung am Bedarf einer kindgerechten Versorgung auszurichten,
- b) darauf hinzuwirken, dass bei der Festsetzung der diagnosebasierten Fallpauschalen für die stationäre Versorgung die besonderen Belange der Pädiatrie berücksichtigt werden;

zu 4.

bei der anstehenden Novellierung des Krankenpflegegesetzes dafür Sorge zu tragen, dass den späteren Kinderkrankenschwestern/-pflegern in einem speziellen Ausbildungsabschnitt die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, die sie benötigen, um Kinder und Jugendliche sachgerecht zu pflegen;

zu 5.

darauf hinarbeiten, dass neue, kindgerechte Operationstechniken sich rasch durchsetzen und unterlegene, veraltete Techniken nicht mehr von den Krankenkassen vergütet werden;

zu 6.

- a) die Richtlinien für häusliche Krankenpflege unter dem Blickwinkel der angemessenen Berücksichtigung der spezifischen pflegerischen Belange von Kindern und Jugendlichen auf den Prüfstand zu legen,
- b) nach Möglichkeiten zu suchen, die Transparenz im Bereich der häuslichen Kinderkrankenpflege zu erhöhen;

zu 7.

- a) zu prüfen, ob Arzneimittelhersteller nach dem europäischen und dem nationalen Arzneimittelrecht dazu angehalten werden können, bei Neu- und Nachzulassungen die Indikationsstellung auch für die Kinderheilkunde zu beantragen und die dazu erforderlichen Unterlagen, insbesondere klinische Studien einzureichen, wenn absehbar ist, dass dem jeweiligen Medikament für die Behandlung kranker Kinder und Jugendlicher ein hoher Stellenwert zukommt,

- b) auf der Basis der Konzeption „Koordinationszentren klinischer Studien“ im Rahmen vorhandener Haushaltsmittel ein staatliches Förderprogramm für den Aufbau und den Betrieb eines – nicht der klinischen Behandlung dienenden – speziellen Netzwerkes von Kompetenzzentren bereitzustellen, das
- nationale und internationale empirische Erkenntnisse über den Einsatz von „Erwachsenenmedikamenten“ in der Kinderheilkunde erfasst, systematisch auswertet und die Ergebnisse seiner Analysen veröffentlicht,
 - multizentrische klinische Studien an kranken Kindern und Jugendlichen vorbereitet, betreut und partiell oder vollständig finanziert,
- c) zu prüfen, ob unter Beteiligung der pharmazeutischen Industrie eine Stiftung gegründet werden kann, die klinische Studien für die Erprobung von Arzneimitteln in der Kinderheilkunde finanziert,
- d) sicherzustellen, dass in die Zulassungskommission nach § 25 Abs. 6 Arzneimittelgesetz pädiatrischer Sachverstand einbezogen wird und dafür Sorge zu tragen, dass bei der wissenschaftlichen und ethischen Evaluation von Prüfplänen, die Arzneimittel für Kinder und Jugendliche betreffen, stets pädiatrische Expertisen herangezogen werden,
- e) zu prüfen, ob der Patent- und/oder Verwertungsschutz verlängert werden kann, wenn der Arzneimittelhersteller eine Indikationsstellung des Medikaments auch für die Kinderheilkunde beantragt und die erforderlichen Nachweise und Unterlagen beibringt,
- f) am Verbot festzuhalten, keine klinischen Studien an gesunden Kindern durchzuführen, wenn das Arzneimittel für therapeutische Zwecke bestimmt ist. Die Durchführung klinischer Studien an gesunden Kindern ist unter ethischen Gesichtspunkten nicht vertretbar,
- g) die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder eine andere geeignete Institution zu beauftragen, die Akzeptanz von klinischen Studien an kranken Kindern und Jugendlichen durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeitsmaßnahmen zu steigern;

zu 8.

- a) wissenschaftliche Studien über die Ätiologie von ADHS und seine Vorkommenshäufigkeit zu initiieren und zu fördern,
- b) wissenschaftliche Studien in Auftrag zu geben, die sich mit dem Thema „ADHS und seine Behandlung“ auseinandersetzen. Zentrales Ziel dieser Studien sollten die Verbesserung und Sicherung der Qualität von Diagnose und Therapie sowie die Bewertung multimodaler Behandlungskonzepte sein,
- c) beim Koordinierungsausschuss gemäß § 137e SGB V darauf hinzuwirken, dass für die Diagnose und Therapie von ADHS Behandlungsleitlinien möglichst hoher Evidenz entwickelt werden und adäquat qualifizierte Ärzte die Behandlung durchführen, steuern und abrechnen,
- d) Forschungsprojekte über die Langzeitfolgen der Einnahme von Methylphenidat einzuleiten und zu fördern, in denen zum einen die Auswirkungen dieses Wirkstoffes auf das Wachstum und die Entwicklung des Gehirns sowie zum anderen die von diesem Wirkstoff ausgehende Abhängigkeitsgefahr untersucht werden,
- e) darauf hinzuwirken, dass Ärzte, Eltern und Erzieher verstärkt über den Stand der medizinischen Erkenntnisse über ADHS und die mit der Anwendung von Methylphenidat verbundenen Vor- und Nachteile informiert werden,

- f) aus Gründen der Qualitätssicherung darauf hinzuwirken, dass die Berechtigung zur Erstverschreibung von Methylphenidat auf Ärzte bestimmter Fachgruppen eingeschränkt werden sollte, zum Beispiel auf die Gebiete Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie/Neurologie.

Berlin, den 25. Juni 2002

Dr. Peter Struck und Fraktion

Friedrich Merz, Michael Glos und Fraktion

Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und Fraktion

Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

