



Wortprotokoll der 16. Sitzung

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

Berlin, den 8. Mai 2019, 16:00 Uhr
Paul-Löbe-Haus
2.200

Vorsitz: Susann Rüthrich, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1 Seite 7

Öffentliches Expertengespräch zum Thema
"Postnatales Kindeswohl I: Medizinische
Versorgung im ambulanten und klinischen Bereich"

Tagesordnungspunkt 2 Seite 31

Beratung der Stellungnahme zum Themenkomplex
"Kindeswohl und digitalisierte Gesellschaft:
Chancen wahrnehmen - Risiken bannen"

Tagesordnungspunkt 3 Seite 31

Anliegen an die Kinderkommission

Tagesordnungspunkt 4 Seite 31

Verschiedenes



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder
(Kinderkommission)

Inhaltsverzeichnis

Anwesenheitslisten	Seite 3
Sprechregister	Seite 6
Wortprotokoll	Seite 7



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder
(Kinderkommission)

19. Wahlperiode



Deutscher Bundestag

Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)

Mittwoch, 8. Mai 2019, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder
des Ausschusses

Unterschrift

Stellvertretende Mitglieder
des Ausschusses

Unterschrift

CDU/CSU

Wiesmann, Bettina Margarethe

CDU/CSU

Launert Dr., Silke

SPD

Rüthrich, Susann

SPD

Bahr, Ulrike

AfD

Huber, Johannes

AfD

Harder-Kühnel, Mariana Iris

EDP

Seestern-Pauly, Matthias

EDP

Föst, Daniel

DIE LINKE.

Müller (Potsdam), Norbert

DIE LINKE.

Werner, Katrin

3. Mai 2019

Anwesenheitsliste

Seite 1 von 2

Referat BL 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro

Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36339

Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

Tagungsbüro



Deutscher Bundestag

Sitzung des Unterausschusses Kinderkommission (13. Ausschuss)

Mittwoch, 8. Mai 2019, 16:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
AFD		
FDP		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

Fraktionsmitarbeiter

Stand: 13. September 2018 / BL4, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32650
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder
(Kinderkommission)

**Anwesenheitsliste der Sachverständigen
für das öffentliche Expertengespräch zum Thema
„Postnatales Kindeswohl I: Medizinische Versorgung
im ambulanten und klinischen Bereich“
am Mittwoch, dem 8. Mai 2019, 16.00 Uhr**

Name	Unterschrift
Dr. Thomas Fischbach (Präsident Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ)	
Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, Chefarzt Kinderhospital Osnabrück)	
Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen, Mitglied im NZFH)	



Sprechregister der Abgeordneten und Sachverständigen

Abgeordnete

Vors. Susann Rüthrich	7, 9, 11, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 31
Abg. Bettina M. Wiesmann	23, 29
Abg. Johannes Huber	24, 28
Abg. Matthias Seestern-Pauly	18
Abg. Katrin Werner	18

Sachverständige

Dr. Thomas Fischbach	11, 22, 23, 25, 27, 28, 30
Dr. Burkhard Rodeck	7, 9, 19, 20, 21, 24, 26, 29, 30
Dr. Gabriele Trost-Brinkhues	16, 20, 22, 26, 28, 29, 31



Tagesordnungspunkt 1

Öffentliches Expertengespräch zum Thema "Postnatales Kindeswohl I: Medizinische Versorgung im ambulanten und klinischen Bereich"

Vorsitzende: Vielen Dank, dass Sie, liebe Expertinnen/Experten heute bei uns in der Kiko-Sitzung sind. Wir haben uns in den letzten Kiko-Sitzungen in meiner Vorsitzzeit um den guten Start ins Leben – Schwangerschaft und Geburtssituation – gekümmert und darüber diskutiert. Jetzt begeben wir uns mental in die Situation, dass das Kind geboren ist, es auf der Welt ist: Wie ist da die medizinische und die soziale Versorgung? Geht es den Kindern gut, und wenn dem nicht so ist, was können wir tun? Das ist der Punkt, an dem wir inhaltlich sind. Ich darf sagen, dass unser Kiko-Mitglied, Herr Müller, heute verhindert ist und von Kollegin Frau Werner vertreten wird. Unser Kollege Herr Lehmann ist leider auch verhindert, und sowohl Frau Werner als auch Herr Seestern-Pauly müssen um 17.00 Uhr in der nächsten Sitzung sein. Wir können das Gespräch noch ein bisschen länger führen, aber es werden nicht mehr alle Mitglieder anwesend sein. Unser Tagesordnungspunkt heute ist das Kindeswohl, wenn das Kind geboren ist. Wir schauen uns als erstes die medizinische Versorgung im ambulanten und im klinischen Bereich an. Deswegen freue ich mich, dass Sie uns als Expertin/Experten zur Verfügung stehen. Herr Dr. Thomas Fischbach, praktizierender Kinderarzt und Präsident des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte, vielen Dank, dass Sie da sind. Herr Dr. Burkhard Rodeck ist Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Chefarzt im Kinderhospital Osnabrück, und Frau Dr. Gabriele Trost-Brinkhues ist vom Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen und Mitglied im NZFH, das Sie uns dann vielleicht kurz erklären werden. Wir werden ein Wortprotokoll haben, d. h. alles was Sie sagen wird aufgezeichnet und man kann es dann auf den Internetseiten sehen, d. h. was nicht für die Öffentlichkeit bestimmt ist, das sollte dann auch nicht gesagt werden. Damit würde ich in die Tagesordnung einsteigen und Ihnen das Wort

geben. Beschreiben Sie jeweils aus Ihrer Sicht, wie Sie die Situation der Kinder einschätzen. Und da Sie schon das Mikro an sich heranziehen und Ihre Präsentation schon oben steht, Herr Dr. Rodeck, würde ich Ihnen dann als erstes das Wort geben.

Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, Chefarzt Kinderhospital Osnabrück): Zunächst vielen Dank, dass wir hier vor Ihnen sitzen und ein Stück weit die Situation der Frühgeburtlichkeit in Deutschland beleuchten dürfen. Die Frühgeburtlichkeit beginnt ja letztlich in der Klinik, deswegen bin ich der Erste, der jetzt hier auftritt, und dann geht es in die ambulante Versorgung, in den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ich will Sie kurz einführen in die Grundproblematik, das sind sicherlich Dinge, die Ihnen gut bekannt sind, aber vielleicht als Erinnerung noch einmal ganz wichtig sind. Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen, neun Monate. Die Frühgeburtlichkeit wird als Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche definiert. Die Grenze der Lebensfähigkeit sehen wir ungefähr ab der 23. Lebenswoche. Das ist in anderen europäischen Ländern anders, dort wird erst später angefangen, sich um die Kinder zu kümmern. Die Häufigkeit lag in Deutschland 2016 bei circa 70.000 Kindern, also jedes zehnte Neugeborene. Die primäre Versorgung, deswegen sitze ich als Kinderarzt und auch als Neonatologe vor Ihnen, erfolgt grundsätzlich zunächst in einem Perinatalzentrum, d. h. eine geburtshilfliche Klinik plus einer neonatologischen Einheit. Das ist 2018 die Frühgeborenenrate in Europa und Sie sehen hier ganz dunkel markiert Deutschland mit einer Frühgeborenenrate von 8 bis 10 Prozent. Das ist relativ viel, auch im europäischen Vergleich. Das sind aber die Frühgeborenen, also die PTBs, die preterm births. Neuere Daten gibt es zum Geburtsgewicht. Unter 2.500 Gramm liegen wir nicht so schlecht im europäischen Mittel, da liegen wir sogar ein kleines bisschen darüber. Aber es spielt eben eine Rolle und es hat vor allen Dingen in den Jahren davor noch eine größere Rolle gespielt. Das kennen Sie, das ist die Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene, nach der wir arbeiten. Wir haben vier verschiedene Versorgungsstufen: Level 1, die ganz kleinen Kinder unter 1.250 Gramm; Level 2,



die Kinder mit 1.250 bis 1.500 Gramm; die Stufe 3 sind die etwas Größeren über 1.500 Gramm und die Versorgungsstufe 4, also nur Geburtsklinik ohne angeschlossene Kinderklinik, sind dann die reifgeborenen Kinder oberhalb der 36. Schwangerschaftswoche ohne Risiken, die zu berücksichtigen sind. In den letzten Jahren haben wir – auch durch den G-BA, der entsprechende Zahlen vorgegeben hat – die Zentralisierung der Geburtshilfe bzw. auch der Neonatologie vorangetrieben. Das betrifft zum einen die Zahl von Frühgeborenen, die wir im Jahr betreuen müssen, um z. B. Level 1 zu erreichen. Das sind 14 sehr kleine Frühgeborene unter 1.250 Gramm. Seit dem 1. Januar 2017 haben wir noch eine zusätzliche, wenn Sie so wollen, Mindestmengenverordnung. Jederzeit muss mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger pro intensivpflichtigen Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm verfügbar sein. Das stellt uns vor enorme Probleme. Sie können sich vorstellen, dass bei einer Drillingschwangerschaft in Frühgeburtlichkeit drei Kinder auf einen Schlag da sind und jedes ein Anrecht nach G-BA auf eine 1:1-Betreuung von Schwestern hat. So viele habe ich aber auf meiner Intensivstation nicht, diese muss ich irgendwoher holen. Und wenn ich sie irgendwoher hole, dann ziehe ich sie irgendwo ab. Und das ist die Folge, die wir auch jetzt sehen. Die Zentralisierung ist in den letzten Jahren noch ein Stück weiter vorangetrieben worden. Der G-BA hat im Jahre 2010 eine neue Richtlinie herausgegeben, in der die Mindestmenge bei 30 Frühgeborenen definiert wurde. Dagegen haben verschiedene Kliniken geklagt, das Bundessozialgericht hat diesen Klagen Recht gegeben, weil diese Mindestmenge wissenschaftlich nicht begründbar war. Der GKV-Spitzenverband fordert eine Mindestmenge von 50 Frühgeborenen – also hin und her und kreuz und quer. Nach meiner Meinung und der Meinung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sind Mindestmenge und Zentralisierung richtig, aber wenn man sich nur auf Quantität stürzt und nicht auf Qualität, also nur auf Strukturmerkmale achtet und nicht auf die Ergebnisse, die dabei herauskommen, geht man einen Schritt zu kurz.

Das sind die Überlebensraten von Frühgeborenen.

Wir hören ja immer wieder, in Skandinavien sei es so viel besser. Wenn Sie sich die Zahlen genau anschauen – ich habe Ihnen dazu auch eine Mappe auf die Tische gelegt, in der das drinsteht –, dann sehen Sie, dass hier bei den industrialisierten Ländern Japan in den Zahlen ganz vorne steht und Deutschland, wenn Sie das vergleichen, daneben schon an zweiter Stelle. Und wenn Sie dann noch einmal genau schauen, wie gut die Surveillance, d. h. die Rücklaufquote dieser Daten ist, dann sehen Sie, dass in Deutschland 100 Prozent, in Japan nur 61 Prozent dieser Kinder erfasst werden. Das heißt also, die Repräsentativität der Zahlen aus Japan muss man ein Stück weit infrage stellen. Und dann steht Deutschland im Rahmen dieser ganzen Länder – Israel, Spanien, Italien, Schweiz, Kanada, UK, Australien, Finnland, Schweden – als bestes da. Wir sind also auch jetzt schon nicht schlecht in unserer Frühgeborenenversorgung. Man sieht das auch im Rückgang nicht nur der Mortalität, also der Sterberate, sondern auch bei der Morbidität, also der Krankheitsrate bei Frühgeborenen. Wir wissen ja, Frühgeborene haben ein hohes Risiko, kognitive Schäden, Schäden des zentralen Nervensystems zu erleiden. An dieser Grafik einer umfangreichen Studie von 1980 bis 2003 sieht man, wie sowohl die Sterberate bei Frühgeborenen als auch die Rate von cerebral palsy, der Zerebralparese – also kognitive Einschränkungen, Einschränkungen der Kinder im zentralen Nervensystem – zurückgegangen ist.

Was sind die aktuellen Probleme? Frühgeburtlichkeit ist nicht kalkulierbar. Vorhaltekosten für eine Frühgeborenen-Intensivstation mit diesem Pflegeschlüssel 1:1 fallen unabhängig von der Belegung an und sie müssen natürlich auch finanziert werden, das Personal muss durchfinanziert werden. Die Betriebskosten werden über DRG-Erlöse finanziert, die aber nur dann fließen, wenn die Station voll belegt ist. Wenn die Station nicht gut belegt ist, laufen diese DRG-Erlöse nicht, die Vorhaltekosten entstehen trotzdem. Das heißt im Klartext, die notwendigen Vorhaltekosten sind unzureichend berücksichtigt. Das zweite große Problem – das auch in der Presse immer wieder hin und her diskutiert wird – ist, dass die Investitionskosten für die Strukturmaßnahmen, die man an Kliniken



reinvestieren muss, von den Bundesländern nicht ausreichend refinanziert werden. Hier sehen Sie eine Auflistung des Sachverständigenrats für das Gesundheitswesen aus dem letzten Jahr. Hier hat man den Index im Jahr 1991 gelegt und Sie sehen, dass die Kurve bis 2015 immer weiter heruntergeht, d. h. pro Fall, pro Bett und natürlich auch absolut gehen diese Investitionszahlen zurück. Und die AWMF, die Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftlich-medizinische Forschung, hat 2019 Zahlen vorgelegt. Danach haben wir einen Bedarf von 6 Milliarden an jährlichen Investitionskosten in Deutschland, wovon 2,7 Milliarden von den Ländern erstattet werden. Ich muss in meiner Klinik einen modernen Inkubator haben – Herr Seestern-Pauly Sie waren schon mal bei uns –, das muss sein, da kann ich nicht irgendein Altgerät nehmen, ich kann auch nicht ein Ultraschallgerät aus dem Jahre 2002 oder ähnliches nehmen, sondern ich muss etwas modernes haben. Wenn das allerdings die Kliniken trifft und diese Reinvestitionskosten nicht erstattet werden, dann muss diese Klinik diese Kosten, die ja notwendigerweise anfallen, finanzieren, und das Geld nimmt man natürlich aus dem Gesamtbudget. Und wenn Sie dann berücksichtigen, dass das Gesamtbudget in einer klassischen Kinderklinik zu 80 Prozent aus Personalkosten besteht, anders als bei Erwachsenenkliniken, wo es ungefähr 60 Prozent sind, dann wissen Sie, dass darunter das Personal am meisten leiden muss, denn es werden dann Stellen nicht besetzt, Sperren ausgesprochen und die Gelder werden sozusagen zweckentfremdet für das, was die Kliniken nicht von den Ländern erstattet bekommen. Ich weiß, ich bin jetzt hier in einer Bundestagskommission – das ist nicht Ihr Deal –, aber anmahnen kann man das zumindest immer wieder und immer wieder sagen, dass das ein Systemproblem ist, das gelöst werden muss, sonst trifft das tatsächlich auch die Kleinsten in unserer Gesellschaft, die kleinen Kinder, die Frühgeborenen.

Vorsitzende: Wir schicken unsere Stellungnahme auch an die Bundesländer.

Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, Chefarzt Kinderhospital Osnabrück): Super.

Gut, dann haben wir noch einen Punkt, den ich auch zur Sprache bringen will. Wir sind ja in diesem ökonomisierten System in einer Situation, in der wir Anreize haben, bestimmte Dinge zu entwickeln und Anreize haben, bestimmte Dinge nicht zu entwickeln. Der Anreiz zur Steigerung von Frühgeburtzahlen ist natürlich da, denn durch die Vollbelegung der Station habe ich kostendeckende Erlöse. Und ich habe auch die G-BA-Bestimmungen mit den 14 oder 30 oder 50 Frühgeborenen, da muss ich sehen, dass ich diese auch schaffe, damit ich das Level 1 erreiche, weil das wirtschaftlich unterm Strich schon auch ein Ziel ist. Aber ist das wirklich das Ziel, das wir wollen? Wollen wir mehr Frühgeborene? Nein, das wollen wir nicht, sondern wir wollen Frühgeburten verhindern. Und da ist die Geburtshilfe gefragt. Und wenn man sich die Qualitätsmaßnahmen, die Richtlinie des G-BA anschaut, dann ist die Geburtshilfe zwar in Form der Terminologie „Perinatalzentrum“ mit dabei; aber es wird nicht die Frage gestellt, wie es dem Geburtshelfer gelingt, Frühgeburtlichkeit zu verhindern. Und das ist die entscheidende Frage, finde ich. Das heißt, wir brauchen auch Qualitätskriterien der Perinatologie inklusive der geburtshilflichen Kliniken und nicht nur das Schauen auf die Frühgeburtlichkeit, denn das setzt falsche wirtschaftliche Anreize.

Ein nächstes Problem ist das Pflegeberufereformgesetz. Sie wissen, dass die Gesundheits- und Kinderkrankenschwester politisch langfristig eigentlich so nicht gewollt wird. Wir haben jetzt in den Verbänden einen Kompromiss erreicht, so dass wir die generalistische Ausbildung, die generalistische Ausbildung mit Vertiefungsansatz und noch das Berufsbild der Kinder- und Gesundheitskrankenpflegerin haben. Aber schon jetzt sehen wir, dass die Krankenpflegeschulen in Antizipation dessen, was kommen wird, dabei sind, die Attraktivität solcher Ausbildungsberufe herunterzufahren und diese ihren Schülern gar nicht mehr anzubieten. Aktuell haben wir in den Kliniken 37.750 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, der Bedarf liegt bei 40.000, denn man muss die Teilzeitstellen einrechnen. Und statt der rund 6.650 im Jahr 2016 müssen wir mindestens 7.700 Ausbildungsstellen besetzt haben, damit wir das auch auffüllen können. Das



wird uns nicht gelingen, und es werden ja alle aufgenommen. Vernehmen Sie meine Worte, der Pflegenotstand in der Kindermedizin in fünf Jahren ist jetzt schon fixiert. Auf der anderen Seite müssen wir auf den Intensivstationen ausgebildete Kinderkrankenschwestern haben und 30 Prozent davon müssen auch noch eine Zusatzweiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege haben. Wenn wir jetzt schon wissen, dass wir eine dreijährige Ausbildung mit normaler Generalistik, Gesundheits- und Krankenpflege und dann noch eine Nachqualifikation brauchen – je nachdem, ob man den Vertiefungsansatz gewählt hat oder nur die Generalistik von ein bis zwei Jahren – und dann noch zwei Jahre der Fachweiterbildung dazu kommen, dann kommen wir auf locker sechs bis sieben Jahre, in denen man nur in der Weiterbildung ist. Wenn wir dann wissen, dass eine normale Krankenschwester in der Pädiatrie, in der Kindermedizin nur zehn Jahre, vielleicht 12 Jahre im Beruf ist, dann ist sie fast nur in der Aus- und Weiterbildung und weniger im Beruf. Auch das müssen wir im Auge haben. Das Personal reicht jetzt schon nicht aus.

Dann kommen wir zu dem eigentlichen Thema des heutigen Tages, und das ist die sozialmedizinische Nachsorge. Hier haben wir in einer Grafik aufgezeichnet, wie das in den Kliniken in der Regel organisiert wird. Wir haben die Risikoschwangerschaft, die seitens der Geburtshilfe schon definiert wird, aber Frühgeburtlichkeit passiert auch ohne Risikoschwangerschaft. Wir haben dann die Elternberatung idealerweise schon in der Geburtshilfe, in der auch Pädiater, Neonatologen mit dabei sind. Wir haben dann den stationären Aufenthalt des Kindes, wo Elternschulung stattfindet, und wir haben letztlich das Entlassmanagement. Die Dinge, die darunter fallen, muss ich nicht alle aufführen, die gehören alle mit zur Nachsorge und damit auch zur sozialmedizinischen Nachsorge.

Sie haben gefragt, wann die Eltern von der Tatsache, dass es so etwas im SGB V gibt, in Kenntnis gesetzt werden – in den Kliniken. Das machen wir. Wenn wir Frühgeburtlichkeit haben, wenn wir den Start ins Leben begleiten, dann

informieren wir über die Möglichkeit dieser sozialmedizinischen Nachsorge und wir stellen auch die Anträge, die dann an die gesetzlichen Krankenversicherungen gehen. Die Nachsorgeeinrichtungen werden maßgeblich über den sogenannten Bunten Kreis organisiert. Das ist eine Organisationsform, die ursprünglich aus einer Elternselbsthilfegruppe in Augsburg hervorgegangen ist und diesen Übergang von Frühgeburtlichkeit in die normale Welt mit begleitet hat. Mittlerweile arbeitet dieser Verband deutschlandweit. 2018 versorgten 91 Mitglieder 73 Prozent der bundesdeutschen Fläche. Sie sehen schon hier, dass Thüringen und Sachsen eigentlich gar nicht dabei sind, Sachsen-Anhalt eine Position hat, d. h. die eher großen Länder mit geringeren Bevölkerungszahlen liegen da weit abgeschlagen, da gibt es diese Angebote gar nicht, obwohl sie vom SGB V vorgesehen sind. Das ist eigentlich die Aufgabe der Krankenkassen. Die Nachsorge ist ein sektorenübergreifendes Case-management für komplex belastete Früh- und Risikogeborene, aber auch für chronisch kranke Kinder. Zu zwei Dritteln ist es eine aufsuchende intensivere Leistung, die sehr erfolgreich ist – das wissen wir –, die Klinikaufenthalte verkürzt, Wiederaufnahmen vermeidet und Hilfe zur Selbsthilfe gibt und ein fester Bestandteil der Versorgung von Früh- und Neugeborenen nach der G-BA-Qualitätsrichtlinie ist. Eine Kooperation zwischen Perinatalzentrum und der Nachsorgeeinrichtung wird gefordert, und wir verordnen das. Das ist eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung und nach Auskunft des Bunten Kreises grundsätzlich unterfinanziert. Die bundesweite durchschnittliche Vergütung pro Stunde liegt bei 79 Euro inklusive Fahrtkosten. Wenn Sie sich Sachsen oder Thüringen anschauen, wenn da irgendeiner aus den anderen Bundesländern einmal hinfahren soll, dann geht das überhaupt nicht. Benötigt werden nach Kalkulation des Bunten Kreises 115 Euro. Ein flächendeckender Aufbau ist, wie Sie sehen, nicht realisiert, zu 85 Prozent werden Früh- und Risikogeborene immerhin durch die sozialmedizinische Nachsorge versorgt, viele andere Krankheitsgruppen erhalten aber keine sozialmedizinische Nachsorge. Uns beschäftigt auch immer wieder – Gott sei Dank in den letzten Jahren etwas weniger –, dass die



Ablehnungsquote einzelner MDKs der gesetzlichen Krankenversicherung mal bei 60, mal bei 40 Prozent gelegen hat. Mittlerweile liegt sie bei 20 Prozent und darunter, durchschnittlich liegt sie bundesweit bei 10 Prozent, und wir haben ein deutliches Nord-Süd-Gefälle. Im Norden sind die Krankenkassen deutlich regressiver und im Süden etwas lockerer. Es gibt einzelne Krankenkassen, von denen wir genau wissen, dass sie große Schwierigkeiten machen. Die Frage der Objektivität des Gutachtens eines MDKs hängt offensichtlich auch davon ab, von welcher Krankenkasse er geschickt oder gesteuert wird. Das sind die Player auf dem Feld, wenn Sie so wollen. Geburtshilfekliniken, Hebammen, die neonatologischen Zentren, dann natürlich die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, die eine große Rolle in der Nachsorge dieser Kinder spielen. Unter Nachsorgeeinrichtungen habe ich aufgeführt: Bunter Kreis, Kliniken, Vereine, Stiftungen, Kommunen, die Caritas, Hospize, Pflegedienste, GmbHs, sozialpädiatrische Zentren – ein bunter Teppich aller möglichen Organisationsformen. Bei Kommunen ist es möglicherweise auch der Öffentliche Gesundheitsdienst, ich habe das nicht ganz so genau herausgekriegt. Dann arbeiten wir mit Frühen Hilfen, Familienhebammen, Pflegediensten und vielen anderen Playern mehr. Das vielleicht als kurze Einführung.

Aufgaben, die politisch zu lösen sind, und die ich damit an Sie richte: Erstens ist zu schauen, ob man nicht doch auch die geburtshilflichen Kliniken in die Qualitätsanforderungen implementieren kann. Ziel soll sein, die Frühgeburtlichkeitsrate zu senken und nicht zu erhöhen, weil es Geld dafür gibt und weil man da im Level 1 liegt. Zweitens ist in all Ihren Überlegungen die Ökonomisierung der Medizin mit zu berücksichtigen. Wir haben hier Vorhaltekosten, die nicht adäquat refinanziert werden, wir haben keine adäquate Investitionskostenrückerstattung. Auch das muss auf Länderebene besser geregelt werden. Das große Problem, das uns umtreibt, ist dieser von mir schon prophezeite Pflegenotstand, wenn sich die Generalistik komplett durchsetzt und das Berufsbild der Kinder- und Gesundheits- und Krankenpflege ausstirbt. Das heißt, dieser Beruf muss erhalten bleiben. Und wir müssen diese

sozialmedizinische Nachsorge adäquat finanzieren und müssen sie flächendeckend anbieten. Grundsätzlich brauchen wir aber auch einen sektorenübergreifenden Ansatz, ich nenne jetzt nur mal – und da bin ich schon wieder bei Ihnen, Frau Trost-Brinkhues – die sozialmedizinische Nachsorge. Diese betrifft zunächst krankheitsorientierte Kosten, also SGB V-Kosten, die von den Krankenkassen finanziert werden. Aber wenn ich so einen kleinen Menschen habe, der im Laufe seines jungen Lebens dann durchaus zahlreiche Probleme hat – ich nenne nur mal die Erziehungsberatung –, dann bin ich schon beim SGB VIII, und da sagt die GKV natürlich „not my deal, das streichen wir aus eurem Antrag heraus, das steht da nicht drin.“ Das heißt, wir betrachten auch die Refinanzierung und auch das Leistungsangebot unserer Gesellschaft an diese Kinder aus der Leistungserbringer- und der Kostenträgerperspektive. Deswegen hat mir Ihr Satz ganz am Anfang sehr gut gefallen, „wir wollen aus der Perspektive des Kindes schauen, was es braucht, wo es hingeht.“ Und wenn wir das aus der Perspektive des Kindes betrachten, dann darf es dieses Kind eigentlich nicht interessieren, ob das SGB VIII oder das SGB XI oder das SGB V oder was auch immer zur Anwendung gelangt. Dann muss das so gestrickt sein, dass das Kind und die Eltern und die Familie auch darauf zugreifen können. Vielen Dank.

Vorsitzende: Vielen Dank Ihnen, Herr Dr. Rodeck, für den Einblick in den klinischen Bereich der Versorgung von Kindern. Vielleicht kommen wir jetzt zu dem niedergelassenen Kinderarzt. Also das Kind ist nicht mehr in der Klinik, sondern hoffentlich gut aus dem Krankenhaus – oder wo auch immer es geboren ist – entlassen worden und kommt dann in der Kinderarztpraxis an. Das heißt im Zweifel bei Ihnen, Herr Dr. Fischbach.

Dr. Thomas Fischbach (Präsident Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ): Liebe Frau Rüthrich, sehr geehrte Abgeordnete, vielen Dank für die Einladung auch von meiner Seite. Wir machen jetzt den Anschluss, das Baby ist auf der Welt. Jetzt spreche ich nicht nur über frühgeborene Kinder – Gott sei Dank sind die



meisten ja nicht frühgeboren –, sondern termingerecht und die meisten Kinder sind auch ohne größere Probleme in ihr junges Leben gestartet. Ich will kurz aus unserer Sicht die Ausgangslage noch einmal in Erinnerung rufen. Im Koalitionsvertrag steht, Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, die Belange und die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen bedürfen der besonderen Berücksichtigung im Gesundheitswesen, in Medizin und Forschung. Das ist ja die Aufgabe, der sich die Koalition jetzt auch stellt und zum Teil auch schon gestellt hat. Aber die Realität ist aber auch die – und das wissen Sie auch –, dass viele Eltern keine Kinder- und Jugendärztin oder keinen Kinder- und Jugendarzt in ihrer Nähe finden, wenn sie ein neugeborenes Kind haben und zum Teil lange auf Untersuchungstermine warten müssen. Dieses soll jetzt durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz gelindert werden; da muss man natürlich – genau wie Herr Rodeck das an anderer Stelle schon angesprochen hat – folgendes berücksichtigen: Sie können so viele Gesetze machen wie Sie wollen, wenn Sie keine Leute haben, nutzen Ihnen diese nichts. Das heißt also, wir werden in die Diskussion eintreten müssen, wo wir denn diese Menschen hernehmen, die wir brauchen? Wir haben es in der Pflege schon gehört: Sie sind nicht da. Und ich verrate Ihnen kein Geheimnis, bei den Ärztinnen und Ärzten fehlen sie auch. Es schließen viele Kinderkliniken und Geburtsstationen gerade auch unter diesem massiven Finanzdruck, und dass der Öffentliche Gesundheitsdienst, für den Sie als Bundestag nicht zuständig sind, chronisch unterfinanziert ist, das wissen Sie natürlich auch. Aber der Dank jetzt zunächst an Sie, dass Sie das auch zum Thema machen und versuchen, hier Lösungen zu finden, wobei wir gerne helfen wollen.

Die Fakten gehe ich relativ schnell durch, weil diese weitestgehend bekannt sind. Medizin insgesamt wird weiblich, die Pädiatrie war immer weiblich und im speziellen ist sie noch weiblicher geworden. Wir haben mehr ambulant als stationär tätige Kolleginnen und Kollegen. Die Zahl der angestellten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte steigt beständig und zwar rasant an, und zwar nicht nur in medizinischen Versorgungszentren, sondern gerade auch in niedergelassenen Praxen. Wir haben einen

Nachwuchsmangel, das sagte ich bereits. Im Jahr 2018 war der Durchschnittsarzt in Deutschland 54,2 Jahre alt, bei den Pädiatern sind es circa 56 Jahre. Da braucht man keinen Mathematikleistungskurs, um sich auszurechnen, wann sich die Blase am rechten Rand der Kurve in die Rente verabschiedet. Und die Frage, wo wir den Nachwuchs herholen, muss beantwortet werden. Zumal dann, wenn wir zwar mehr Köpfe haben – wenn Sie sich die Weiterbildungsabschlusszahlen im Fachgebiet Pädiatrie anschauen, dann sind diese ja durchaus nicht rückläufig –, aber weniger Lebensarbeitszeit zur Verfügung haben. Das hat natürlich sehr viel mit der Teilzeitarbeit und der Angestelltensituation zu tun. Die Geburtenzahlen sind Gott sei Dank wieder steigend, das freut uns natürlich alle sehr. Ich denke auch, dass es noch eine Zeit lang so weitergehen wird – wobei, man soll sich ja hier immer sehr zurückhalten, die Prognosen sahen ja ganz anders aus, und wer weiß, wie es sich jetzt weiterentwickelt. Wir hoffen, dass die Geburtenzahlen noch weiter ansteigen, weil nämlich genau der Rückgang der Geburtenzahlen das Problem verursacht hat, das wir heute haben. Sie haben eine schmale Alterskohorte, die jetzt überhaupt als Nachfolger in Betracht kommt. Und damit können Sie den „großen Kopf“, der jetzt die Versorgung in Deutschland stemmt, einfach nicht 1:1 ersetzen, und das schaffen Sie – und das prognostiziere ich Ihnen – auch nicht dadurch, dass Sie Ärztinnen und Ärzte aus anderen Ländern dieser Welt „klauen“. Das wird nicht gelingen, das ist so sicher wie das Amen in der Kirche, also wir brauchen ein besseres Konzept. Da ist es dann besonders schrecklich, wenn wir dann auch heimlich still und leise noch weniger Studienplätze haben als früher. Bei der Wiedervereinigung gab es etwa vierthalbtausend Medizinstudienplätze in der ehemaligen DDR und ungefähr 12.000 im Westen des Landes, heute sind es noch so circa 11.000, wenn man es hochrechnet, und das jedes Jahr. Und das hat einen Mangel verursacht, den wir so schnell nicht ausgleichen können. Wir brauchen also mehr Medizinstudierende, das ist eine wichtige Weichenstellung. Gut, da ist jetzt der Masterplan geschaffen worden, aber dieser harrt der Umsetzung. Und da das in einem föderalen Staat auch wieder Ländersache ist, ist es natürlich



klar, dass das überall unterschiedlich gehandhabt werden wird. Ich möchte nur an Sie appellieren, dafür Sorge zu tragen, dass in der Umsetzung des Masterplans auch die Pädiatrie als hausärztliches Fachgebiet Berücksichtigung bei der Förderung findet. Aus Zeitgründen gehe ich jetzt nicht darauf ein, Sie wissen, dass es da Vertiefungsabschnitte geben wird, und in diesen müssen wir auch expressis verbis mit enthalten sein.

Netzwerkarbeit, Kinderschutz, Frühe Hilfen, da greife ich nicht vor, weil Frau Dr. Trost-Brinkhues dazu gleich noch etwas sagen wird. Das ist eine große Aufgabe, der wir uns jeden Tag in der Praxis mehrfach stellen. Dafür brauchen wir auch eine Vergütung, das ist bislang völlig unzureichend oder gar nicht geregelt. Und eine Bitte. Schaffen Sie die „Ärzte-Attestitis“ ab. Sehr viele Patienten kommen in die Praxis und sagen, „mein Kind hat heute Nacht gebrochen und ich brauche jetzt eine AU, weil ich mein Kind versorgen muss.“ Was glauben Sie, was ich dann der Mutter sage? „Ich glaube Ihnen nicht, dass das Kind heute Nacht gebrochen hat?“ Also sie bekommt ihre AU, denn das sind meistens Symptome, die man in dem Moment in der Praxis gar nicht verifizieren oder quantifizieren kann. Das heißt, die Mutter wollte nicht kommen, ich wollte sie nicht da haben, und die Bescheinigung wird doch ausgestellt. Warum gibt man nicht jedem Elternteil im Jahr zehn Tage für die Betreuung, und wenn diese weg sind, dann sind sie eben weg. Denken Sie mal darüber nach, denn es wird nicht aus dem Ruder laufen. Denn die Leute, die das System ausnutzen, die haben das immer schon ausgenutzt und die werden es auch weiterhin ausnutzen. Diejenigen, die das nicht tun – davon kenne ich viele, die gar nicht wollen, dass sie vom Arbeitsplatz fernbleiben –, die werden das System auch dann nicht ausnutzen, wenn die Regelung dann so aussehen wird. Das ist vielleicht nur mal so eine Idee.

Das Thema Delegation und auch Substitution ärztlicher Leistung ist schon viele lange Jahre ein Aufregerthema, da kennen Sie die Einstellung der Selbstverwaltung, das ist alles sehr unterschiedlich. Angesichts der Zahlen, die ich Ihnen gezeigt habe, sind wir als Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte der Meinung, dass wir

daran nicht vorbeikommen. Und es macht auch keinen Sinn, immer so zu tun, als ob wir das alles nicht wollten. Wir werden dieses Loch nicht füllen und wir müssen tatsächlich schauen, dass wir unsere medizinischen Fachangestellten beispielsweise weiterqualifizieren – was wir zum Teil auch schon tun – und dass diese auch ein Teil der Aufgaben wahrnehmen, die zum Teil heute noch von Ärzten selbst wahrgenommen werden. Ich will Ihnen mal ein Beispiel nennen: Eine Impfung kann eine medizinische Fachangestellte, wenn sie entsprechend qualifiziert worden ist, machen. Bei mir in der Praxis impfe ich eigentlich nicht mehr selbst. Das einzige, was Vorschrift ist, ich muss die Impfaufklärung machen und ich muss die Dokumentation machen, alles andere ist delegierbar. Das ist nur ein Beispiel, es gibt noch viele mehr, gerade bei Frühen Hilfen und und und. Das macht es hier zu lang, das wird sicher in der Zukunft stärker in nichtärztliche Fachberufe gehen müssen. Dann haben wir vielleicht wieder ein bisschen mehr Ressourcen.

Wir brauchen auch viel Kooperation zwischen den einzelnen Leistungsträgern, gerade aus diesem Grund, den Sie jetzt hier sehen. Sie wissen, 20 Prozent eines Geburtsjahrganges werden in Familien hineingeboren, die einen schlechten sozialen Status haben und vorwiegend von Transferleistungen des Staates leben. Und nicht erst seit dem Kinder- und Jugendreport der Deutschen Angestelltenkrankenkasse wissen wir, dass dies auch Kinder kränker macht, häufiger Vorstellungsanlässe hervorruft und durch die Bildungsferne auch eine ganze Menge von Sozialproblemen, denken Sie mal an Adipositas etc., hervorruft. Hier sind gegensteuernde Maßnahmen dringlich erforderlich. Warum ist das so? Weil die Kinder keine frökhkindliche Anregung bekommen, frühe teils irreparable Defizite in den verschiedenen Entwicklungsbereichen erleiden, unkontrollierter Medienkonsum tut das Seine noch dazu, sie haben eine schlechtere Schulausbildung. Ausbildung bedeutet Berufschancen, 50 Prozent dieser Kinder machen überhaupt keinen Schulabschluss. Dabei haben wir ohnehin so wenige Kinder, dass wir uns das eigentlich überhaupt nicht leisten können. Das andere, das können Sie lesen, das kürze ich jetzt mal.



Also wie kommen wir da ins Spiel? Früh, intensiv und regelmäßig. Wir sind die Hauptansprechpartner für junge Eltern, weil sie zu uns Vertrauen haben und weil sie mit ihren Kindern, wenn sie krank sind oder für präventive Maßnahmen zu uns kommen, kommen müssen und auch wollen. Wir erleben die Kinder-Eltern-Interaktion in der Praxis, wir haben einen großen Vertrauensvorschuss, der nicht nur alleine auf der Schweigepflicht gegründet ist, sondern auf das Helfersystem. Wir sind kontinuierliche Ansprechpartner, deshalb ist es auch so wichtig, dass die ärztliche Praxis in der Niederlassung auch als eigenständige, also inhabergeführte Praxis Bestand hat und nicht dauernd wechselnde Bezugspersonen auftreten. Und wir können dadurch auch Kindeswohlgefährdungen erkennen. Ich denke, dazu wird Frau Dr. Trost-Brinkhues noch etwas sagen. Also Prävention, Krisenmanagement, die Erkennung von Vulnerabilitätenproblemen in der Familie, in den Aufwachungsmöglichkeiten – das ist unsere Arbeit. Ich gehe darüber weg, weil du das – glaube ich – noch machst. Wir brauchen sicherlich eine bessere Kooperation zwischen einzelnen Einrichtungen im Gesundheitswesen, aber auch darüber hinaus in den Bereich der Pädagogik hinein, also auch Zusammenarbeit mit Gynäkologen, Kinder- und Jugendärzten, Stillberaterinnen, Hebammen. Ich würde noch weitergehen, Frühförderung – Herr Rodeck hat ja eine ganze Reihe adressiert – gehört da auch noch herein. Wir müssen alle Berufsgruppen besser zusammenbringen, das bedarf eines Konzeptes nach einer Regelung.

Mit dem TSVG könnte man den ganzen Tag füllen, das tue ich nicht, sondern beschränke mich auf zwei Punkte. Einmal die Versorgung mit Hebammen soll verbessert werden. Ich hoffe, das gelingt auch, denn die momentane Situation ist absolut unbefriedigend. Ich hatte kürzlich eine Familie, eine erstgebärende Mutter mit zwei frühgeborenen Kindern, also Zwillingen, für die sie keine Hebamme gefunden hatte. Ich habe ihr dann irgendwann eine besorgt, weil ich alle nacheinander angerufen habe, aber die Mutter hatte sich wundtelefoniert. Sie müssen heute schon vor der Empfängnis eine Hebamme suchen, am besten auch gleich einen Kindergartenplatz, denn sonst wird das auch nichts. Das ist eine

Situation, die in einem reichen Land wie Deutschland aus meiner Sicht absolut inakzeptabel ist.

Die elektronische Patientenakte ist ja auch noch so ein Ärgerthema, aber auf der anderen Seite natürlich auch eine Möglichkeit, vielleicht Ressourcen zu bündeln und Informationen besser von A nach B zu bringen, z. B. das Thema Impfungen, das noch ein Thema für sich wäre, aber auch andere Dinge. Wir sind da nicht ablehnend, wir begleiten diesen Prozess. Ernährung, Sie kennen die Ernährungsempfehlungen der WHO, denen wir uns auch verbändeübergreifend angeschlossen haben. Wir wirken im Netzwerk Junge Familie und jetzt im neugegründeten Bundesinstitut für Ernährung mit. Ich bin selbst Mitglied des Lenkungsausschusses. Wir empfehlen den Eltern, den Müttern, sechs Monate voll zu stillen, wenn das möglich ist. Allerdings, und das sage ich an dieser Stelle auch, lege ich sehr großen Wert darauf, dass die Mütter sich nicht als insuffizient empfinden, wenn sechs Monate volles Stillen nicht gelingt. Die WHO schreibt ja auch, wenn möglich mindestens vier Monate, aber wenn das nicht funktioniert, dann ist es auch eine wichtige Aufgabe des Kinder- und Jugendarztes, der Kinder- und Jugendärztin, hier die Mutter zu begleiten und ihr nicht das Gefühl von Schuld zu vermitteln. Was nicht heißt, dass die Empfehlung der WHO nicht absolut unterstützenswürdig ist. Bei älteren Kindern fordern wir Mindeststandards für Kindergarten- und Schulessen. Bei Adipositas, Prävention, Ernährung liegen wir durchaus auch mit der Position des zuständigen Ministeriums – sagen wir mal – in Dissens. Wir brauchen eine einfache Kennzeichnung von Lebensmitteln, und dazu brauchen wir nicht die soundsovielte Verbraucherbefragung, die dann viel Zeit und viel Geld verschlingt, um dann ein Ergebnis herauszubringen, dass es dann ermöglicht, den soundsovielen Score zu entwickeln. Angeblich harmonisieren wir in Europa, und jedes Land macht etwas anderes, das kann es nicht sein, das ist absolut unsinnig, das möchten wir nicht. Wir wollen an und für sich nicht nur eine Werbekontrolle für die Zielgruppe Kind. Aus unserer Sicht gibt es keine Kindernahrungsmittel. Also entweder ist man ein Säugling, dann ist das die Ernährung im ersten Lebensjahr, die klar



geregelt ist, dafür bedarf es wohl kaum einer Werbung. Und ab dem zweiten Lebensjahr kann ein Kind das essen, was seine Eltern auch essen, wenn man bestimmte Dinge, was Würzung, Salz usw. anbelangt, berücksichtigt. Die „Quengelkassen“ hätten wir gerne weg, also d. h. gesundes Aufwachsen auch durch Verhältnisprävention. Wir fordern eine Besteuerung zuckerhaltiger Getränke, und diese Position werden wir auch weiter fortführen.

Zum Thema Impfen, das ist momentan in aller Munde. Wir wollen unsere Eltern mitimpfen, das ist in vielen Bundesländern, KV-Bereichen heute schon möglich, aber leider nicht in allen. Wir begrüßen es sehr, dass der Minister jetzt in seinem Entwurf zum Impfgesetz diese Hürde einreißen will. Er will ja auch die Hürde einreißen, dass es irgendwelche Fachgruppenunterschiede geben soll. Aus unserer Sicht ist ein Arzt, der seine volle Approbation hat, ein Arzt, der in der Lage sein muss, zu impfen. Das gehört einfach zum Grundwerkzeug eines Arztes und einer Ärztin. Die Masern sind ein großes Problem insbesondere für die Säuglinge, aber natürlich auch für ältere Menschen. Wir haben immer wieder Todesfälle, gerade im Moment in diesem Jahr gibt es wieder mehr Masernfälle. Sie wissen, was die Ursachen sind, diese werden von außen eingeschleppt, sie haben immer wieder an bestimmten Stellen outbreaks. Und wenn Sie dort eine Folie darüber legen, wo die Waldorfschulen angesiedelt sind, dann werden Sie feststellen, dass genau dort die Ausbrüche stattfinden. In Deutschland wird die zweite MMRV-Impfung zu spät und nicht ausreichend häufig realisiert. Mit zwei Jahren haben mit großen regionalen Unterschieden erst knapp 80 Prozent diese Impfung erhalten und zur Einschulung sind gerade 93 Prozent der Kinder vollimmunisiert. Da nicht alle Eltern zur Schuleingangsuntersuchung den Impfausweis vorlegen, ist von einer noch geringeren Impfrate auszugehen. Es gibt Erwachsene, die aus der Zeit kurz nach Einführung der Impfung, also 19...Anfang der 70er Jahre, noch keine Masern durchlebt hatten, weil bei zunehmender Impfung die Ansteckungswahrscheinlichkeit ja geringer wurde, und diese erkranken dann jetzt dort, wo die outbreaks sind. Das halten wir für absolut nicht duldbar, und wir unterstützen daher diese Initiative der Regierung, hier gegenzusteuern. Ich

möchte allerdings auch folgendes anfügen: Zum einen, Masern allein reicht nicht, es gibt auch noch andere Erkrankungen, die gerade auch für junge Kinder sehr gefährlich sind, beispielsweise Keuchhusten. Deshalb lohnt sich hier ein Blick nach Frankreich. Dort hat man eine Regelung getroffen, die zum Januar 2018 ergänzt wurde, und erzielt damit gute Ergebnisse, die jetzt auch kürzlich publiziert worden sind. Ich habe Frau Rüthrich ja schon gesagt, dass ich Ihnen die Daten gerne zur Verfügung stelle. Das Nichtimpfen der Ärzte ist auch ein Problem, das kann und soll man nicht leugnen, das ist in der Tat so. Von daher begrüßen wir, dass der Minister das im Gesundheitswesen und auch in pädagogischen Bereichen tätige Personal verpflichten will, sich impfen zu lassen. Es kann nicht sein, dass beispielsweise ein Kinder- und Jugendarzt selbst erkrankt und in seiner Praxis Kinder ansteckt. So einen Gedanke finde ich einen Gräuel, das geht einfach nicht. Wir sind auch der Auffassung, dass Kolleginnen und Kollegen, die bewusst nicht wissenschaftsgerecht impfen, sanktioniert werden müssen. Es kann nicht sein, dass das als Freiheit der Berufsausübung bezeichnet wird, das ist es nicht, das ist eine Patientengefährdung und nichts anderes.

Im ambulanten pädiatrischen Versorgungsbereich findet neben der Akutversorgung die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie von Kindern und Jugendlichen mit psycho(-sozialen) Störungen oder Entwicklungsstörungen aller Art statt. Circa 30 Prozent unserer Praxisarbeit betrifft die Erbringung präventiver Leistungen wie z. B. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen hat über die Jahre zugenommen. Auch die Zahl der empfohlenen Impfungen und die damit verbundene Beratungsaufgabe des Arztes/der Ärztin haben zugenommen. Die Vorsorgeinanspruchnahme beträgt weit über 96 Prozent, also in manchen Städten, da haben wir sogar fast 100 Prozent Inanspruchnahme. Das ist sicherlich auch durch Meldesituationen usw. mit bedingt gewesen und durch eine gute Bewerbung. Wir führen immer mehr Beratungen in den Praxen durch, die zeitaufwendig sind und oftmals eher pädagogische und soziale Themenfelder als typisch gesundheitliche



betreffen. Wir brauchen daher die Verschränkung zwischen Pädagogik, also SGB VIII und SGB V, und eine Entsaülung dieses Systems, denn nur so werden wir eine effiziente Kooperation zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen erreichen. Das bitte ich Sie, mit auf die Tagesordnung zu nehmen, auch wenn das wieder zum Teil Ländersache ist. Es gibt natürlich noch viel mehr zu erzählen, aber das kann man ja vielleicht gleich noch in der Fragerunde klären. Herzlichen Dank für Ihr Zuhören.

Vorsitzende: Vielen Dank für Ihre Ausführung. Es wäre schön, wenn wir die Präsentation auch für unsere Mitglieder zur Verfügung haben könnten. Jetzt gehen wir in den Öffentlichen Gesundheitsdienst über, Frau Dr. Trost-Brinkhues, ich freue mich auf Ihre Präsentation und Ausführung.

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen, Mitglied im NZFH): Vielleicht ganz kurz zu meiner Person. Sie hatten vorhin schon erzählt, dass ich aus der Städteregion Aachen komme, wo Belgien und Niederlande aneinander stoßen, eine Region, in der es 5.000 Geburten pro Jahrgang gibt. Ich habe dort den Kinder- und Jugendärztdienst mit 12 PädiaterInnen geleitet. Ich bin im Vorstand des BVKJ kooptiert, es gibt einen eigenen Ausschuss des BVKJ, der sich Kind, Schule, ÖGD nennt. Es gibt den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens, und dort bin ich für den ganzen Bereich Kinder- und Jugendgesundheit als Fachausschuss tätig. Sie hatten vorhin schon das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, NZFH, angeschnitten. Mit der Einführung des Kinderschutzgesetzes wurde die Schaffung von Frühen Hilfen initiiert. In dieser Bundesinitiative wurden insgesamt 51 Millionen Euro über die Länder in die Jugendhilfe der einzelnen Kommunen weitergereicht. Im Rahmen dieses Nationalen Zentrums Frühe Hilfen gab es einen Beirat und auch eine Bundeskoordinierungsgruppe, in der ich als unabhängige Beraterin tätig war. Das ist jetzt die Bundesstiftung, und da ist jetzt weitere

Unterstützung nicht mehr nötig, das läuft ja jetzt. Vielleicht kann man sagen, dass parallel dazu das Thema Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern ein Teil dieses Problems Frühe Hilfen abdeckt. Da gibt es gerade wieder Initiativen, in denen ich auch sehr aktiv bin, weil ich denke, dass genau diese Vernetzung zwischen SGB VIII, SGB V, Eingliederungshilfe, SGB XII, ein riesiges Problem ist. Wir wissen alle, dass es eine Bundesgesetzgebung gibt und dass am Ende vor Ort in der Kommune der Geldsäckel der Kommune entscheidet, was passieren kann. Da ist es ein gemeinsames Ringen, glaube ich, zu sagen, wie schaffen wir es, dass wir die kommunale Ebene so unterstützen, dass dort auch wirklich etwas geschafft werden kann.

Die Fakten: Bei 20 Prozent der Kinder eines Jahrgangs haben wir eine gesundheitliche Benachteiligung und vor allen Dingen auch eine Bildungsbenachteiligung. Das deckt sich mit den Zahlen, die Ihnen meine beiden Kollegen vorgestellt haben. Nach dem KiGGS gibt es chronisch kranke Kinder, das kommt zu den 10 Prozent Frühgeborene hinzu. Wir haben chronisch kranke Kinder von knapp 10 Prozent ansteigend ungefähr bis zu 15 Prozent bei den Jugendlichen. Und wir haben etwa ein Drittel aller Kinder, bei denen wir bei der Einschulung merken, dass sie Unterstützung in der psychosozialen Entwicklung und beim Lernen benötigen, einige zeigen auch psychische Belastungen. Wenn man sich die KiGGS-Studie, die Bella-Studie anschaut, dann sieht man einfach, dass da der Anteil von Kindern, Jugendlichen mit Hilfebedarf doch recht hoch ist. Wie komme ich darauf? Sie hatten gefragt, wie ein Kinder- und Jugendgesundheitsdienst arbeitet. Dazu möchte ich Ihnen ein, zwei Folien zeigen. Alle Kinder- und Jugendgesundheitsdienste in der Republik machen eine Schuleingangsuntersuchung, jedes Kind wird gesehen. In Bayern und Baden-Württemberg ist es nicht ganz so eindeutig wie in allen anderen Bundesländern, 14 der 16 Bundesländer machen ein flächendeckendes ärztliches Screening, also eine Untersuchung mit einem Screening auf schulische Voraussetzungen. Zehn der Bundesländer haben ein einheitliches Verfahren, so dass man das auch vergleichen kann, das nennt sich sozialpädiatrisches Screening zum



Schulbeginn. Und wenn Sie sich hier die Daten anschauen, dann zeige ich Ihnen ganz links die hohe Säule, das sind die Eltern, die keinen Schulabschluss haben, und die zweite Säule sind die Eltern, die einen einfachen Schulabschluss, aber keine Ausbildung haben, und die dritte Säule sind diejenigen, die einen einfachen Schulabschluss haben, und der bessere der beiden Elternteile eine Lehre hat, sie aber letztlich nicht wirklich davon leben können. Diese Kinder haben, wenn man es ganz hart sieht, zu 40 bis 50 Prozent Förderbedarf. Ich bin da ganz hart, wir können es nachweisen, dass diese Kinder schon mit Beginn der Schulpflicht keine Chance haben. Und das dürfen wir uns eigentlich nicht leisten. Es macht keinen Sinn, die Leistungen mit der Gießkanne auszugießen, sondern man muss schauen, wo genau der Bedarf besteht. Sie müssen die Details gar nicht sehen, aber Sie sehen, dass es grüne, gelbe und rote Bezirke gibt. Es ist eine gemeinsame kommunale Aufgabe zu sagen, wo man etwas tun muss. Das müssen wir dort machen, wo in den Kitas die Kinder mit der besonderen Gefährdung sind, da liegt die Quote nämlich nicht bei 40 Prozent, sondern bei 80 Prozent, und in einem anderen Bereich liegt er bei 12 oder 15 Prozent. Es ist ganz klar, es geht um mehr Personal, es geht um multiprofessionelle Teams, es geht um die Anbindung an die Pädiatrie und auch an den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst hat die Aufgabe der medizinischen Betreuung, darauf komme ich gleich. Die Amerikaner machen uns ja vieles vor, dort gibt es etwas, das sich Baby-Einstein nennt. Das ist ein Beispiel für angeblich klugmachende DVDs und Programme. Herr Prof. Ramirez aus Seattle hat nachgewiesen, dass die Benutzung dieser sogenannten „Bildung“ genau das Umgekehrte hervorruft, sprich aktiven Wortschatz „klaut“. Aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es so, dass die medizinische Versorgung gemeinsam mit dem Gesundheitsbereich, also auch mit dem ÖGD, gemeinsam mit der Jugendhilfe von Anbeginn in den Frühen Hilfen ein ganz toller Zugangsweg ist. Das Nationale Zentrum hat gerade nachgewiesen, dass das nützt, und diese Frühen Hilfen, wenn sie über Kinderkrankenpflege, über Hebammen, über den Öffentlichen Gesundheitsdienst kommt und nicht unter dem Etikett der Jugendhilfe, eine hohe Akzeptanz hat und sehr viel bewirkt. Und das

müssen wir letztlich für alle Bereich etablieren. Was bisher mit 51 Millionen für alle Bundesländer, alle Kommunen gedacht ist, reicht einfach nicht, und ich zeige Ihnen auch gleich, warum. Im letzten Jahr hat die Gesundheitsministerkonferenz ein ganz tolles Leitbild für den ÖGD herausgegeben, das möchte ich Ihnen gerne zukommen lassen, damit Sie sich das anschauen. Da steht ganz klar, dass niederschwellige nachrangige aufsuchende Hilfen erforderlich sind. Da geht es vor allen Dingen um Kinder- und Jugendgesundheit, Mund- und Zahngesundheit, sozialmedizinische Aufgaben und auch um die Suchtberatung und Sozialpsychiatrie. Das sind die Schnittmengen, von denen ich gesprochen habe, also Kinder psychisch kranker Eltern und benachteiligte Kinder. Eine ehrliche Integration und Inklusion, wenn sie nicht eine Mogelpackung ist, muss sich für alle Kinder von klein an, in der Tagespflege, in der U3-Betreuung oder in der Null- bis Dreijährigen-Betreuung – in den verschiedenen Bundesländern gibt es unterschiedliche Bezeichnungen – über die Kita bis in die Schule wirklich umsetzen. Es geht dabei darum, dass die betriebsmedizinische Betreuung der Kinder in den Gemeinschaftseinrichtungen ein Aufgabenfeld des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist. Und da sind wir in einer guten Kooperation, das möchte ich betonen. Wir versuchen im Bereich des Gesundheitswesens sehr eng mit den Playern aus der Jugendhilfe zusammenzuarbeiten.

Ich muss Ihnen noch ganz kurz mitteilen, warum ich so darauf herumpoche, dass wir früh genug sind. Wir wissen, dass bis zu 90 Prozent der wesentlichen Hirnentwicklung ab Schwangerschaftsbeginn in den ersten drei Lebensjahren passiert. Wir sind uns einig und es ist einfach wissenschaftlich bewiesen, dass der weitere Weg der Menschen durch diesen frühen Zeitraum massiv und nachhaltig beeinflusst wird; positive wie negative Erfahrungen, auch Traumata lassen sich bis ins Erwachsenenalter nachweisen. Es gibt in diesem Zeitraum Erfahrungen, die wir zwingend machen müssen. Ein ganz tolles Beispiel oder eine Erfolgsgeschichte in diesem Rahmen ist das Neugeborenen-Hörscreening, in dem die Kinder durch das frühe Erkennen mit sechs Wochen ein Hörgerät erhalten und eine positive Entwicklung der Hörbahnen und



keineswegs eine Taubstummenentwicklung mehr haben, sondern eine weitgehend normale sprachliche Entwicklung haben. Das heißt, wenn ich in diesem Bereich diese Erfahrung nicht mache und nicht wahrnehmen kann, dann kann ich auch nicht diese neurologischen Strukturen ausbilden. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass wenn Kinder nicht mehr krabbeln und spielen und Dinge in den Mund nehmen und mit allen ihren Sinnen begreifen, dann wird das ein unübersehbares Problem werden, da bin ich mir sicher. Ja, man ist sich einig, dass diese Defizite, wenn sie denn entstehen, nicht reversibel sind, und ich will Ihnen auch kurz erklären, warum. Man hat festgestellt, dass die Hirnentwicklung in den ersten zwei Jahren eine sogenannte Überschussproduktion macht. Das heißt, durch jede Anregung, die ein Kind in den ersten zwei Jahren bekommt, entwickelt es Nervenzellen im Überschuss, und dann wird umgebaut, dann wird spezifiziert, dann wird bis zur Pubertät sortiert, und dann kommt alles noch einmal. Aber wenn ich nicht genug ausbaue, dann habe ich keine Chance. Das heißt, alles, was wir machen, müssen wir wirklich sehr früh machen.

Ein Thema sind die psychosozialen Risikofaktoren, und da geht es darum, dass man das Vater-Mutter-Werden nicht üben kann. Es geht um die Interaktion zwischen den Eltern und dem Kind, es gibt Regulationsprobleme des Säuglings, die uns Probleme machen, Partnerkonflikte, ökologische Belastungen und Mangel an Hilfe von außen. Das beste Kriterium der positiven Entwicklung ist, wenn Eltern Hilfen annehmen können, das ist hochsignifikant, und das braucht es. Die biografischen Belastungen gibt es natürlich auch sowie fehlende Elternkompetenz. Aus der gemeinsamen Sicht ist es wichtig, dass wir die ersten Jahre anschauen, dass wir die beeinflussenden Faktoren kennen und dass wir gemeinsam mit dem Gesundheitssystem und nicht nur der Jugendhilfe – die Frühen Hilfen sind SGB VIII, und nur SGB VIII, und das ist ein Konstruktionsfehler aus meiner Sicht – in der Kooperation weiterkommen. Und Frühe Hilfen, frühe Investitionen rechnen sich. Ich glaube, das ist auch klar. Ich habe die Early childhood development-Studie auch mit aufgeführt. Das ist der Return of Investment, wenn

wir es entsprechend ernst meinen. Das war es, ich stehe für Fragen gerne zur Verfügung.

Abg. Katrin Werner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich muss wirklich los, weil jetzt mein anderer Ausschuss beginnt. Deswegen kann ich auch keine Frage stellen, da ich die Antwort dann nicht abwarten kann. Ich hatte mir welche vorbereitet, als Sie mit dem ersten Beitrag anfingen. Als ich erfasste, welch breiter Fächer hier vorhanden ist, wollte ich eine gute Freundin anschreiben – eine Hebamme am Limit – und erfragen, was ich hier nachfragen kann. Jetzt sind aber in all Ihren drei Vorträgen so ein breiter Fächer angesprochen worden. Ich hatte noch die Hoffnung, dass ich die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzte ansprechen kann. Das sprachen Sie dann am Ende an, Ihr Beitrag zu den Frühen Hilfen und auch Beziehungsaufbau. Also sie hatte mir dann noch Bonding aufgeschrieben, das solle ich ansprechen. Sie haben das alles angesprochen, was mir empfohlen wurde, insofern glaube ich, dass wir ein riesiges Paket an Aufgaben mit vielen Themenbereichen bekommen haben. Ich wollte mich einfach nur bedanken und nicht ohne Worte gehen.

Abg. Matthias Seestern-Pauly (FDP): Herzlichen Dank, ich muss auch gleich los, aber ich bleibe noch, bis ich die Frage beantwortet bekomme. Ich habe insgesamt drei Fragen. Die erste geht an Herrn Dr. Rodeck. Mich hat die Frühgeborenenrate in Europa verblüfft, da sticht ja Deutschland mit Österreich heraus. Hat das dann den Bezug zur Ökonomie, dass man tatsächlich keinen Anreiz hat, Frühgeburten zu verhindern? Und wenn ja, was ist darunter zu verstehen, also was verbirgt sich dann konkret dahinter? Also was könnte man da ändern, damit man vielleicht zu einer Absenkung kommt? Zweitens, Sie sprachen auch vom Pflegeberufreformgesetz und dass eine Person, die im Bereich der Kinderkrankenpflege tätig ist, nur circa zehn Jahre in dem Beruf verbleibt. Was sind die Gründe dafür? Sind diese eher privater Natur oder sind das die Rahmenbedingungen des Berufs? Und zum Dritten, das wäre eine Frage an Frau Dr. Trost-Brinkhues, Sie sprachen ganz am Ende davon, dass die Frühen Hilfen im SGB VIII angesiedelt sind, und dass dies ein



Konstruktionsfehler sei. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie das vielleicht noch einmal ganz kurz erläutern könnten.

Vorsitzende: Vielen Dank. Wir sammeln jetzt noch keine Fragen, sondern geben die Chance, die Antwort auch direkt mitzunehmen.

Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, Chefarzt Kinderhospital Osnabrück): Das ist sehr nett, weil sonst wären wir auch verwirrt. Zunächst zur Frühgeborenenrate in Deutschland, die zumindest in den Jahren, aus denen diese Studie hervorgegangen ist, so hoch war, das ist nicht aufgrund der wirtschaftlichen Anreize, Frühgeburtlichkeit zu produzieren, geschehen, das wird man so nicht formulieren können. Dennoch bleibt es dabei, dass heutzutage im Rahmen der Ökonomisierung der Medizin wirtschaftliche Anreize gesetzt werden, erlösträchtige Diagnosen zu behandeln. Ich kann das ganz klar sagen: Wenn der Jahresabschluss meiner Klinik vorliegt, könnte mein Geschäftsführer kommen und sagen, „unsere Frühgeburtlichkeitsversorgung ist in diesem Jahr deutlich zurückgegangen, da fehlen mir fünf oder sechs“. Fünf oder sechs von diesen kleinen Frühgeborenen bedeuten 500.000/600.000 Euro. Aber ich habe die gesamten Vorhaltekosten, die Schwestern laufen ihre Schichtdienste ja durch, das geht ja alles weiter, die Ärzte sind auch da, diese müssen auch alle bezahlt werden. Also ich muss das bezahlen, aber ich bekomme es nicht wieder. Und dann könnte es natürlich irgendwann – Gott sei Dank passiert das nicht in Osnabrück – passieren, dass man sich dann zusammensetzt und beschließt, zum Gynäkologen zu gehen und zu fragen, wieso so wenige Frühgeborene herauskommen. Der müsste doch mal etwas tun. Das sind völlig falsche Anreize, die wir in unserem System haben, um der Ökonomisierung – ich sage auch manchmal schon etwas überspitzt der „Kommerzialisierung“ – unseres Medizinsystems zu folgen. Es wird immer nur noch geschaut, was kann ich mit einer bestimmten Leistung an Erlösen produzieren und nicht mehr, wer braucht diese Leistung und kann ich möglicherweise diese Leistung tatsächlich gar nicht erbringen. Sie kennen alle die Beispiele: die

Herzkatheterrate und die Rate an Hüftgelenks- und Knietapes sind in Deutschland die höchsten. Ob das jeder braucht, muss man sich wirklich aus medizinischer Indikation fragen. Aber es wird natürlich gesteuert, und es wird gesteuert durch wirtschaftliche Anreize. Und das ist ein Grundproblem unseres Systems. Und da muss man aufpassen und da muss man schauen, ob man andere Wege findet, die die Medizin wieder zu dem machen, was sie eigentlich sein soll – dem Patienten nahe sein, dem Patienten helfen und nicht darauf zu achten, wieviel Geld man damit verdienen kann. Ich weiß, das ist nicht einfach, ich bin auch nicht derjenige, der jetzt locker den Alternativvorschlag auf den Tisch legen kann.

Unverständlicher Zwischenruf

Zum Beispiel, können wir ja gerne. Also das zu dem einen Punkt.

Zur Frage nach den zehn Jahren Berufszeit. Schauen wir uns heute doch die Lebensbiografien von jungen Menschen an. Heutzutage gibt es ja kaum noch Familien wie in meiner Generation; da war ich der Alleinverdiener und habe das irgendwie auch hingekriegt, dass meine Familie mit Zwillingen und noch einem Kind irgendwie einigermaßen vernünftig durchs Leben gegangen ist. Meine Frau ist Krankenschwester gewesen, hat aber dann, weil wir die Zwillinge und ein Jahr später noch ein Kind bekommen haben, mit diesen drei Kindern – ich nenne das immer – die Jahre der sozialen Deprivation durchgemacht und hat ihren Beruf zunächst auch an den Nagel gehängt. Aber heutzutage sieht das anders aus, wir brauchen ja Doppelverdiener. Und die Doppelverdiener in der Familie, um ein vernünftiges Auskommen zu haben, gerade jetzt in Pflegeberufen, die ja nicht besonders hoch bezahlt sind, sind häufig Teilzeitstellen. Aber wir rechnen, und das gibt es überall immer wieder, mit Köpfen. Wir rechnen auch so bei den Ärzten, wieviel bei den Ärztekammern im Jahr an Pädiatern ausgebildet werden. Und diese Zahlen werden genommen, um Bedarfsplanung zu machen. Wie kurzsichtig ist das denn? Wir müssen mit der Lebensarbeitszeit rechnen. Und deswegen ist diese Pointierung auf diesen Punkt



Lebensarbeitszeit in meinen Augen sehr wichtig. Es geht nicht darum, wie viele Kinderkrankenschwestern wir haben. Ja, darum geht es auch, aber viel wichtiger ist, wie viele Jahre sie dann tatsächlich in ihrem Beruf tätig sind. Und wenn man dann von diesen zehn Jahren – manche sagen auch 12 Jahre – dann sechs, sieben Jahre in der Aus- und Weiterbildung zubringt, die also nicht volumnäßig in ihrem Beruf eingesetzt werden können, die supervidiert werden müssen, dann steckt da ja noch eine ganz andere Personalverantwortung und Personalfülle dahinter, die das auffangen muss. Und das wird beim Zählen der Köpfe und nicht der Lebensarbeitszeit und nicht der Ausbildungszeit völlig negiert.

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen, Mitglied im NZFH): Frühe Hilfen: Die Grundidee ist hervorragend. Es sind zu wenig Mittel, um die Menge an Kindern und Familien unterstützen zu können. Und man weiß einfach, dass der Zugangsweg über den Gesundheitsbereich ohne Stigma läuft. Und das ist eigentlich das Grundproblem. In vielen Kommunen ist es gelungen, das zu vernetzen, die Kooperation gut hinzubekommen. In Aachen ist es in der Städteregion so, dass die Jugendämter dem Gesundheitsamt ein Großteil der Mittel aus dem Bundeskinderschutzgesetz zur Verfügung gestellt haben, damit die Kinderkrankenschwestern und Hebammen beim Gesundheitsamt angestellt sind und von da aus in Vernetzung mit vielen Beteiligten Frühe Hilfen niederschwellig angeboten werden können. Aber es ist auch zu wenig. Ich fände es toll, wenn wir weitere 51 Millionen vom Gesundheitsbereich hereinnehmen würden, und wenn wir dann noch einmal dasselbe Geld für die Kinder psychisch kranker Eltern auch in der Vernetzung mit der Psychiatrie dazu geben würden; wir haben von Schwangerschaftsbeginn an psychisch kranke Frauen, wir haben 10 Prozent psychisch kranke Frauen, die schwanger sind, die schwanger werden wollen, die auch schwanger werden dürfen und können und die wir einfach begleiten müssen. Und ich denke, das geht gut, wenn wir gut kooperieren. Ich glaube, das ist eigentlich die

Chance in den Systemen; vor Ort ist man, glaube ich, auf einem guten Weg zu sagen, wir versuchen, das hinzukriegen, aber es muss auch – das Schwierige sind die Mittel.

Ich wollte noch etwas zur Personalsituation sagen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst blutet aktuell noch ein bisschen aus. Gibt es in der Klinik freie Plätze, in sozialpädiatrischen Zentren freie Arztstellen und in der Praxis freie Arztstellen, dann geht man a) wegen des schlechteren Verdienstes und b) wegen des Images als letztes zum Öffentlichen Gesundheitsdienst. Vor 40 Jahren gab es ein Nachwuchsförderungsprogramm für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, da gab es Studienplätze wie bei der Bundeswehr und Verpflichtungen. Ein Drittel aller führenden ÖGDler ist aus diesem Programm, ich auch. Es wäre gut gewesen, wir hätten das vor zehn Jahren wieder aufgelegt, aber wir müssen es jetzt noch einmal auflegen, unbedingt.

Vorsitzende: Dann vielen Dank Ihnen. Dann versuchen wir drei hier mit Ihrer Unterstützung fortzufahren. Ich nehme mal an, es gibt eine Reihe von Fragen. Ich hätte auch welche und würde zuerst mit einigen grundlegenden Fragen anfangen. Herr Dr. Rodeck, Sie haben viel über die Situation der Frühgeburtlichkeit gesprochen, das ist wahrscheinlich die Patientengruppe, die lange und intensiv in der Klinik ist. Ich würde gern noch einmal den Fokus auf die sozusagen zum Normaltermin Geborenen legen, also wie ist deren Situation? Die normale Versorgung sieht so aus: Das Kind wird geboren, ist zur U1 bis zur U2 wahrscheinlich noch da. Es bleibt in der Regel die ersten drei Tage. Das Entlassmanagement ist so, dass sie mittlerweile tatsächlich öfter früher gehen. Wie bewerten Sie die Situation des normal und gesund geborenen Kindes, wie schätzen Sie diese ein?

Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, Chefarzt Kinderhospital Osnabrück): Diese Situation ist für mich sehr einfach, weil das Kind gesund ist, das Kind braucht mich als Konsiliararzt für eine U1, das Kind braucht mich



vielleicht als Konsiliararzt für eine U2, das Kind liegt bei seiner Mutter in der Geburtshilfe und mit dem Kind habe ich eigentlich, abgesehen von den Vorsorgeuntersuchungen nichts zu tun, weil es gesund ist. Wir sind diejenigen, die mit dieser Bevölkerungsgruppe insoweit zu tun haben, weil wir das Ganze nicht nur aus der medizinischen Perspektive betrachten; wir werden als Kinder- und Jugendärzte auch in den Kliniken zu solchen Familien wegen sozialpädiatrischer, auch pädagogischer Probleme gerufen. Hier ist traditionell auch seitens der Geburtshilfe der Kinder- und Jugendarzt der erste

Ansprechpartner: „Das ist ja jetzt eine Familie, da ist ja jetzt das Kind, was im Mittelpunkt steht, kommt mal dazu, wir schauen, wie wir das Entlassmanagement der Mutter unter Begleitung des Kinderarztes hinbekommen.“ Dabei geht es primär nicht um Krankheit, sondern es geht eigentlich um den Start ins Leben, der eben bei einem Teil von vornherein problematisch läuft. Wie Frau Trost-Brinkhues bereits gesagt hat, die ersten tausend Tage – wie wir das nennen – sind die entscheidenden für den Rest des Lebens. Und was da verpasst wird, ist verpasst und lässt sich auch nicht wieder aufholen. Und was man da investiert, wird den größten Return of Investment bringen, das können wir nur absolut unterstreichen.

Vorsitzende: Da würde ich gerne direkt weitermachen und Herrn Dr. Fischbach und Herrn Rodeck fragen. Wenn das Kind irgendeine Auffälligkeit oder eine Krankheit hat, wird es behandelt, das ist ja klar, im Normalfall gehen wir davon aus, dass das Kind gesund und fröhlich auf der Welt ist. Diejenigen, die sich um das gesunde Weiterleben in erster Linie kümmern, sind ja die Eltern, im Zweifel vielleicht auch nur ein Elternteil, nur die Mutter. Wenn Ihnen jetzt ein gesundheitsschädigendes oder ein Risikoverhalten bei der Mutter oder bei den Eltern auffällt – Herr Fischbach, ich weiß, dass Sie sich viel mit Ernährung, Drogenkonsum oder Zucker befassen –, also wenn Ihnen im Verhalten der Eltern oder in der Konstitution der Eltern schon potentiell gesundheitsschädigendes Verhalten auffällt, wie können Sie dann damit umgehen, wenn doch an dem Kind im Moment noch nichts Negatives ist? Sondern Sie eher eine Vermutung haben, dass bei den Eltern beispielsweise schon eine

problematische Ernährungsweise vorliegt, dann ist die Wahrscheinlichkeit ja sehr hoch, dass sich das Kind ggf. auch schwierig gesund ernähren kann. Ich stelle es mir zumindest schwierig vor, auf das Umfeld – in dem Fall die Eltern der Kinder – so einzuwirken, dass das Kind gar nicht erst krank wird oder Schwierigkeiten hat. Sie sprachen die neuronale Vernetzung usw., die Förderung an, das versteh ich, aber es gibt ja auch noch weitere Gesundheitsfaktoren. Wer möchte antworten?

Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, Chefarzt Kinderhospital Osnabrück): Ganz kurz nur, das ist ein total wichtiges Thema, weil es letztlich in eine große Aufgabe hineingeht, wo wir als Kinder- und Jugendärzte aus allen drei hier anwesenden Gruppen – Herr Fischbach wird das gleich sicher noch ergänzen – das Thema Prävention ganz vorne stehen haben. Herr Fischbach hat das schon ausgeführt, wir unterscheiden ja Verhältnisprävention von Verhaltensprävention. Verhaltensprävention ist, wenn ich jemanden mit Adipositas und Adipositasfolgeerkrankungen habe und dieser Mensch geht zum Mittagessen in die Dönerbude nebenan. Da kann ich ihm sagen, „lass das sein, das ist nicht gesund für dich.“ Das ist Verhaltensprävention. Verhältnisprävention wäre, wenn ich jetzt sagen würde, die Dönerbude muss abgebaut werden, und da hat jetzt eine Obsttheke zu stehen. Wenn wir aus der Perspektive der Verhaltensprävention herangehen, werden wir immer nur die Hälfte erreichen, weil es eben – das wissen wir alle selbst – schwierig ist, sich in seinem Verhalten zu verändern. Das braucht sehr viel Überzeugungsarbeit, und das geht uns in den Kliniken, in den Spezialambulanzen genauso wie in der Niederlassung, wir vertun sehr viel Zeit damit, ohne dass man wirklich Effekte sieht. Verhältnisprävention bedeutet, wir brauchen u. a. z. B. den Nutri-Score als klares Front-of-package-Label. Dieser ist evaluiert, er hat nur nicht alle 18 Punkte erreicht, die das Max-Grubner-Institut als Aufgabe vom BMEL vorgelegt bekommen hat, sondern nur 16 davon und ist deswegen abgeschmettert worden. Das ist problematisch, wenn man so vorgeht und etwas Neues erfinden wird. Das ist auch eine klare Kritik von der gesamten Bank, die hier steht. Da



glaube ich, können wir alle sagen, dass es so nicht geht. Wenn man das macht, dann ist das nur eine Hinhaltetaktik in unserer Lobby-Demokratie, um Lebensmittelverbände zu bedienen, die in den Anhörungen, in denen wir beide auch gesessen haben, und expressis verbis gesagt haben, „wir machen die freiwillige Selbstverpflichtung – wunderbar, machen wir auch, aber wir können jetzt schon sagen, ob das Einzelunternehmen, das wir hier als Verband vertreten, das wirklich umsetzt, wissen wir nicht.“ Und das müssen Sie sich mal auf der Zunge zergehen lassen. Es gibt ein Papier mit einer freiwilligen Selbstverpflichtung, auf dem viele Lebensmittelverbände darunter stehen, die in den Sitzungen schon sagen, „aber ob wir das in unseren Einzelverbänden umsetzen können, wissen wir gar nicht.“ Entschuldigung, das ist doch ein reiner PR-Gag. Ich sage das einmal sehr deutlich. Also dazu sind wir sehr scharf in einem Dissens, wir verwehren uns der Diskussion überhaupt nicht und werden uns daran auch weiter beteiligen, aber wir haben klare, denke ich, gut begründbare Forderungen, wie man dort vorgehen muss. Sie haben gesagt, wir sehen die Welt von der Perspektive des Kindes aus, und das ist eine ganz andere Sicht als diejenige des Lebensmittelindustrieverbandes – also Zuckersteuer entsprechend den Front-of-package-Label einführen, keine Werbung mehr für Kinderüberraschung und ähnliche Sachen, die einfach nicht notwendig sind. Aber Herr Fischbach Sie sagen

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen, Mitglied im NZFH): Und Prävention wäre es auch, allen Eltern die Notwendigkeit zu vermitteln, wie wichtig die Interaktion mit dem Kind ist, damit sich möglichst alle Eltern gut auf den Weg machen und nicht denken, „ich kann das schon“. Es muss normal sein, dass Hilfe notwendig ist und auch angenommen werden kann. Es gibt ja das schöne afrikanische Sprichwort ...

Dr. Thomas Fischbach (Präsident Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ): Da kann ich

ganz gut ansetzen, das passt jetzt gerade als gute Vorlage. Was Sie angesprochen haben, liebe Frau Rüthrich, ist ja letztlich und endlich das, was wir als Sozialpädiatrie im weiteren Sinne bezeichnen. Das ist natürlich auch Bestandteil unserer Aus- und Weiterbildung und Gott sei Dank auch in der neuen Weiterbildungsordnung wieder vorgesehen. Ich hatte ja versucht darzustellen, dass wir als Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte für die Eltern ein Hauptansprechpartner sind. Alle Mütter oder Väter kommen mit ihren Kindern irgendwann einmal zu uns, wir haben also eine Flächendeckung. Wir brauchen einen weiteren Blick auf die Dinge, auf die Situation der Familie, also die Situation des Aufwachsens, Stichwort Interaktionsbeobachtung, antizipierende Beratung, das ist alles sehr richtig und auch sehr wichtig, aber das bedarf auch der Zeit. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss ist jetzt in den neuen Kinderrichtlinien auch versucht worden, dies umzusetzen. Sie wissen wie die Situation in vielen Praxen aussieht, da kommt die Zeit oft zu kurz. Zunehmend beklagen sich Kolleginnen und Kollegen darüber, dass ihnen wegen Arbeitsüberlastung eben diese Zeit fehlt und sie deshalb keine neuen Patienten annehmen können. Eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie wird wohl bald den G-BA verlassen, die auch eine gewisse Anzahl von zusätzlichen pädiatrischen Kassensitzungen beinhalten wird. Hier bleiben die Auswirkungen auf die pädiatrische Patientenversorgung aber abzuwarten. Nur eines möchte ich mal ganz klar sagen: Wenn diese aufgezeigten wichtigen sozialpädiatrischen und gesundheitspädagogischen Aufgaben, die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte tagtäglich erbringen, auch weiterhin geleistet werden sollen, damit Kinder in diesem Land erfolgreich aufwachsen können, dann muss dem Staat das auch wert sein. Die momentane Situation ist eher so, dass die Krankenkassen ohne Geld einkaufen wollen und versuchen, mit angeblichen Wirtschaftlichkeitsreserven – die sie irgendwo aus dem Hut zaubern und keiner weiß, wo diese herkommen – das System flach zu halten, aber nach außen den Eindruck erwecken, als würden sie als Krankenkassen diese Möglichkeiten, die ja letztlich und endlich auch Leistungen von uns sein sollen, adäquat finanzieren – das tun sie nicht, schon lange nicht mehr. Und wenn Sie mal daran denken, was medizinische Fachangestellte



heute verdienen. Gott sei Dank mehr, weil sie sehr lange, sehr schlecht bezahlt worden sind, dann muss man auch wissen, dass wenn ich all das machen will, was z. B. im gelben Heft steht, dann brauche ich gutes Personal auch jenseits des ärztlichen, ich brauche gut qualifizierte medizinische Fachangestellte, die sich auch mal weiterbilden, z. B. im Bereich Prävention. Aber all das kostet Geld, und ich brauche dann mehr Leute, die ich auch bezahlen muss, und das muss sich auch abilden lassen. Das bitte ich Sie zu berücksichtigen. Die Aufgabe, die ist wichtig und richtig und wir wollen diese auch ausüben, natürlich mit den personellen Ressourcen, aber auch mit den wirtschaftlichen.

Vorsitzende: Vielen Dank. Frau Wiesmann, ich habe gesehen, dass Sie dazu direkt gezuckt haben. Ich hätte noch ein paar mehr Fragen, aber damit wir vielleicht ein bisschen im Thema bleiben, können Sie gerne direkt dazu nachfragen. Auch dazu, Herr Huber? Okay, dann kommt zunächst Frau Wiesmann.

Abg. **Bettina M. Wiesmann** (CDU/CSU): Guten Tag, vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich würde in der Tat gerne vertiefend auch an ein, zwei Punkten einsteigen. Es wurde schon manches angesprochen, was ich auf der Liste hatte, insofern passt das gut. Ich würde gerne noch einmal auf diesen Punkt der Schnittstelle zu der sozialen Umgebung zu sprechen kommen. Sie haben eben schon einige Dinge gesagt, aber ich möchte ganz konkret nachfragen. Die verpflichtenden Regeluntersuchungen haben wir noch nicht allzu lange in Deutschland. Das ist ja wirklich der Pflichtkontaktpunkt zu den Medizinern, der häufig in der Klinik schon anfängt und sich in einem vorgegebenen Turnus fortsetzt. Ich wüsste gerne, wie Sie dieses Instrument beurteilen? Es ist inzwischen, glaube ich, überall eingeführt und ...

Unverständlicher Zwischenruf

...Moment, Sie können mich gleich korrigieren, ich sage einfach meinen Satz zu Ende, dann höre ich auch zu, wenn ich es nicht richtig formuliert habe. Ich würde gerne wissen, wie Sie den

erreichten Status und dieses Instrument beurteilen? Was fehlt noch an der Einführung, der flächendeckenden Umsetzung, wie Sie sich diese vielleicht wünschen? Da es ein natürlicher Kontaktpunkt zu den Eltern und zum persönlichen Umfeld ist, ist es nichts, an dem wir ganz konkret weiterarbeiten müssten, damit man möglicherweise zusätzliche Elemente der Begutachtung noch aufnimmt. Ich persönlich habe in meiner eigenen Erfahrung es immer als ein intensives Beratungsgespräch zu meinen Gunsten empfunden. Ich habe mich deshalb immer darauf gefreut, das sieht ja nicht jeder so. Also wie funktioniert das aus Ihrer Sicht wirklich? Welche Gruppen werden damit erreicht? Wie müsste man dieses konkrete Instrument weiterentwickeln, besser ausstatten, mehr Zeit einplanen usw.? Denn ich glaube, da haben wir eigentlich schon – ich komme aus dem Landtag in Hessen, da ist es jedenfalls schon flächendeckend, da wird es auch nachkontrolliert, wenn die Eltern nicht erscheinen, da werden sie angerufen usw. – einen sehr gut bereiteten Grund, um Dinge, die Sie noch vermissen, dort anzudocken, auszubauen, zu vertiefen und zu verbessern.

Dr. Thomas Fischbach (Präsident Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ): Frau Wiesmann, ich hätte es nicht besser sagen können. Ja, das ist so. Nur eine kleine Korrektur, wenn Sie gestatten, es gibt keine verpflichtende Kinderfrüherkennungsuntersuchung oder -vorsorge; in den meisten Bundesländern gibt es inzwischen ein verbindliches Einladewesen, aber es gibt keine Pflicht, daran teilzunehmen. Trotz alledem ist die Erreichung der Eltern, dass diese mit ihren Kindern zu den vorgeschriebenen oder empfohlenen Vorsorten kommen, nahezu 100 Prozent, da fehlt inzwischen wirklich nicht mehr viel. Das heißt, wir brauchen auch gar nichts zu tun, die Eltern kommen. Und so wie Sie es aus Ihrer eigenen persönlichen Erfahrung geschildert haben, so empfinden es die meisten Eltern tatsächlich auch, weil sie viele Fragen rund um das Kind und seine Entwicklung mit ihrem Arzt oder Ärztin ihres Vertrauens besprechen können. Der GB-A hat das jetzt auch weiter ausgebaut, auch wenn es fürchterlich lange gedauert hat, aber immerhin ist das ein Schritt in die richtige Richtung. Wenn Sie sich unser gelbes Heft heute anschauen, was da so alles so drin steht, dann



brauchen wir richtig viele gute Leute, die daran mitwirken, das ist viel Arbeit. Alleine die Interaktionsbeobachtung, also wie geht die Mutter oder der Vater mit dem Kind um? Das ist übrigens nicht nur etwas, was für den Kinder- und Jugendarzt oder die Ärztin wichtig ist, das bekommt die MFA oftmals wesentlich besser mit als wir, weil sie schon in der Vorbereitungsuntersuchung einen anderen Blick auf die Dinge hat und sie wird nicht so in einer Hierarchiestellung, sondern eher auf derselben Ebene gesehen. Das heißt, ausbauen, aber dann muss man das Ganze, wie ich das gerade eben gesagt habe, auch entsprechend ausgestalten.

Abg. Johannes Huber (AfD): Vielen Dank auch von meiner Seite. Ich habe zwei Fragen im Großen, und zwar geht der erste Fragenkomplex an Sie, Herr Dr. Fischbach, weil Sie in Ihrem Vortrag die Impfungen sehr stark betont haben, da möchte ich Sie nach aktuellen Zahlen fragen. Also wie viele Fälle im Jahr gibt es an Masern und wie viele davon führen zum Tod im Säuglingsalter, im Kindesalter und darüber hinaus, um vielleicht die Verhältnismäßigkeit hier herzustellen? Dann haben Sie auch Sanktionen gefordert. Was für Sanktionen sollen Ihrerseits ausgesprochen werden? Das würde mich an der Stelle interessieren. Es wurde doppelt erwähnt, dass Kinderkrankenschwestern eine Lebensarbeitszeit von nur 10 bis 12 Jahren haben. Wo kann man da noch ansetzen, also wie kann man das ausweiten?

Vorsitzende: Da würde ich noch eine Frage anschließen, nämlich die Frage, warum ist das eigentlich so? Nicht nur bei Kinderkrankenschwestern im pflegenden Bereich, Altenpflege usw. haben wir sehr häufig die Situation, dass die Menschen, die diese Ausbildung haben, sie nicht bis zur Rente ausführen, sondern zwischendurch aufhören. Sie, Herr Dr. Rodeck, hatten beispielsweise vorhin die Bezahlung in den Raum gestellt, aber das ist es ja nicht nur, sondern es geht ja auch um die grundsätzlichen Arbeitsbedingungen. Eine Kinderkrankenschwester kümmert sich um anderer Leute Kinder, aber die Vereinbarkeit mit den eigenen Kindern bleibt auf der Strecke, dann ist es natürlich schwierig. Gibt es da Ansätze? Oder auch die Frage der Arbeitsbelastung und

Auslastung. Wenn mir pflegendes Personal sagt, „ich weiß ja, was ich gelernt habe und ich geh nach acht, neun Stunden aus der Klinik heraus und weiß, dass ich das nicht umsetzen konnte, weil die Arbeitsbedingungen es nicht hergegeben haben, dann lass ich das lieber und suche mir etwas, wo ich glücklicher bin und wo ich weiß, dass ich auch zu dem Standard komme, den ich eigentlich als Anspruch habe.“ Vielleicht können Sie darauf noch einmal einen Blick werfen. Was würde denn die Situation ggf. noch verbessern, dass sie, wie Herr Huber gerade auch schon sagte, ggf. ihre Arbeitszeit länger zur Verfügung stellen, nicht nur der Teilzeitbereich, sondern grundsätzlich in der Lebensarbeitszeit?

Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, Chefarzt Kinderhospital Osnabrück): Sie haben im Grunde genommen die Gründe alle schon aufgeführt, weshalb dieser Beruf langfristig nicht so attraktiv ist. Der erste Punkt, den man dazu anführen kann, ist, dass die Ökonomisierung in der Medizin zu genau diesen Konsequenzen führt. Das Fehlen der Investitionsmittelerstattungen der Länder führt zur Entnahme dieser Investitionsmittel aus dem Gesamtbudget. Das wird dann aus dem Personalbudget entnommen, d. h. die wenigen, die dann noch da sind, müssen die Arbeit von allen machen. Das wird unattraktiv, denn ich gehe in meinen Job und habe vor, das und das heute zu machen, und wenn ich abends nach Hause gehe, sage ich, also von dem, was ich eigentlich heute machen wollte, habe ich nur 10 Prozent erledigt und den Rest nicht – das macht unglücklich. Das heißt, die Arbeitsbedingungen durch Arbeitsverdichtung, durch viel Administration, viel Dokumentation, viel Bürokratie, die heute gemacht wird – und das betrifft nicht nur den Pflegebereich, das betrifft den ärztlichen Bereich ganz genauso –, sind so, dass die Kollegen und die Schwestern in ihren Beruf hineingehen und das nicht wiederfinden, weshalb sie mal angetreten sind, diesen Beruf zu ergreifen – und das führt zur Enttäuschung und macht dann traurig. Das nächste ist, der Beruf ist auch anspruchsvoll. Ich habe Schichtdienst, und zwar bis zur Rente. Es sei denn, ich bin irgendwann in der Pflegedienstleitung oder gehe in die Pflegewissenschaft und studiere das, was viele



auch machen. Und Schichtdienst bis zur Rente, das muss man sich mal auf der Zunge zergehen lassen. Und dann auch das Berufsbild der Krankenschwester, Kinderkrankenschwester – ich würde es so beschreiben, dass sie ein ganz gutes Image haben, denn es sind die Pflegenden, das sind die karitativ Tätigen. Aber es hat so im Standing keinen hohen Rang, sondern „naja, das ist so eine Schwester oder Pfleger oder so“. Also es macht auch ein bisschen etwas aus, wie das Berufsbild letztlich in der Öffentlichkeit, in der Gesellschaft wahrgenommen wird. Und der nächste Punkt ist natürlich die Feminisierung der Medizin, das ist bei den Schwestern immer schon so gewesen, bei den Ärzten jetzt auch zunehmend. Damit will ich jetzt keine Genderdiskussion anfangen, sondern es ist einfach so, es sind Frauen, Frauen in einem Alter, in dem sie normalerweise Familien gründen und Kinder bekommen – und das tun sie ja auch. Sie gründen Familien und bekommen Kinder. Und dann ist das heute auch nicht mehr so wie früher, dann geht man in den Mutterschutz und dann in die Elternzeit – ein Jahr oder auch vielleicht länger, und dann kommt man wieder zurück. Und um das Ganze bei unseren Gesamtstrukturen der Kinderfremdbetreuung, die ja auch nicht super gut sind, wahrnehmen zu können, geht man eher in Teilzeitstellen hinein, weil man sonst den Kleinen gar nicht sehen kann und man auch keine Möglichkeit hat, diesen ansonsten unterzubringen. Fünf Jahre Teilzeit sind zweieinhalb Jahre Berufslebensarbeitszeit im Sinne einer Vollkraft, so rechne ich das. 12 Jahre heißt also nicht, dass sie nach 12 chronologischen Jahren weg sind, sie können auch 20 Jahre dabei sein, aber nur auf einer Teilzeitstelle. Aber in unserer Berechnung des Bedarfs werden sie als Kopf, als Vollkraft gezählt. Und das ist der Fehler. Also wir haben eine Unattraktivität der Arbeitsbedingungen, die letztlich durch die Kommerzialisierung/Ökonomisierung der Medizin bedingt ist. Wir haben das Standing und Ranking in der Wahrnehmung des Pflegeberufes. Wir haben auch keine Bezahlung, die besonders attraktiv ist, das eine bedingt das andere, das wissen wir auch. Alleine als Pfleger kann ich eine Familie mit drei Kindern heutzutage kaum noch stemmen, in Berlin schon gar nicht mit den Mieten, die hier zu zahlen sind – und das spürt man.

Dr. Thomas Fischbach (Präsident Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ): Dann würde ich jetzt das Thema Impfen ansprechen, weil das passt gerade. Zum einen, ich hatte eben berichtet, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Maserninfektion, an der chronischen Form der Hirnentzündung zu versterben, 1:1.000 ist. Sie mögen mal für sich überlegen, ob Sie in ein Flugzeug steigen würden, wenn Sie wüssten, dass jedes 1.000ste abstürzt. Also ich würde mir da Gedanken machen. Wir haben keinen Zahlenmangel, das kann man belegen. Wenn Sie die Presse weltweit gelesen haben, wird Ihnen nicht entgangen sein, dass auf Madagaskar – zugegeben eines der ärmsten Länder der Welt mit schlechter Ernährungssituation, Hygiene usw. – schon über 1.200 Menschen an den Masern gestorben sind. Und wenn Sie noch weiter in die Geschichte der Menschheit zurückgehen, dann würden Sie z. B. auch lesen können, dass die damaligen Conquistadores, als sie das neue Amerika entdeckt haben, mehr Indianer durch das Einschleppen von Masern als durch Waffen umgebracht haben. Also wer heute hingehst und sagt, Masern ist eine harmlose Kinderkrankheit, der spricht einfach die Unwahrheit aus. Deshalb ist die Initiative, die jetzt der Deutsche Bundestag und der Minister auf die Wege geleitet haben, sicherlich richtig und notwendig, aber – und das betone ich allerdings auch – auch eine Impfpflicht kann natürlich nur ein Aspekt in einem Gesamtkonzept sein. Es kann nicht sein, dass wir jetzt eine Impfpflicht machen und meinen, dass wir nicht mehr beraten und alles andere nicht mehr machen müssen. Das ist natürlich nicht so, wir müssen alles tun, damit es uns gelingt, solche Erkrankungen aus Deutschland zu verbannen.

Sie haben dann die Sanktionen angesprochen, da könnte ich es mir leicht machen und sagen, „das ist nicht mein Problem, ist Ihr Problem.“ Ich gehe jetzt mal auf den ärztlichen Bereich ein. Als Verband sind wir der Auffassung, dass Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal, die regelmäßig Patientenkontakt haben einen STIKO-konformen Impfstatus haben müssen. Das gebietet alleine die ärztliche Ethik, und von daher ist aus unserer Sicht der Schritt, den der Minister geht, der richtige. Er hat das noch auf pädagogische Berufe ausgeweitet. Auch das halten wir für richtig, aber ich kann jetzt hier an dieser



Stelle nur für die Ärzteschaft sprechen. Der Präsident der Bundesärztekammer hat sich ebenfalls so geäußert. Uns geht das alles noch nicht weit genug, aber ich will nicht jammern. Wir sind ja schon froh, dass wir überhaupt mal einen Schritt weiter sind, weil auch andere Erkrankungen gerade für kleine Kinder ein großes Risiko darstellen.

Vorsitzende: Vielen Dank dafür. Ich habe es auch vorhin schon erwähnt, ich finde an der öffentlichen Debatte sehr faszinierend, dass wir die ganze Zeit von einer Impfpflicht für Kinder sprechen – Erwachsene, die selbst von sich sagen, „ach, mein Impfstatus, oh Gott, keine Ahnung.“ Wenn wir von einem Herdenschutz reden, dann gilt das nicht nur für 100 Prozent der Kinder, sondern für 100 Prozent aller Menschen. Und das muss, glaube ich, noch mehr ins Bewusstsein, weil sonst wird es auf einer totalen Plättitüdenebene bleiben. Ich habe in der ganzen öffentlichen Diskussion vielleicht in ein, zwei, drei Beiträgen mitbekommen, dass natürlich die Erwachsenen auch eine Rolle darin spielen. Ich wüsste persönlich nicht, wann mein Hausarzt oder meine Hausärzte, die ich in der letzten Zeit aufgesucht habe, mich jemals aufs Impfen angesprochen hätten. Aber Sie zucken schon alle.

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen, Mitglied im NZFH): Vor allen Dingen Keuchhusten ist aus unserer Sicht sehr wichtig. Wir empfehlen die sogenannte Kokon-Strategie, d. h. die Großeltern müssen geimpft sein, die Eltern müssen geimpft sein. Das Neugeborene ist dann sozusagen im Kokon, und ich habe Zeit, bis es dann endlich selbst geimpft werden kann. Es macht einfach Sinn, das in die Öffentlichkeit zu bringen. Wenn man sieht, welche Tragik dahinter steckt, wenn ein vier Wochen altes Baby über sechs Wochen Atempausen hat und Mutter und Kind sechs Wochen lang stationär aufgenommen sind, weil das Kind Keuchhusten bekommen hat, dann muss man einfach sagen, das ist heute nicht mehr nötig. Und wir müssen auch überlegen, was ist ökonomisch sinnvoll? Und an der Stelle ist es

einfach, es ist ein Totimpfstoff, es ist überhaupt nur ein „dran denken“. Ich glaube, wir müssen vielleicht nicht so viel von Pflicht reden, sondern von der Übernahme von Eigenverantwortung, und dazu gehören alle Erwachsenen und auch die Mediziner selbst.

Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, Chefarzt Kinderhospital Osnabrück): Impfen, Impfpflicht, wie geht man damit um? Im Moment ist das ein wirklich brennendes Thema, das aus wissenschaftlicher Perspektive beantwortet werden kann, das aus gesellschaftspolitischer Perspektive beantwortet werden muss, die verschiedene Antworten gibt. Vielleicht ein Punkt: Es gibt eine Erkrankung, die die Menschheit durch Impfprogramme ausgerottet hat – Pocken, die gibt es nicht mehr. Wir hatten eine Pockenschutzimpfung, die verpflichtend war. Ich selbst trage hier noch diesen kleinen Kringel an meinem Oberarm. Eine solche Strategie ist also extrem erfolgreich. Wir diskutieren seit Jahren über die Verbesserung von Impfquoten – und diskutieren und diskutieren, und diskutieren auch heute wieder. Ich habe den Referentenentwurf gelesen. Ich finde es extrem gut, dass die BZgA jetzt unterstützt wird, um hier eine entsprechende Aufklärung zu machen. Ich glaube, das ist noch ein wichtiger Punkt. Und das ist nicht nur die Aufklärung über Impfung, sondern das ist letztlich das Steigern der Gesundheitskompetenz unserer Bevölkerung. Und die ist, wie wir alle Drei nur bestätigen können, grottenschlecht. Dazu gibt es auch wissenschaftliche Untersuchungen von der Universität in Bielefeld. Diese zeigt wirklich, dass ungefähr die Hälfte unserer Bevölkerung keine ausreichende Gesundheitskompetenz hat. Das heißt wir brauchen Maßnahmen, die Gesundheitswissen in die Bevölkerung hineinragen. Und wo kann das anfangen? Jetzt komme ich als Kind zur Welt und sitze in meinem Elternhaus und sehe ab und zu mal einen Kinderarzt, aber eben auch nur ab und zu, der mich berät. Die allererste Einrichtung, die ich aufsuche, ist eine Kindertagesstätte. Und hier könnte man schon Gesundheitskompetenz implementieren. Hier braucht man kompetente Leute, die durch alleiniges Vorleben auch das Leben in den Familien verändern. Auch dazu gibt es Studien, dass gute Ernährung z. B. in Kitas



zuhause plötzlich den Dreijährigen veranlasst zu sagen, „Papa, was du da isst, ist Mist, lass das mal sein. Ich weiß das von Sonja, die mich in meiner Kita betreut.“ Es gibt Studien dazu, dass sich tatsächlich das Elternverhalten dadurch ändern kann. Das nächste ist der Kindergarten und die Schule. Es geht darum, Gesundheitskompetenz in die Schule zu bringen. Auch das ist ja eine heiße Diskussion: Was soll die Schule denn noch alles tun? Muss sie Erziehungsaufgaben wahrnehmen – muss sie das nicht? Soll sie nur die klassischen Lehrinhalte, die wir alle hinter uns gebracht haben, mit auf ihre Fahne nehmen oder nicht? Da muss ich sagen, früher ist das vielleicht ausreichend gewesen, aber die Gesellschaft ändert sich, die Zeiten ändern sich, und damit ändern sich auch die Unterrichtsinhalte in den Schulen. Diese brauchen wir, damit diese Generation auch unabhängig vom Elternhaus in eine Lage versetzt wird, selbstständig eigenständige gute Entscheidungen zu treffen. Also ich plädiere extrem – das tut die DGKJ, das tut der BVKJ, das tun wir alle – für die Implementation von Gesundheitsthemen in Bildungseinrichtungen. Dafür braucht man auch wieder Personal, das dafür qualifiziert ist, das ist klar. Dafür müssen die Lehrpläne in den Lehramtsstudiengängen geändert werden, das ist alles ganz mühselig und da gibt es tausend Gegenargumente. Aber wir müssen von der Perspektive des Kindes aus schauen. Wenn wir das nicht so begleiten, dann werden wir so weitermachen wie bisher, und dann werden wir eben diese Problematik von Adipositas, Adipositasfolgeerkrankungen und und haben, die letztlich auch unser Gesundheitssystem und unser Gesellschaftssystem extrem mehr belasten. Return of investment.

Dr. Thomas Fischbach (Präsident Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ): Zurück zum Thema Impfungen, da lohnt sich ja auch mal ein Blick ins Ausland, wie gehen andere Länder damit um? Wenn man jetzt nicht gerade nach Frankreich schaut, kann man auch z. B. nach Skandinavien schauen. Diese haben sehr gute Impfraten, ohne dass sie eine Impfpflicht haben – wie schaffen sie das? Wenn Sie genau hinschauen, finden Sie verschiedene Dinge. Es ist einmal eine Haltungsfrage. Bei uns ist immer wieder feststellbar, dass viele Bürgerinnen und Bürger

Impfungen als Individualschutz begreifen und nicht als Schutz der gesamten Bevölkerung. Das ist in Skandinavien grundsätzlich anders, da wird das so gesehen. Das ist der eine Punkt, der andere Punkt ist, dass das Gesundheitssystem anders ist, und deshalb begrüße ich auch die Äußerung von Frau Karliczek, die gefordert hat, dass in den Schulen vermehrt Infos stattfinden sollen. Das ist ein längst überfälliger Ansatz, um diejenigen zu erreichen, die man sonst nicht erreichen kann. Aber das bedarf alles natürlich entsprechender Ressourcen. Man kann das jetzt nicht einfach den Schulen oder dem ÖGD „aufdrücken“; also der ÖGD soll jetzt dies tun, das tun, jenes tun, dann muss der ÖGD auch empowert werden, und das geht nur, wenn die Länder mitspielen, weil das in unserem Staat unglücklicherweise so geregelt ist. Und das Dritte, und das ist für mich wichtig, ich muss mich immer wieder wundern, und wenn Sie mal Lust haben, lesen Sie zur Entspannung mal Facebook-Accounts zum Thema Impfen – das macht Spaß. Was für ein unglaublicher Unsinn, der schon hundert Jahre widerlegt ist oder überhaupt nie zur Diskussion gestanden hat, dort perpetuiert wird, von anderen aufgegriffen wird. Das zeigt zumindest, dass es da ein Aufklärungsdefizit gibt. Ich glaube auch nicht, dass die notorischen Impfgegner das Hauptproblem für uns sind, sondern es sind eigentlich eher diejenigen – und das ist eine Gruppe, die ich auf etwa knapp 20 Prozent der Bevölkerung schätzen würde –, die sich durch solche Äußerungen verunsichern lassen und sich deshalb nicht impfen lassen. Diese Gruppe steht dem Impfen nicht grundsätzlich ablehnend gegenüber, sondern fällt auf die unzutreffenden Behauptungen der Impfgegner herein. Zur Verbesserung der Impfraten fordern wir eine Impfpflicht für alle STIKO-empfohlenen Impfungen, und nicht nur für im medizinischen bzw. pädagogischen Bereich Tätige. Das sollte in ein Gesamtkonzept mit besserer Information und Aufklärung eingebettet sein. Hier sollte es ein Impfinformationssystem geben, das die Patienten bzw. die Sorgeberechtigten an anstehende Impfungen erinnert. Hier wäre der elektronische Impfausweis sehr hilfreich.

Vorsitzende: Wir kommen jetzt ins Diskutieren, also einen Aspekt kann ich Ihnen auch bestätigen. Also Sie sagten, dass die Bundeszentrale für



gesundheitliche Aufklärung eine andere Kommunikation machen soll. Die meisten Broschüren, die ich in der Kinderarztpraxis sehe, sind von Pharmainstitutionen. Dass diese eine gewisse Aversion hervorrufen könnten, unabhängig vom konkreten Inhalt, kann ich zumindest nachvollziehen. Es wirkt dann nicht wie eine unabhängige Beratung und Information. Ich würde auch noch einmal darüber nachdenken, soziale Impfungen besonders herauszustellen. Ich bin noch nie in einer Kinderarztpraxis oder in der Diskussion dahingehend beraten worden, dass es nicht um meine Kinder geht, sondern um alle Kinder. Es geht also um die Frage, wie ich das eigentlich kommuniziere. Das finde ich sehr wichtig, um auch die Bereitschaft zu erhöhen. Herr Huber, Sie hatten jetzt auch noch direkt dazu eine Frage.

Abg. Johannes Huber (AfD): Daran anknüpfend, wollte ich auch sagen, es ist natürlich schon auch ein Verdacht, und das kann u. a. auch dazu führen, dass viele Leute verunsichert sind. Keiner spricht letztendlich der Schulmedizin die Errungenschaften ab, und das tue ich normalerweise nicht, aber darauf möchte ich schon antworten. Herr Dr. Fischbach, ich habe auch nichts behauptet, was Sie gerade von mir behauptet haben, also das möchte ich doch zurückweisen. Ich habe einfach nur Fragen gestellt, aber Ihre Antworten haben mir doch sehr offensiv gezeigt, dass ich da weitere Anstrengungen im Sinne einer Nachforschung anstrengende werde. Danke.

Dr. Thomas Fischbach (Präsident Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ): Jetzt habe ich nicht verstanden, was Sie meinen.

Vorsitzende: Gut. Die Frage, was Kitas, Schulen usw. machen, da habe ich Sie, Frau Trost-Brinkhues, so verstanden, dass das eine Aufgabe sein kann, die der Öffentliche Gesundheitsdienst auch leisten kann, also die Kitas und Schulen darin zu begleiten, zu beraten und Bewegungsangebote, gesunde Ernährung usw. voranzutreiben.

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Bundesverband der

Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen, Mitglied im NZFH): Also das ist ein Punkt, der sehr wichtig ist, und da hatten uns die Ostländer insofern ja sehr vieles voraus, als dass es dort eine ganz andere Kultur von schulärztlicher Tätigkeit schon im Kindergartenbereich gab. Hier in der Umgebung in Brandenburg gibt es beispielsweise das Netzwerk Gesunde Kinder, gibt es das Angebot der Untersuchung von Zweieinhalb- bis Dreieinhalbjährigen in der Einrichtung, gibt es ein Trackingsystem, gibt es eine Begleitung. Je weiter wir nach Südwesten kommen – sage ich jetzt einfach mal –, desto mehr wurde das letztlich als nicht notwendig angesehen, in dem Sinne, dass die Eigenverantwortung bei den Niedergelassenen reicht. Und wir wissen ganz genau, dass gerade die Jugendlichen überhaupt nicht gut versorgt sind. Überall da, wo z. B. die Entlassuntersuchung oder wie in Thüringen auch entsprechende Untersuchungen in der vierten Klasse oder sechsten Klasse gemacht werden, wissen wir ganz genau, dass die Kinder unversorgt sind. Und es ist keine gute Lösung, zu sagen, wir brauchen das alles nicht. In allen anderen Ländern um uns herum gibt es Schoolnurses oder ähnliches. Wir haben keine multiprofessionellen Teams in den Schulen. Und da müssen wir schon hinkommen. Es macht auch keinen Sinn, zu sagen, das brauchen wir alles nicht, sondern das gehört eigentlich zum System Schule als Gesamtpaket, und da ist es mir aber auch wichtig, dass die Schulen, die Pädagogen Gesundheitsförderung nicht ohne den Gesundheitsbereich machen sollten, sondern dass das eine gemeinsame Aufgabe ist. Also wir brauchen darin schon Multiprofessionalität, und da kommt es auf eine gute Kooperation an, was man kommunal gut schaffen kann, aber es hat auch etwas mit dem kommunalen Geldsäckel zu tun, und auch der Priorisierung in bestimmten Bereichen. Und dazu gehört langfristig, dass wir da ein bisschen umdenken. Ein Teil der Eltern kann das nicht für ihre Kinder übernehmen, und in bestimmten Schulformen sind das ein paar mehr.

Vorsitzende: Wir sind jetzt vom Impfen und von der Frage gesundes Umfeld schon weiter in das Lebensalter der Kinder vorangeschritten, wir



wollten uns eigentlich die Situation nach der Geburt anschauen. Frau Wiesmann, Sie hatten noch eine Frage oder eine Anmerkung.

Abg. Bettina M. Wiesmann (CDU/CSU): Eine Frage, die an das Thema anknüpft, dass nicht alle Kinder, Kinder von Eltern sind, die das alles automatisch selbst sicherstellen können, diese gibt es natürlich auch. Ich würde gerne etwas zur Elternschulung wissen, die vorhin in Anmerkungen und in Ihrem Vortrag als etwas auftauchte, das schon in der Klinik stattfindet, aber bei den Kinderärzten und im ÖGD ist es natürlich eine Hauptaufgabe. Wenn ich jetzt noch einmal den Blick darauf richte, dass wir manche doch auch erreichen, aber eben unterstützen müssen und nicht immer nur den Umweg über die Einrichtung gehen, weil wir sagen, „die Eltern müssen wir halt über die Einrichtung mit erziehen“, was sind aus Ihrer Sicht besonders gute postnatale Elternbildungsinstrumente? Sie haben einen Überblick über wahrscheinlich viele Instrumente, die da so erprobt werden. Ich nenne mal als ein Stichwort den Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder von null bis zehn Jahren, den es in Hessen schon relativ lange gibt und der seit vielen Jahren mit Weiterbildungsangeboten unterlegt ist. Das kostet das Land relativ viel, das zahlen wir gerne oder haben wir – ich war mal dabei – gerne bezahlt und wird auch als Erfolg gesehen. Es setzt aber nicht ganz direkt – das ist der eine Schwachpunkt – nach der Geburt an, sondern erst etwas später, wenn man über die Einrichtung tatsächlich an die Familien herankommt. Was sind gute Elternbildungsinstrumente, die schon gleich von Anfang an greifen? Können Sie da konkrete Dinge empfehlen, die andere besser nachmachen sollten, als dass sie etwas Eigenes entwickeln, was nicht so gut ist? Was könnten wir denn auch hier transportieren?

Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, Chefarzt Kinderhospital Osnabrück): Das ist insoweit eine schwierige Frage, als dass wir ja aus den Kliniken, zumindest aus dem SGB V-Bereich kommen. Und wenn ich Klinikarbeit betrachte – und das betrifft nicht nur die Früh- und Neugeborenen, das betrifft viele andere Chroniker,

für die wir Schulungsprogramme auflegen –, dann haben wir extreme Schwierigkeiten, diese Schulungsprogramme irgendwo refinanziert zu bekommen. Das heißt, wenn eine Klinik an eine Krankenkasse herantritt und sagt, „ich mache mal Schulung in Adipositas oder in chronisch entzündliche Darmerkrankungen oder in Asthma“, was von vielen Kliniken angeboten wird, dann ist das meistens eine freiwillige Leistung, die on top aufgrund des Einzelengagements von einzelnen Betroffenen geleistet wird, was aber nicht strukturell verankert ist. Und wenn man das dann abrechnet, dann muss man irgendwelche windigen Wege finden, die letztlich angreifbar sind, juristisch nicht ganz sauber sind. Da kann man jetzt nicht sagen, die sind schon sauber, die aber die Intention, die man eigentlich damit hat, eher in die zweite Priorität stellen und in erster Linie dann natürlich die Krankheit behandelt. Aus der stationären Perspektive heraus ist das ein extrem wichtiges, ein extrem spannendes Thema, ein Thema, das auch wieder die Versäulung dieser verschiedenen Finanzierungshintergründe angeht. Ich kann auch ganz klar sagen, ich kann auch die Kassensicht verstehen, die sind dafür ja auch nicht da. Und dass diese natürlich darauf achten, dass da nicht Leistungen abgegriffen werden, für die sie nicht verantwortlich stehen, ist durchaus verständlich, aber im Sinne des Großen und Ganzen läuft das dann eben nicht in die richtige Richtung. Das heißt also, Schulung der Eltern – ja, Bildungsangebote für die Eltern – ja, aber das läuft auf sehr individueller Ebene, das läuft in vielen verschiedenen Kliniken etwas unterschiedlich, einige haben sich das wirklich auf ihre Fahnen geschrieben. Also die Kinderklinik in Osnabrück betreibt das schon seit Jahrzehnten sehr aktiv, andere weniger. Und es hängt mehr oder weniger davon ab, wie sehr der Einzelne dahintersteht und das eben auch als wichtig empfindet. Es gehört eigentlich nicht zur Regelleistung der GKV.

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen, Mitglied im NZFH): Aber es gehört zur Regelleistung des SGB VIII, das muss man ganz klar sagen – also alle Familienbildungsstätten, die Familienzentren, die



sich auf die Fahnen geschrieben haben, auch die unter Dreijährigen gut zu betreuen, die ganze Familien aufnehmen, das ist in verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich aufgestellt. Ich würde aber auch gerne noch einmal auf die vorausschauende Beratung, die in die neue Vorsorgeuntersuchung im niedergelassenen Bereich mit aufgenommen worden ist, hinweisen. Da geht es nämlich genau darum, diese Vernetzung zu den Angeboten vor Ort herzustellen. Das kann die Frühförderung sein, das können gute Familienzentren sein, das kann eine Familienbildungsstätte sein, das kann ein öffentlicher Träger sein, das kann ein freier Träger sein, wo ganz viele Schnittstellen zusammenlaufen. Es gibt – das kennen Sie sicherlich – die Plattform für Chancengleichheit, wo sehr viele kommunale Angebote der verschiedenen Player aufgelistet sind, man muss sehr vor Ort schauen. Also ich glaube, es ist sehr schwierig, das im Bundesgebiet zu vergleichen; was in einer Ecke sehr gut läuft, ist in einer anderen Ecke noch lange nicht so etabliert. Aber wir bemühen uns alle gemeinsam – und das möchte ich einfach auch noch einmal sagen – von Seiten der Pädiatrie, genau diese Familien mitzunehmen und in dem System zu vernetzen. Ich glaube, das kann auch keiner alleine, weder der Gesundheitsbereich kann es alleine noch das SGB VIII, also die Jugendhilfe, kann es alleine. Die Initiativen Frühen Hilfen, die ja schon vor dem Kinderschutzgesetz durch die Initiative der Bundesstiftung gemacht worden sind, sind ja auch in diese Richtung gelaufen. Also das ist schon seit 2000 gut im Rennen.

Dr. Thomas Fischbach (Präsident Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ): Ich habe Nordrhein-Westfalen praktisch bei der Entstehung der Frühen Hilfen von den Runden Tischen von Anfang an begleitet. Es ist sicher problematisch, und das ist auch dem Föderalismus geschuldet, dass wir ein unfassbar unübersichtliches Geflecht von verschiedensten Initiativen an verschiedenen Stellen haben, die sicherlich auch zum Teil sehr gut funktionieren, aber uns fehlen etwas die Best-Practice-Beispiele; aber diese muss man dann auch umsetzen. Ich kann es aus Nordrhein-Westfalen sagen, wenn mal wieder die Landesregierung wechselt, und dann wird mal wieder irgendein Leuchtturmprojekt gemacht.

Dafür wird dann Geld zur Verfügung gestellt, oftmals von einer bekannten Stiftung, und anschließend läuft es dann zwei, drei Jahre und dann verpufft das wieder, weil keiner nachhaltig Geld in die Hand nimmt, um das fortzuführen, obwohl es vielleicht wirklich gut funktioniert hat. Da brauchen wir einfach mehr Nachhaltigkeit, mehr Verstetigung. Das würde ich mir schon sehr wünschen.

Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, Chefarzt Kinderhospital Osnabrück): Also mein Vorgänger, Karl-Josef Eßer – Sie kennen ihn, glaube ich, auch ganz gut – hat ein Projekt aufgelegt, soziale Prävention seitens der DGKJ mit Hilfe des Berufsverbandes. Dieses Projekt bedeutet, dass in Kinderarztpraxen zu bestimmten Zeiten Mitarbeiter der Jugendhilfe anwesend sind, d. h. die Kontaktstelle ist der Kinderarzt, nicht das Jugendamt. Und der Kinderarzt stellt fest, wir haben hier einen Bedarf an – jetzt nicht Schulung, das ist keine Schulung im eigentlichen Sinne –, aber an Lösen von Problemen, am Aufzeigen von Wegen. Da wird gesagt, „ich habe da jemanden zwei Zimmer weiter“, so dass diese Konnotierung, „das Amt“ kümmert sich jetzt um den, der es sonst nicht schafft, wegfällt und hier ein niederschwelliges Angebot gemacht wird. Das halten wir vom Prinzip her für extrem wichtig und eine gute Idee. Das ganze Projekt wird jetzt Ende des Jahres auch evaluiert, so dass man mal schaut, was denn letztlich daraus geworden ist, lässt sich das tatsächlich dann auch wirklich in eine Verstetigung umsetzen. Hier bin ich jetzt auch wieder ganz bei Herrn Fischbach, wir sehen vielfach eine Projektitis: Da gibt es ein Projekt hier und ein Projekt da und in jeder Stadt wird ein neues Projekt, aber mit ähnlichen Aufgaben und auch mit ähnlichen Mechanismen aufgelegt, und wenn das Projekt abgeschlossen ist, ist es abgeschlossen und wird nicht verstetigt. Das ist unsere Lebenswelt, die wir ja nicht nur in der Medizin und im sozialen Bereich, sondern überall haben, und wenn wir hier Projekte wirklich auflegen könnten, die dann tatsächlich in Innovationsfonds hineinlaufen könnten, die darüber dann auch verstetigt werden und nicht nur zu Ende sind, wenn ihre Zeit abgelaufen ist, dann wären wir schon viel weiter. Also ich bin gespannt, was dieses Projekt Soziale Prävention



der DGKJ bringen wird.

Vorsitzende: Vielen Dank, wir könnten noch eine ganze Menge ansprechen. Ich hätte noch einen Aspekt, den ich auf jeden Fall noch einmal aufgreifen möchte und den ich auch bestätigen oder bestärken möchte, das ist die Frage nach der Arbeitsverteilung. Welche Aufgaben werden sinnvoll von wem, wann, wie umgesetzt? Darauf sind wir jetzt nicht weiter eingegangen, aber es geht genau um die Situation, die Sie, Herr Dr. Fischbach, beschrieben haben, nämlich dass man die Wartezimmer dadurch füllt, dass Menschen sinnlose Atteste brauchen, um fehlen zu dürfen. Da muss ich das Kind zum Kinderarzt schicken, obwohl sowohl der Kinderarzt als auch ich, als auch der Papa der Kinder genau wissen, wir müssen das Kind einfach fünf Tage ins Bett legen und dann ist es auch wieder gut, man kann sowieso nichts machen. Die Situation ist genauso, wie wenn man als normaler Berufstätiger drei Tage ohne Krankschreibung krank sein kann; das würde ja vielleicht schon einige Menschen aus der Kinderarztpraxis heraushalten, denen klar ist, dass der Arzt gerade nicht weiterhelfen kann und es nur um das Attest geht, und trotzdem ist viel Lebenszeit und viel Arbeitszeit draufgegangen.

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen, Mitglied im NZFH): Es gibt sogar noch einen Effekt, der ganz negativ ist ...

Vorsitzende: ... sie stecken sich an.

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen, Mitglied im NZFH): Genau. Während ich mit meinem Immunsystem gerade mit dem einen Infekt beschäftigt bin, hole ich mir dann den nächsten Infekt in der Kinderarztpraxis. Ja, und es wäre klug, das nicht zu tun.

Vorsitzende: Richtig, von solchen Unlogiken, die das System noch unrunder laufen lassen und die schwierig sind, gibt es wahrscheinlich einige, auf die wir noch kommen können, nur sind wir jetzt hier nicht die Gesundheitsmedizinerinnen, -mediziner, sondern wir können nur aus Sicht des Kindes auf diverse Probleme hinweisen, die ggf. sinnvollerweise geändert und angegangen werden müssen.

Damit vielen Dank, dass Sie sich die viele Zeit genommen haben, uns zur Verfügung zu stehen und mit uns zu reden. Wir werden die Stellungnahme schreiben und sind dann nicht schüchtern, auf Sie zuzugehen und zu fragen, wenn wir noch Vertiefung oder wenn wir vielleicht eine Klarstellung brauchen. Wir wissen ja, wo Sie und wie Sie zu erreichen sind. Vielen Dank, dass Sie bei uns waren.

Damit beende ich jetzt den öffentlichen Expertinnen-/Expertenteil der Sitzung. Wir haben hier nur noch kurz uns in die Augen zu schauen, wie wir die nächste Sitzung weitermachen. Damit erstmal vielen Dank.

Schluss der Sitzung: 18.00 Uhr

Susann Rüthrich, MdB
Vorsitzende