

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Antje Blumenthal, Dr. Hans Georg Faust, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 15/3749 –**

Medizinische – insbesondere chirurgische – Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Vorbemerkung der Fragesteller

Die UNO stellte 1989 im Übereinkommen über die Rechte des Kindes fest, dass jedes Kind ein Recht auf eine seinem Alter entsprechende fachärztliche Versorgung sowie auf ein Höchstmaß an Gesundheit hat. Die UN-Kinderrechtskonvention wurde im März 1992 von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert und trat im April 1992 in Deutschland in Kraft. Im November 1997 beschlossen die Gesundheitsminister der Bundesländer, dass „auf die Bedürfnisse der Kinder bei der Krankenhausbehandlung weitgehend Rücksicht zu nehmen ist“.

In der Vergangenheit wurde allerdings die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland als unzureichend beschrieben. Insbesondere wurde kritisiert, dass in Deutschland ein hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen in normalen Abteilungen der Krankenhäuser untergebracht ist, dass Kinder und Jugendliche häufig nicht von Kinderärzten behandelt und gegebenenfalls von Kinderchirurgen operiert werden und dass sie häufig nicht von Kinderkrankenschwestern betreut werden.

Der Deutsche Bundestag hat deshalb am 27. Juni 2002 den interfraktionellen Antrag „Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sichern und verbessern“ einstimmig angenommen. Darin werden vor allem Maßnahmen zur Verbesserung der pädiatrischen Versorgung gefordert. Unter anderem sollen Pädiater in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen eine Schlüsselfunktion übernehmen und die stationäre Versorgung von Kindern soll ebenso wie die Kinderkrankenpflege verbessert werden.

Heute, nahezu zwei Jahre nach der Beschlussfassung des Deutschen Bundestages, ist von Interesse, welche Maßnahmen bislang ergriffen worden sind, um den Beschluss umzusetzen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

In Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention und gemäß der UN-Sondergeneralversammlung zu Kindern (UNGASS) von 2002 erarbeitet die Bundesregierung derzeit einen Nationalen Aktionsplan „Für ein kindgerechtes Deutschland“, der im November dieses Jahres im Bundeskabinett beschlossen werden soll. In diesem Aktionsplan sind auch Ziele und Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebens und zur Schaffung von gesunden Umweltbedingungen für Kinder und Jugendliche enthalten. In ihrer Verantwortung für eine nachhaltige Gesundheits- und Familienpolitik hat die Bundesregierung den Appell des Deutschen Bundestages zur „Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ (Bundestagsdrucksache 14/9544) mit einem Bündel von Maßnahmen aufgegriffen. Aber nur durch gemeinsame Aktivitäten von Bund, Ländern, Kommunen und allen, die Aufgaben und Verantwortung im Sozial- und Gesundheitswesen tragen, kann sichergestellt werden, dass die Startbedingungen für die nächste Generation so sind, dass Kinder und Jugendliche in guter Gesundheit aufwachsen und leben können.

1. Wie hoch ist der Anteil an kranken Kindern und Jugendlichen, die in den normalen Abteilungen für Erwachsene der Krankenhäuser behandelt werden, und wie hat er sich in den zwölf dem Beschluss des Deutschen Bundestages folgenden Monaten entwickelt?
2. Wie hoch ist der entsprechende Anteil an Kindern und Jugendlichen, die einer chirurgischen Behandlung bedürfen und nicht durch Fachärzte für Kinderchirurgie operiert werden?

Zur Beantwortung dieser Fragen liegen der Bundesregierung für den Zeitraum seit der Beschlussfassung des Deutschen Bundestages bislang keine Daten aus der amtlichen Krankenhausstatistik vor.

3. Welche Vor- und Nachteile sieht die Bundesregierung in der Durchführung von Operationen an Kindern und Jugendlichen durch Kinderchirurgen im Vergleich zu Chirurgen, die vornehmlich Erwachsene operieren?

Der Bundesregierung ist bewusst, dass zur operativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen fundierte Kenntnisse bezüglich der Besonderheiten des wachsenden Organismus in Diagnostik sowie vor-, intra- und postoperativer Therapie notwendig sind. Zur vergleichenden Qualität bei der operativen Versorgung wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

4. Befürwortet die Bundesregierung die Senkung des Anteils chirurgisch oder anderweitig erkrankter Kinder, die in normalen Kliniken behandelt beziehungsweise von Chirurgen operiert werden, die vornehmlich Erwachsene behandeln?

Wenn ja, welche gegenwärtigen und zukünftigen Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um diesen Anteil zu senken?

Die für die Krankenhausplanung zuständigen Länder haben auf der 76. Gesundheitsministerkonferenz den Bericht der Arbeitsgruppe „Krankenhauswesen“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur „Verbesserung der kindgerechten Krankenhausversorgung“ zur Kenntnis genommen. Nach der Darstellung der Länder in diesem Bericht ist eine flächendeckende, stationäre pädiatrische Versorgung sichergestellt. Eine Schließung von pädiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen konnte weitgehend

vermieden werden. Die Bundesregierung unterstützt die Obersten Landesgesundheitsbehörden in ihrem Appell an alle Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte, krankenhausbehandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche vorrangig in pädiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern zu behandeln und für eine kindgerechte Versorgung Sorge zu tragen.

5. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass kranke Kinder und Jugendliche die bestmögliche medizinische Betreuung erhalten, indem sie durch Kinderärzte untersucht und betreut, durch Kinderchirurgen operiert, und durch Kinderkrankenschwestern versorgt und betreut werden?

Wenn ja, was unternimmt die Bundesregierung, um diesen Zustand in Zukunft zu erreichen?

Um eine hohe Qualität der kinderärztlichen Versorgung und in der Kinderkrankenpflege zu erreichen, ist eine entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe unabdingbar.

Die medizinische Ausbildung wird rechtlich durch die Approbationsordnung der Ärzte (ÄAppO) geregelt. Die konkrete Ausgestaltung erfolgt durch die Länder und Hochschulen. Seitens des Bundes besteht lediglich die Möglichkeit, auf die Inhalte der Ausbildung über den Prüfungstoffkatalog zur ärztlichen Prüfung, die Festlegung von Pflichtunterrichtsveranstaltungen und Pflichtleistungsnachweisen sowie die Ausbildungszieldefinition Einfluss zu nehmen. In der neuen Approbationsordnung vom 27. Juni 2002, die am 1. Oktober 2003 in Kraft getreten ist, sind Krankheiten der perinatalen Periode, des Kindes- und Jugendlichenalters, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen sowie Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen als Prüfungsstoff für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Anlage 15) verbindlich festgelegt. Weiter ist die Kinderheilkunde Gegenstand von Pflichtleistungsnachweisen, Blockpraktika (§ 27 Abs. 1 und 3) und des Wahlfachkataloges (Anlage 3). Als Wahlfächer für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung kommen, soweit sie von den Universitäten angeboten werden, darüber hinaus auch Kinderchirurgie, Kinderkardiologie und Kinderradiologie in Frage.

Für die ärztliche Fort- und Weiterbildung sind die Länder zuständig.

Die Ausbildung von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern (vor dem 1. Januar 2004: Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpflegern) ist durch das Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 und die dazu erlassene Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 10. November 2003, welche beide am 1. Januar 2004 in Kraft getreten sind, geregelt. Entsprechend der gesetzgeberischen Entscheidung in § 1 des Krankenpflegegesetzes sind weiterhin zwei Berufsbilder für die allgemeine Krankenpflege und die Kinderkrankenpflege mit unterschiedlichen Berufsbezeichnungen festgelegt. Damit bleibt die Spezialisierung in der Kinderkrankenpflege erhalten, wie dies in den verschiedenen Debatten zu einer kindergerechten Versorgung gefordert wurde.

6. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse über Untersuchungen der Qualität der Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch Kinderchirurgen im Vergleich zu der durch Chirurgen, die vornehmlich Erwachsene operieren?

Wenn ja, zu welchen Ergebnissen kommen diese Untersuchungen?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, dass die Qualität der Behandlung durch Kinderchirurgen bei Kindern und Jugendlichen von der durch Chirurgen, die vornehmlich Erwachsene operieren, abweicht. Aus den Daten, die aus dem Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung nach § 137

SGB V bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung vorliegen, lassen sich Aussagen zur Ergebnisqualität von Institutionen machen. Die Ergebnisqualität einzelner Ärzte innerhalb dieser Institutionen ist mit den vorliegenden Daten nicht darstellbar.

7. Wie beurteilt die Bundesregierung die Aussage des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie in einem Schreiben vom 28. August 2000 an den Vorsitzenden des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dass die kinderchirurgische Forschung in Deutschland „[...] dem europäischen, geschweige denn dem Weltstandard nicht angeglichen werden kann“ und im universitären Kinderchirurgiebereich „die personelle Situation in der Regel so unzureichend sei, dass Forschungsaktivitäten nur minimal oder gar nicht realisiert werden können?“

Der damalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie war vom Sachverständigenrat krankheitsbezogen zur Versorgungssituation befragt worden. Dessen allgemeinen Antworten zur Versorgungssituation des Fachgebietes Kinderheilkunde und Kinderchirurgie wurden vom Sachverständigenrat nicht berücksichtigt, da nach festgelegten Kriterien nur Aussagen zu speziellen Erkrankungsbildern für das Gutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung ausgewählt wurden. Darüber hinaus liegen der Bundesregierung keine Informationen über die personelle Ausstattung universitärer Abteilungen für Kinderchirurgie vor, da dies Angelegenheit der Hochschulklinika bzw. der Länder ist.

8. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung eingeleitet, um die Situation der kinderchirurgischen Forschung in Deutschland zu verbessern?

Die Bundesregierung hat bislang keine speziellen Fördermaßnahmen für die Kinderchirurgie ausgeschrieben. Im Rahmen der Kompetenznetze in der Medizin befindet sich seit 2003 ein Kompetenznetzwerk „Angeborene Herzfehler“ in der ersten Förderphase, mit dem u. a. in der kinderherzchirurgischen Versorgung zur Verbesserung beigetragen werden soll. Qualifizierte Anträge auf kinderchirurgische Forschungsprojekte können darüber hinaus im Rahmen der Verfahren der von Bund und Ländern gemeinsam finanzierten Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert werden.

9. Teilt die Bundesregierung die in dem Schreiben des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie vorgenommene Einschätzung einer kinderchirurgischen Unterversorgung in Regionen wie Schleswig-Holstein, Osnabrück, Emsland, Ostfriesland, Altmark, Celle, Göttingen, Aachen, Marburg, Fulda, Freiburg, nördlicher Bodensee, Bayreuth?

Wenn ja, wie gedenkt die Bundesregierung der Unterversorgung entgegenzutreten?

Es liegen der Bundesregierung hierzu keine Erkenntnisse vor. Es ist Sache der Länder, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern eigenverantwortlich die Bedarfsdeckung im Rahmen der Krankenhausplanung vorzunehmen. Die Krankenhausplanung der Länder umfasst auch die akutstationäre chirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

10. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um Eltern über die Vorteile spezieller kinderchirurgischer Behandlung aufzuklären, damit erreicht wird, dass sich Familien mit kranken Kindern, die einer chirurgischen Behandlung bedürfen, nicht an die nächste, sondern an die geeignetste Fachklinik wenden?

Die Entscheidung über die Einweisung von Kindern und Jugendlichen in Krankenhäuser obliegt den einweisenden Ärztinnen und Ärzten und ist stark vom Elternwunsch beeinflusst. Die gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser nach § 137 Abs. 1 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), im Abstand von zwei Jahren einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen, wird die Möglichkeit auch für Eltern stärken, sich über das Leistungsspektrum der Krankenhäuser besser zu informieren. Entsprechende Berichte werden erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 erstellt werden. In diesen Qualitätsberichten können die Krankenhäuser veröffentlichen, welche Leistungen sie anbieten und über welche Qualifikation ihr Personal verfügt. In diesem Zusammenhang ist vorstellbar, dass auch entsprechende Informationen über spezielle kinderchirurgische Behandlungskompetenzen veröffentlicht werden. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen können die Versicherten auf der Basis dieser Berichte – auch vergleichend – über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser unterrichten und Empfehlungen aussprechen.

In ihren Medien zur Kindergesundheit verweist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf die kompetente Mittlerfunktion des Kinder- und Hausarztes/der Kinder- und Hausärztin zu den am Besten geeigneten Facheinrichtungen.

11. Welche Maßnahmen erscheinen der Bundesregierung geeignet, die Situation des Kindes, das einer chirurgischen Behandlung bedarf, in Deutschland zu verbessern und welche konkreten Schritte wurden bisher schon in dieser Richtung unternommen?

Auf die Antwort zu Frage 4 wird verwiesen.

12. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Anwendung von Schmerztherapien speziell bei Kindern in der Bundesrepublik Deutschland und im Vergleich dazu in anderen Ländern vor?

Die Erkenntnis, dass eine effiziente Schmerzbehandlung für Kinder ebenso wichtig ist wie für Erwachsene, ist verhältnismäßig neu. Die Schmerzbehandlung insbesondere von Säuglingen und Kleinkindern steht dabei vor einer Reihe von zusätzlichen Problemen, wie z. B. der Tatsache, dass das Schmerzverhalten von dem von Erwachsenen abweicht und durch eine aufwändige Fremdbeobachtung erfolgen muss sowie dem Fehlen von kindgerechten Darreichungsformen von Schmerzmitteln. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass eine auf Kinder spezialisierte Schmerztherapie erst in der Entwicklung begriffen ist, und zwar weltweit. Eine Studie an einer renommierten Kinderklinik in den USA hat beispielsweise ergeben, dass nur in etwa 30 Prozent der Fälle die dort durchgeführte Schmerztherapie als erfolgreich zu werten war. Nach Meinung von Experten könnte der Aufbau von interdisziplinären Kinderschmerzambulanzen, von denen es in Deutschland bisher eine gibt, zu einer Verbesserung der Situation beitragen.

13. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass durch vier Radiologen mit der Zusatzqualifikation „Kinderradiologie“, die in einer radiologischen Praxis niedergelassen sind, in Deutschland eine flächendeckende Versorgung mit kinderradiologischer Kompetenz erreicht wird?

Wenn nein, was gedenkt die Bundesregierung zu unternehmen, um diese Situation zu verbessern?

In Deutschland gibt es insgesamt 119 Radiologen mit dem Schwerpunkt „Kinderradiologie“ (Bundesärztekammer, Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2003). Davon nehmen 53 Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil (KBV Bundesarztregister, Tabelle 1.1, Stand 30. Juni 2004). Es ist daher nicht zutreffend, dass lediglich vier Radiologen die gesamte Versorgung in Deutschland sicherzustellen haben.

Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Radiologen mit der Schwerpunktbezeichnung „Kinderradiologie“ ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese können gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen im Zulassungsausschuss weitere Ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht sichergestellt ist. Sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nicht nachkommen, ist es Aufgabe der regionalen Aufsichtsbehörde, dem für Gesundheit zuständigen Ministerium des jeweiligen Landes, die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflichten anzuhalten.

14. Vertritt die Bundesregierung die Auffassung, dass eine Aufnahme kinderradiologischer Leistungen (Röntgen, CT, MRT, Sonographie) in den Ergänzungskatalog des § 116b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als hoch spezialisierte Leistung und die sich daraus ergebende Möglichkeit der Öffnung von Kinderradiologien an Krankenhäusern die Möglichkeiten einer fachgerechten ambulanten radiologischen Behandlung für Kinder verbessert?

Wenn ja, was unternimmt die Bundesregierung, um die Aufnahme in den Ergänzungskatalog zu erreichen bzw. um eine Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses anzuregen?

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) die Möglichkeit eingeführt, dass Krankenkassen zur ambulanten Behandlung hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Verträge mit Krankenhäusern abschließen können. Damit Krankenkassen und Krankenhäusern ihren Versicherten diese neue Versorgungsform möglichst bald nach Inkrafttreten des GMG anbieten können, hat der Gesetzgeber in § 116b Abs. 3 SGB V bereits einen Katalog hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bestimmt, über deren Erbringung Verträge abgeschlossen werden können.

Die Aktualisierung dieses Kataloges ist nicht Aufgabe der Bundesregierung sondern des Gemeinsamen Bundesausschusses, der den gesetzlich festgelegten Katalog, die Qualitätsanforderungen und die Richtlinien spätestens alle zwei Jahre zu überprüfen und ggf. zu ergänzen hat (§ 116 b Abs. 4 SGB V). Voraussetzung für die Aufnahme in den Katalog ist, dass der diagnostische oder therapeutische Nutzen und die medizinische Notwendigkeit sowie die Wirtschaftlichkeit der entsprechenden Untersuchungs- und Behandlungsmethode belegt sind.

