



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der
Kinder (Kinderkommission)

Wortprotokoll der 33. Sitzung

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

Berlin, den 4. November 2015, 16:00 Uhr

Paul-Löbe-Haus

2.200

Vorsitz: Susann Rüthrich, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1 **Seite 7**

Öffentliches Expertengespräch zum Thema „Ge-
sundheitliche Ausstattung“

Tagesordnungspunkt 2 **Seite 20**

Stellungnahme zur Umsetzung der Kinderrechte in
Deutschland

Tagesordnungspunkt 3 **Seite 20**

Anliegen an die Kinderkommission

Tagesordnungspunkt 4 **Seite 20**

Verschiedenes



Inhaltsverzeichnis

Anwesenheitslisten	Seite 3
Sprechregister	Seite 6
Wortprotokoll	Seite 7



Tagungsbüro

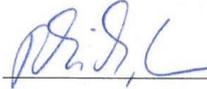
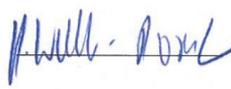


Deutscher Bundestag

Sitzung des Unterausschusses Kinderkommission (13. Ausschuss)
Mittwoch, 4. November 2015, 16:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU Pols, Eckhard		CDU/CSU Launert Dr., Silke	_____
SPD Rüthrich, Susann		SPD Bahr, Ulrike	_____
DIE LINKE. Müller (Potsdam), Norbert		DIE LINKE. Wunderlich, Jörn	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Walter-Rosenheimer, Beate		BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Dörner, Katja	_____

Stand: 28. Oktober 2015

Referat ZT 4-Zentrale Assistenzdienste, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659, Fax: +49 30 227-36339



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

Tagungsbüro



Deutscher Bundestag

off.

Sitzung des Unterausschusses Kinderkommission (13. Ausschuss)
Mittwoch, 4. November 2015, 16:00 Uhr

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

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Gehrman	Linke	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Stand: 20. Februar 2015
Referat ZT 4 – Zentrale Assistenzdienste, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659, Fax: +49 30 227-36339



Sprechregister der Abgeordneten und Sachverständigen

Abgeordnete

Vors. Susann Rüttrich	7, 14, 16, 17, 20
Abg. Eckhard Pols	15, 19

Sachverständige

Prof. Dr. med. Reinhard Berner	7, 10, 15, 17, 19
Prof. Dr. Thilo Bertsche	12, 17, 19
Dr. Karl-Josef Eßer	7, 14, 15, 16, 18, 19, 20



Tagesordnungspunkt 1

Öffentliches Expertengespräch zum Thema „Ge- sundheitliche Ausstattung“

Vorsitzende: Auch wenn unsere Reihen noch nicht ganz vollzählig sind, möchte ich doch in Anbetracht der Zeit mit dem Gespräch beginnen. Wir haben wie immer einen dichten Zeitplan. Ich freue mich, die 33. Sitzung der Kinderkommission eröffnen zu dürfen. Wir steigen heute in einen neuen Themenbereich in meiner Vorsitzzeit ein. Wir haben uns am Anfang des Jahres die Umsetzung der Kinderrechte für bestimmte Kinder näher angeschaut und arbeiten an der diesbezüglichen Stellungnahme. Bis zur letzten Sitzungswoche hatten wir die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen als Thema. In den nächsten drei Sitzungen kümmern wir uns hauptsächlich um die Ausstattung von Kindern und Jugendlichen für ein gelingendes Aufwachsen. Heute steigen wir mit der gesundheitlichen Ausstattung, die Kinder und Jugendliche brauchen, ein. Ich freue mich, dafür drei Experten gewonnen zu haben, die uns sehr fachkompetente Einblicke gewähren können, wie der Stand und die Ausstattung in diesem Bereich ist und was Kinder brauchen, um gesund aufzuwachsen zu können. Zum einen freue ich mich, Prof. Dr. Reinhard Berner aus der Universitätsklinik in Dresden begrüßen zu können. Sie sind Direktor des Fachbereichs Neonatologie ... Nein, aber er schüttelt schon den Kopf, es muss etwas anderes sein.

Prof. Dr. med. Reinhard Berner (Direktor Fachbereich Neonatologie/Pädiatrische Intensivmedizin Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden): Ich bin Direktor der Kinderklinik, nicht des Fachbereichs ...

Vorsitzende: Also der Direktor der Kinderklinik – vielen Dank. Außerdem haben wir Prof. Dr. Thilo Bertsche eingeladen, Fachapotheker für Klinische Pharmazie am Pharmazeutischen Institut der Universität Leipzig, und Dr. Karl-Josef Eßer von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, mit der wir schon häufig zusammengearbeitet haben. Ich freue mich, Sie in diesem Rahmen wiedersehen zu können. Wir sind abermals in einer öffentlichen Sitzung, d. h., es wird

ein Protokoll erstellt, das öffentlich auf den Seiten des Bundestages einzusehen ist. Ich glaube, an der Stelle muss ich nicht betonen, dass das, was nicht zitierfähig ist, dann einfach nicht gesagt werden sollte, weil es ansonsten im Protokoll steht. Das ist der Charakter öffentlicher Sitzungen.

Herr Dr. Eßer, Sie würden beginnen? Dann übergebe ich Ihnen das Wort und freue mich auf den ersten Input. Vielen Dank.

Dr. Karl-Josef Eßer (Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Zunächst herzlichen Dank für die Einladung. Ich habe einen Kurzvortrag mitgebracht. Es geht – Sie haben das gerade ganz richtig gesagt – um das, was Kinder brauchen, um gesund aufzuwachsen. Das ist letztlich auch die These des Vortrags. Sie werden merken, dass wir uns sehr schnell in formalen, in organisatorischen Dingen wiederfinden, weil letztlich das Gesundheitswesen die Antwort geben muss, wie Kinder gut aufwachsen können. Dafür bedarf es besonderer Bedingungen. Ich werde mich auf einige wenige Bedingungen beschränken, von denen wir meinen, dass sie wichtig sind.

Die nächste Folie zeigt die Vielfalt unserer Patienten. Ihnen ist es ja nichts Neues, dass wir vom Neugeborenen an – im Grunde schon vor der Geburt – bis zum 18. Lebensjahr für Kinder und Jugendliche tätig sind. Die nächste Folie zeigt Ihnen auch etwas, das Sie schon wissen, und darauf will ich auch nicht sehr lange eingehen: Im Prinzip ist die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland überwiegend gut. Wir haben verschiedene Themen, die wir im Bereich des Gesundheitswesens bearbeiten müssen. Wir wissen, dass wir wesentlich mehr chronische Erkrankungen betreuen müssen, dazu wird Herr Berner noch Genaueres sagen. Wir wissen auch, dass in den Krankenhäusern viel mehr chronisch Kranke betreut werden, und zwar allein schon deshalb, weil die Sterberate erfreulicherweise deutlich gesunken ist – denken wir nur an die Mukoviszidose. Wir wissen aber auch, dass Krankheiten wie z. B. die Adipositas für uns von ganz großer Bedeutung sind. Die psychischen Auffälligkeiten haben insgesamt zugenommen, darauf werde ich gleich



eingehen. All diese Kinder haben das Recht, gut versorgt zu werden. Wenn man an die Früherkennungsuntersuchung denkt, die mit großem Aufwand betrieben werden, hat man manchmal den Eindruck, dass wir uns mehr um die gesunden Kinder als um die kranken Kinder kümmern – nein, das Wichtigste sind für uns die kranken Kinder.

Auf der nächsten Folie sehen Sie die Herausforderungen, über die ich Sie in den nächsten Minuten gerne unterrichten würde. Da ist zum einen das Thema Arzneimittelsicherheit. Wir gehen ja eigentlich davon aus, dass jedes Kind das Recht auf sichere Arzneimittel hat; aber – die nächste Folie zeigt das – 50 Prozent der Arzneimittel, die wir unseren Kindern geben, sind für die Altersgruppe nicht geprüft oder Off-Label. Herr Pols weiß darüber Bescheid, er unterstützt uns auch sehr engagiert, diesen misslichen Zustand endlich zu beenden. Bei den Neugeborenen, bei den Frühgeborenen sind bis zu 90 Prozent der Medikamente im Off-Label. Sie müssen sich das vorstellen: Das Kind kommt in der 26./27. Woche zu uns und als erstes müssen die Eltern – um es ganz drastisch zu sagen – unterschreiben, dass wir Medikamente geben dürfen, die eigentlich für dieses Kind noch gar nicht zugelassen sind. Wir versuchen, das auf eine Art zu machen, dass Eltern Verständnis für die Situation haben, aber es ist dennoch eigentlich ein unhaltbarer Zustand. Wir arbeiten zurzeit intensiv daran – haben mit Herrn Hecken darüber gesprochen – und überlegen, ob wir das in den Innovationsfonds einbringen. Wir hoffen da auf Unterstützung, die uns auch von vielen Seiten mittlerweile versprochen worden ist. Es ist eine Situation, die wir nicht akzeptieren können. Das Gleiche gilt für die Darreichungsformen. Wenn man die Darreichungsform verändert, muss man das Medikament quasi wieder neu am Markt anmelden und müsste dafür eigentlich wieder Doppelblindstudien machen. Es ist für uns entscheidend, dass ein Winzling von 2.800 Gramm Pellets bekommt, die er viel besser schlucken kann als z. B. einen Saft. Man würde eigentlich denken, dass es umgekehrt ist, aber wir wissen, dass es anders ist. Das heißt, wir müssen unsere Medikation teilweise umstellen, damit sie überhaupt eingenommen und damit überhaupt wirken kann. Die nächste Folie zeigt uns dann das nächste Thema Prävention. Wir sind glücklich, dass es das

Präventionsgesetz gibt. Wir finden es auch sehr wichtig, dass der vorgeburtliche Bereich, der Bereich der Geburt und der nachgeburtliche Bereich in dieses Präventionsgesetz eingearbeitet worden sind. Wir halten auch die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen und die Erweiterung auf die älteren Jahrgänge für sehr wichtig. Aber im Präventionsgesetz – und da kommen wir auf die nächste Folie – steht, es sollen Präventionsempfehlungen gegeben werden. Da steht aber nichts über Nachhaltigkeit: Der Arzt kann eine Präventionsempfehlung geben, aber was die Mutter dann damit macht, ist gar nicht definiert. Es ist also gar nicht abgesichert, dass das entsprechend erfolgt. Das System der Frühen Hilfe begrüßen wir sehr und wir arbeiten mit ihm auch sehr eng zusammen. Wir finden es eine ganz tolle Idee. Das Gesundheitswesen war zu Anfang nicht so sehr involviert, das hat sich aber mittlerweile deutlich geändert. Wir stellen uns vor, dass hier Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe noch viel enger zusammenarbeiten könnten. Das gilt nicht nur für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin, sondern auch für den Bereich der Frauenheilkunde. Denn im Grunde muss schon die Schwangere betreut werden, wenn eine Gefährdung des Kindes vermieden werden soll. Es geht nicht nur darum, dass sie in der Schwangerschaft nicht raucht und nicht trinkt, denn wir wissen z. B., dass bei Adipositas der Frau in der Schwangerschaft das Risiko des Kindes, später ein Typ II-Diabetes zu bekommen, erhöht ist. Wir wissen, dass wenn es in der Schwangerschaft Stressfaktoren gibt, die mehr Cortisol bei den Frauen freisetzen, es dann später beim Kind evtl. zu einer gestörten Cortisolsynthese kommt und diese Kinder vulnerabler, also verwundbarer und aggressiv sind – darüber gibt es noch gar keine Forschung irgendeiner Art. Wir haben große Probleme, dafür überhaupt Forschungsmittel zu bekommen, weil das kleinere Gruppen sind und eine ganz bestimmte, fächerübergreifende Systematik der Forschung erfolgen muss. Da tut man sich einfach schwer, weil es ist ja „nur die Kinder- und Jugendmedizin.“

Als nächstes Thema wollte ich noch die Situation der Kinderkliniken ansprechen. Sie haben alle unsere Flyer „Rettet die Kinderklinik“ bekommen, daher erspare ich Ihnen diese Folie. Da besteht eine systematische Unterfinanzierung, und Sie sehen auch die Gründe: Wir haben überproporti-



onal hohe Vorhaltekosten, wir haben hohe Notfallquoten, d. h., wir können nicht vorplanen, wir können auch nicht die Anzahl der Patienten erweitern. Wir können nicht sagen, wir machen jetzt in zwei Wochen statt 20 nunmehr 40 Hüftoperationen. Das kann man in anderen Fächern tun, aber nicht in der Kinder- und Jugendmedizin. Und wir haben ein sehr breites Leistungsspektrum. Die Urologen kommen, glaube ich, mit zehn oder zwölf DRGs (Diagnosebezogene Fallgruppen) aus, bei uns sind es 400 bis 500. Damit ist eine ganz andere Anforderung auch an die Organisation gegeben. Und wir haben natürlich viele seltene Erkrankungen ohne eigene DRGs, darauf wird Herr Berner auch noch zu sprechen kommen. Die Kinderkliniken werden in den Gesamtkliniken sukzessive – für Politik und für viele andere auch kaum merkbar – reduziert. Das geht dann von 100 Betten herunter auf 80, auf 70, auf 60, denn sie sind ja nicht gewinnbringend. Irgendwann werden wir in den meisten Regionen Deutschlands nur noch rudimentäre Kinderkliniken haben – wenn wir sie dann überhaupt noch haben. Wenn man weniger Kinderkliniken hat, dann hat man auch weniger Ausbildungsplätze für zukünftige Kinderärzte. Und wenn man weniger Ausbildungsplätze hat, reduziert man letztlich die Anzahl der Pädiater. Das heißt, man bekommt keine flächendeckende pädiatrische ambulante Versorgung mehr zustande, und es wird später so sein, dass man Kinder nur noch an wenigen Zentren durch Pädiater behandeln kann. Das ist eine sehr große Sorge. Das ist sicher kein Akutproblem, aber als Politiker sind Sie ja gefordert, auch weitsichtig zu sein und Probleme im Ansatz zu erkennen und zu verhindern. Das hat letztlich auch etwas mit Prävention zu tun.

Auf der nächsten Folie sehen Sie, dass wir von der Kinder- und Jugendmedizin bereits enorm viele Vorleistungen von uns aus erbracht haben: Fast die Hälfte der Betten wurde stillgelegt. Wir haben eine deutliche Reduktion der Anzahl der Kinderkliniken. Wir haben auch sehr genaue Vorstellungen davon, wie groß Kinderkliniken für eine Qualitätssicherung sein sollten. Das heißt, wir wollen nicht die Kinderklinik oder Kinderabteilung mit 20 oder 25 Betten, unsere Mindestgröße liegt bei 40 Betten. Wir wollen auch nicht, dass zwei oder drei Kliniken ganz dicht beieinander liegen; in diesem Fall sollte man aus ihnen eine große Ein-

heit machen. Aber Sie wissen auch, dass da der Bund wenige Eingriffsmöglichkeiten hat. Es ist Sache der Länder, und es ist nicht einfach, hier von unserer Gesellschaft einen entscheidenden Einfluss zu nehmen. Auf der nächsten Folie sehen Sie unser nächstes Problem, das ist die Transition. Transition bedeutet, dass Jugendliche so etwa ab 16 Jahre langsam in den Bereich der Erwachsenenmedizin überführt werden sollen. Das läuft zurzeit sehr ungeordnet. Wir haben eine fächerübergreifende Arbeitsgruppe mit Kinderneurologen, Erwachsenenneurologen, Internisten, Hausärzte und Pädiater, die sich darum kümmern. Wir haben auch ein sogenanntes Berliner Modell, das wir bundesweit für richtig halten. Das ist ein Modell mit einer Lotsenfunktion. Wir haben aber nicht die Möglichkeit, es in irgendeiner Art einzuführen, weil die Finanzierung fehlt. Es hat den Ansatz unseres Berufsverbandes gegeben, eine EBM-Ziffer (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) zu machen – auch dies ist abgelehnt worden. Aber das würde das Feld auch nur halb beackern, denn man braucht auf der anderen Seite eine Verpflichtung zum Übergang und zur Betreuung dieser Patienten. Wir kennen Fälle, in denen nierentransplantierte Kinder später vom erwachsenen Allgemeinmediziner weiter betreut worden sind – dass es dann zur Transplantatabstoßung kommt, wundert niemand. Es braucht einfach eine bessere Nachversorgung solcher Kinder. Sie müssen auch im Erwachsenenbereich ihren Spezialisten zugeführt werden. Die nächste Folie zeigt ein sehr akutes Anliegen von uns – die generalistische Pflegeausbildung. Ich weiß, dass es Gründe dafür gibt – die Akademisierung des Berufes. Ich kann das gut nachvollziehen. Es wird auch gesagt, dass damit die Karrierechancen für Schwestern besser werden. Ich frage mich natürlich auch, ob alle Schwestern Karriere machen wollen. Wir würden es extrem bedauern, wenn wir unsere Kinderkrankenschwestern mit ihrer speziellen Ausbildung verlieren würden. Sie sind neben den Eltern unsere wichtigsten Partner in der Betreuung der Kinder. Es bedarf einer besonderen Ausbildung, denn es muss die gesamte Entwicklung des Kindes beherrscht werden. Die Krankenschwester muss ja nicht nur etwas über Einjährige wissen, sie muss auch etwas über 15- oder 17-Jährige wissen. Und das ist in der generalistischen Ausbildung mit Sicherheit nicht zu vermitteln. Wir befürchten, dass wir in Zukunft weniger Kinderkrankenschwestern



haben werden, weil sich manche nicht mehr für diesen Beruf entscheiden. Denn sie müssen zuerst drei Jahre durch die Maloche der generalistischen Ausbildung, dann evtl. noch zwei Jahre in die Zusatzausbildung Kinder- und Jugendmedizin, und wenn sie dann noch Intensivkinderkrankenschwester werden wollen, kommen noch zwei Jahre dazu. Dann hätten sie sieben Jahre Ausbildung und sind 26 oder 27 Jahre alt – dann sind sie alle nicht mehr bei der Stange. Es gibt die G-BA-Beschlüsse zur Betreuung von Frühgeborenen – dafür hätten wir dann gar keine Schwestern. Wenn ich Kinderkrankenschwester werden will, möchte ich das von Anfang an sein und nicht zuerst diesen generalistischen Zweig vollständig durchlaufen. Wir können nicht nachvollziehen, dass das jetzt so vehement vertreten wird. Unsere ganz große Bitte ist, dass hier eine Bremse gezogen wird. Wir würden ja den Kompromiss mittragen, zwei Jahre Allgemeinausbildung und danach ein Jahr als Modul; aber danach geht es wirklich in die Pädiatrie und es gibt nur noch das Arbeiten in Kinderkliniken oder Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche. Das nächste Thema ist das Forschungsnetz Kinder und Jugendliche. Wir haben sehr große Probleme, Gelder für die spezielle Forschung im Bereich Kinder und Jugendliche zu akquirieren. Wir sind mit dem Forschungsministerium im Gespräch und sind auch der Hoffnung, dass da etwas passiert. Pharmakotherapie ist ein Thema. Wir sind eben ein großer Bereich. Da werden die Kinder- und Jugendmediziner immer zu den anderen Strukturen dazu genommen; es heißt dann: „Es gibt schon ein eigenes Institut für die Lunge, da machen wir eure Mukoviszidose eben mit.“ So geht das aber nicht. Wir haben eigene Forschungsschwerpunkte mit eigenen Ideen und wollen auch eigene Entwicklungen für unsere Kinder machen und nicht immer der Appendix der Erwachsenenforschung sein. Wir können Ihnen diese Folien auch gerne zur Verfügung stellen, damit Sie sie richtig durchsehen können. Versorgungsforschung ist auch ein Thema, Früherkennungsuntersuchungen sind bisher beispielsweise nie evaluiert worden. Die Krankenkassen wollen das nicht, wir würden das sehr gerne tun, um auch einen vernünftigen Datenpool zu bekommen. Wir haben mit Herrn Hecken besprochen, ob wir es über diese „Krücke“ Innovationfonds machen. Es muss letztlich ein geordnetes Forschungsnetz Kinder und Jugendliche geben, in dem eine ver-

antwortliche Forschung in Zusammenarbeit aller Hochschulstrukturen stattfinden kann. Das sind die Themen, die ich Ihnen nahebringen wollte. Wir haben sehr viel Gutes in der Kinder- und Jugendmedizin, das ist gar keine Frage. Aber wir haben auch noch Felder, auf denen wir deutlich besser werden könnten, und ich denke, dass wir darauf in der Diskussion eingehen können.

Prof. Dr. med. Reinhard Berner (Direktor der Kinderklinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden): Ich bringe Ihnen ein paar Beispiele aus der Sicht eines Leiters einer Universitätskinderklinik in Deutschland, die Dresdner Kinderklinik gehört zu den größten universitären Kinderkliniken in Deutschland. Ich will mit der Neonatologie anfangen. Herr Eßer hat es gesagt, wir versorgen mittlerweile in Deutschland Kinder der 24. Woche, die 200, 300 Gramm schwer sind. Diese Kinder brauchen eine besondere Fürsorge, aber sie brauchen auch Medikamente und eine Gesundheitsversorgung, die geprüft und angemessen ist und die für diese Kinder die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellt.

Als erstes Beispiel zeige ich Ihnen ein Kind mit einer schweren Neugeboreneninfektion. Dieses Kind hatten wir im Grunde schon aufgegeben, es ist ein gesundes Kind geworden. Und das geht nur auf einer Intensivstation, die maximal ausgerüstet ist, die alles zur Verfügung hat und die in Zentren lokalisiert ist, die mit anderen Zentren kooperiert. Sie wissen, dass die Säuglingssterblichkeit in Deutschland zurückgegangen ist. Es geht jetzt darum, in der Neonatologie auch für die kleinen Frühgeborenen die Rahmenbedingungen herauszufinden, dass sie nicht mehr nur überleben, sondern dass sie gesund überleben und eine normale Entwicklung vor sich haben. Herr Eßer hat es gesagt, es gibt die Diskussion des G-BA der Levelversorgung – Level 1, Level 2, Level 3. Es ist aber nicht geprüft, ob diese Zentralisierung wirklich besser ist als eine nicht so ausgeprägte Zentralisierung. Auch das wäre eines der Themen für den Innovationsfonds. Wir brauchen diese Diskussion über Mindestmengen, wir brauchen aber auch Daten dazu. Das ist der erste Punkt: Die Kindergesundheit muss bei Projekten des Innovationsfonds berücksichtigt werden.



Das zweite Beispiel ist die Kinderonkologie. Sie sehen jetzt die Daten der Fünfjahresüberlebensraten bei Krebs im Kindesalter seit 1973 über 1975, 1980, 1985, 90, 95, 2000, 2005, 2010. Heute überleben neun von zehn Kindern die Krebserkrankung, vor 30 Jahren sind alle diese Kinder gestorben. Diese Entwicklung ist nicht durch neue Medikamente oder durch Ressourcen der Technik möglich geworden, sie wurde möglich durch klinische konzentrierte Studien in Deutschland. Deutschland ist in der pädiatrischen Onkologie weltweit beispielgebend für die Verbesserung der Überlebenschancen von Kindern durch die Durchführung von Studien. Alle onkologischen Kinderpatienten in Deutschland werden in Studien behandelt. Das ist der Appell an dieser Stelle: Die Forschungsförderung muss in Deutschland die Aspekte der Kindergesundheit mehr berücksichtigen.

Das nächste Thema sind die Seltenen Erkrankungen. Kinder mit Immundefekten sind vor 30 Jahren in sterilen Zelten aufgewachsen. Dieses Kind ist mit einem schweren angeborenen Immundefekt mit 13 Jahren gestorben. Es würde heute gesund überleben, weil es früh diagnostiziert werden würde und eine entsprechende Knochenmarktransplantation bekommen würde. Die Maximalversorgung in der Medizin ermöglicht es heute, Kinder mit Seltener Erkrankung, wenn sie diagnostiziert werden und die Ressourcen zur Verfügung stehen, gesund zu überleben. Es gibt aber auch andere Beispiele. Hier ein Kind mit einer schweren Rheumaerkrankung. Sie sehen dieses Kind im Alter von einem Jahr und Sie sehen es im Alter von fünf oder sechs Jahren, es wird mit einer Vielzahl von Medikamenten behandelt. Dieses Kind leidet unter den massiven Nebenwirkungen der Medikamente. Es hat seit seiner Geburt jeden Tag Fieberschübe bis 40 Grad. Es ist kurze Zeit nach dieser Aufnahme dann auch verstorben. Es gibt nach wie Seltene Erkrankungen in Deutschland, für die wir weitere Forschung brauchen, um das Überleben dieser Kinder zu ermöglichen. Daher noch einmal der Appell: Wir brauchen, und das hat Herr Eßer schon angesprochen, ein Forschungsnetz Kinder- und Jugendmedizin, weil nur dieses Forschungsnetz in der Kinder- und Jugendmedizin die spezifischen Aspekte entsprechend bearbeiten kann. Wir brauchen auch eine Strukturförderung für Zentren für Seltene Er-

krankungen, wie sie jetzt an vielen Universitätsstandorten aufgebaut worden sind, wie in Berlin an der Charité, in Dresden und auch in Leipzig. Wir brauchen diese Zentren, weil nur in diesen Zentren diese Seltenen Erkrankungen entsprechend behandelt werden können. Für dieses Forschungsnetz hat die Pädiatrie vom Forschungsministerium auch Zustimmung bekommen, die Förderung ist aber tatsächlich bisher noch nicht eingetreten.

Das nächste Beispiel ist die Mukoviszidose, eine Erkrankung, die wieder in die Schlagzeilen gekommen ist, eine Erkrankung, die die Kinder schwer lungenkrank macht. Diese Kinder sind früher sehr früh im ersten Lebensjahrzehnt an schweren, schwersten Lungenkomplikationen gestorben. Heute überleben Patienten mit Mukoviszidose – das ist die Entwicklung der letzten 70/80 Jahre – bis in das 40. oder 50. Lebensjahr hinein, durch viele unterschiedliche Schritte, die letztlich durch die Forschung möglich geworden sind. Durch das Neugeborenencreening, das der G-BA neu eingeführt hat, sollen ab Mitte des nächsten Jahres Neugeborene auf Mukoviszidose gescreent werden. Dieses Kind, das hier auf der linken Seite sehr ausgemergelt aussieht, ist nach kurzer Zeit der entsprechenden Therapie nach Diagnosestellung fast ein gesundes Kind geworden. Dieser G-BA-Beschluss, Neugeborenencreening für CF, braucht aber auch Unterstützung in der Umsetzung durch die Politik und durch den G-BA. Wie soll dieses Screening gemacht werden? Es soll zentralisiert gemacht werden, aber die Familien müssen wohnortnah betreut werden.

Und damit bin ich beim nächsten Punkt – sozialer Auftrag. Weil Sie aus Meißen kommen, erlaube ich mir Herrn Schloßmann zu zeigen. Er hat 1898 das erste Säuglingsheim in Dresden in der Puttenhauer Straße aufgebaut, die erste Kinderklinik weltweit, die für Säuglinge ausgerichtet war. Für Herrn Schloßmann war damals schon klar, dass es eine spezialisierte Kinderkrankenpflege braucht. Es braucht Krankenschwestern, die sich in der Säuglingspflege auskennen und für diese Kinder eine angemessene Pflege, Pflegeressource und Pflegekapazität darstellen. Wir haben Kinder mit chronischen Nierenerkrankungen, wir haben Kinder mit Diabetes, wir haben Kinder mit rheumatischen



Erkrankungen, und das sind andere Krankheitsbilder als sie die Erwachsenenmedizin kennt, als sie die Erwachsenenmediziner und die Erwachsenenkrankenschwester kennen. Wir brauchen weiterhin die spezialisierte Kinderkrankenpflege. Wir brauchen Kinderkliniken in erreichbarer Nähe. Wir haben Kinder mit sehr spezialisierten Erkrankungen, Herr Eßer hat das gesagt, es gibt – weiß ich nicht – 1.200 DRGs im Gesundheitswesen. Für die Dresdner Kinderklinik haben wir ausgerechnet, dass wir von diesen 1.200 im letzten Jahr 1.100 DRGs bedient haben. Das heißt, die Vielfalt der Krankheitsbilder in den Kinderkliniken ist überhaupt nicht zu vergleichen mit dem, was man in anderen Fachabteilungen sieht. Die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Bundesländern ist unterschiedlich. Wir werden eine Zentralisierung in den Städten mit Bevölkerungswachstum an Kindern und Jugendlichen haben, und auf dem Land werden wir weniger Kinder und Jugendliche haben. Aber es gibt die Forderung, Herr Eßer hat es erwähnt, dass wir Kinderkliniken in erreichbarer Entfernung für die Eltern brauchen. Aus den letzten Ecken der Sächsischen Schweiz oder der Oberlausitz können nicht alle 150 Kilometer nach Dresden oder nach Leipzig fahren, das geht nicht. Wenn Sie diese spezifischen pädiatrischen Krankheitsbilder sehen, dann braucht es dort die spezialisierte Kompetenz. Und diese Kompetenz muss erhalten, aber auch finanziert werden. Sie muss durch ein angemessenes Entgeltsystem finanziert werden. Wir brauchen aber auch, Herr Eßer hat das auch angesprochen, die Kinderärzte auf dem Land in erreichbarer Nähe. In Freiberg wurde in der Zeitung eine Belohnung von 10.000 Euro ausgeschrieben, dass ein Kinderarzt in die Stadt kommt. Es gibt zu wenige Kinderärzte auf dem Land – es gibt auch zu wenige in der Stadt –, um die Kinder spezifisch zu versorgen. Wir brauchen eine Sicherstellung, eine ausreichende Regelversorgung im ambulanten und im stationären Bereich in der Peripherie. Für das Kind, das Sie hier sehen, hat der Kinderarzt in der Mitte des ersten Lebensjahres die Verdachtsdiagnose gestellt, dass es eine spezifische Erkrankung hat. Es hat nicht zu wenig getrunken oder Durchfall, sondern es hat eine Glutenunverträglichkeit, eine Zöliakie. Das ist rasch diagnostiziert worden, und das Kind hat eine glutenfreie Ernährung erhalten. Das heißt, wir brauchen die Kompetenz für Krankheitsbilder der Pädiatrie in den Maximal-

versorgungskrankenhäusern, aber auch auf dem Land, in den Praxen und in den Kinderkliniken.

Kurz zur Zunahme der Lebenserwartung in verschiedenen Altersgruppen, die Entwicklung von 1901 bis 1995: Der größte Sprung der Zunahme an Lebenserwartung passiert in den ersten Lebensjahren. In der Neugeborenenperiode und kurz danach gibt es die größten Sprünge. Eine Rolle spielen Impfungen, Hygiene und Antibiotika, aber ich glaube, es spielt auch eine Rolle, dass man die entsprechende Kenntnis der Krankheitsbilder braucht. Zusammenfassend möchte ich aus meiner Sicht sagen, dass wir für eine gesundheitliche Ausstattung für Kinder eine Teilhabe der Pädiatrie an der Forschungsförderung in Deutschland brauchen, wir brauchen eine Sicherstellung einer ausreichenden Regelversorgung in der Peripherie, ambulant und stationär. Wir brauchen Maximalversorgungszentren, wir brauchen Zentren für seltene Erkrankungen mit einer auskömmlichen Finanzierung, wir brauchen den Erhalt der Kinderkrankenpflege und wir brauchen die Unterstützung für Früherkennung und Prävention, aber auch deren Umsetzung. Das Spektrum der Pädiatrie ist groß – das reicht vom sehr kleinen Frühgeborenen bis zum annähernd jugendlichen Patienten, der manchmal nicht mehr in unsere Betten passt. Mein Plädoyer ist, wir brauchen eine Kinder- und Jugendmedizin, wir brauchen eine entsprechende Ausstattung und wir brauchen die Kinder- und Jugendkrankenpflege.

Prof. Dr. Thilo Bertsche (Fachapotheker für Klinische Pharmazie am Pharmazeutischen Institut der Universität Leipzig): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren, ich habe jetzt das Vergnügen, die pharmazeutische Perspektive in dieser Runde vorzustellen. Ich möchte das als Vertreter unseres in Leipzig gegründeten Zentrums für Arzneimittelsicherheit machen, in dem nicht nur die Sicht von Apothekerinnen und Apothekern vertreten ist, sondern auch eine enge Zusammenarbeit mit Kinderärztinnen und Kinderärzten und selbstverständlich auch mit den Eltern und den Patienten stattfindet. Besonders möchte ich den Pflegedienst hervorheben, mit dem wir sehr eng Maßnahmen erarbeiten. Um was geht es uns Apothekern? Im Fokus soll der Patient stehen, die jungen Patienten – von reif- oder frühge-



borene Patienten bis hin auch zu älteren Kindern oder auch schon Jugendlichen – oder auch die CF-Patienten, bei denen es dann auch bis ins Erwachsenenalter hineingeht. Vor allen Dingen bei den jüngeren Kindern haben wir das Problem, dass die Arzneimittel auf dem Markt vielleicht gar nicht für Kinder zugelassen sind, die wir aber in irgendeiner Form in unsere kleinen Patienten hinein bringen müssen. Da kommen dann manchmal die Eltern oder der Pflegedienst auf ganz interessante Ideen: es werden die Kapseln geöffnet und die Pellets z. B. auch zermörsert oder irgendwie aufgelöst oder auf Joghurt aufgebracht. Das führt dann teilweise dazu, dass die Arzneimittel überhaupt nicht mehr wirksam sind und damit dann auch bei teuren Pharmakotherapien der therapeutische Erfolg verpuffen muss, weil sie nicht richtig angewendet werden. Ich habe meinen Vortrag unter zwei Schwerpunkten gestellt: Zum einen möchte ich, wenn wir über kindergerechte Arzneimittel reden, auf den Off-Label-Use und den Beitrag der Apotheke im Bereich der Herstellung eingehen. Im zweiten Teil möchte ich ein bisschen über diesen Aspekt der Herstellung in der Apotheke hinausgehen und anhand einiger exemplarischer Daten aus unserem Zentrum für Arzneimittelsicherheit in Leipzig aufzeigen, was Apothekerinnen und Apotheker gemeinsam mit Arzt und Pflegedienst leisten können, um die Arzneimittelsicherheit zu verbessern.

Beginnen möchte ich mit dem Off-Label-Use. Es gibt die Initiative der EU-Pediatric Regulation aus dem Jahr 2007, die sich zum Ziel gesetzt hat, regulatorische Maßnahmen im Rahmen der Zulassung von Arzneimitteln zu ergreifen und die Verfügbarkeit von zugelassenen Arzneimitteln zu verbessern, deren Nutzen und Risiken auch unter Beachtung ethischer Grundsätze gut dokumentiert sind. Nach den Erfahrungen unserer Kinderärztinnen und Kinderärzten und uns als Apothekern ist der Erfolg dieser Maßnahmen in der Praxis oft noch nicht angekommen bzw. hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Das führt dazu, dass in der Apotheke sowohl im Krankenhaus als auch in der öffentlichen Apotheke zahlreiche Rezepturmittel insbesondere für kleinere Kinder anzufertigen sind. Hier wird eine exemplarische Tabelle gezeigt, die das Spektrum deutlich macht. Es geht nicht nur um neue Arzneimittel, sondern um viele Arzneimittel, die seit vielen Jahren oder

gar Jahrzehnten auf dem Markt sind und für die in der Apotheke bedarfsgerecht in den richtigen Dosierungen oder vielleicht auch in der richtigen Darreichungsform eine Individualrezeptur angefertigt wird. Ich möchte kurz zusammenfassen: Der Apotheker, die Apotheke ist eine wichtige Instanz, um in Form von Individualrezepturen die Lücke zu nicht zugelassenen Fertigarzneimitteln zu schließen und dem verordnenden Arzt gerade auch in hochspezialisierten Bereichen, wie beispielsweise der Neonatologie, die Arzneimittel für die Therapie an die Hand zu geben.

Der zweite Schwerpunkt sind die arzneimittelbezogenen Probleme im Bereich der Verordnung wie auch der Anwendungen. Hier habe ich exemplarisch eine publizierte Arbeit dargestellt, die zeigt, dass wir in der Kontrollgruppe eine sehr große Zahl an Patienten mit arzneimittelbezogenen Problemen in der Verordnung haben, mehr als 50 Prozent der Patienten waren betroffen. Im Beispiel hier geht es um inhalative Arzneiformen, auch eine sehr spezielle Arzneiform. Es braucht hier eine entsprechende Schulung der Patienten zur richtigen Handhabung, sofern es die Kinder schon selbst ausführen können, ansonsten der Eltern und Sorgeberechtigten. Wir haben gesehen, dass wir durch eine pharmazeutische Betreuung in der Counseling Group, vor allen Dingen aber auch mit einem Feedback, das den Apotheker in die Schnittstelle zwischen Anwendung und Verordnung stellt, an den Arzt, die arzneimittelbezogenen Probleme hochsignifikant reduzieren konnten. Wenn wir diese Maßnahmen, dieses Feedback, abgesetzt haben, zeigt es sich, dass dies rückläufig war. Es gibt also keine nachhaltigen Lerneffekte, sondern hier sollten wir Apothekerinnen und Apotheker gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten ein Team bilden, um arzneimittelbezogene Probleme zu reduzieren. Das möchte ich in einer anderen Facette noch einmal umreißen und dann zusammenfassen. Wir haben uns das Ganze auch im Bereich der Arzneimittelanwendung angeschaut und hier ein ganz besonderes Problem identifiziert, nämlich dass es bei der Anwendung durch Eltern und Sorgeberechtigte zuhause – und das war auch häufig für unsere Ärztinnen und Ärzte sehr überraschend – zu sehr vielen Medikationsfehlern oder anders gesagt, zu arzneimittelbezogenen Problemen kam, die in den meisten Fällen – rund 80 Prozent – als klinisch hoch rele-



vant eingeschätzt worden sind. Es braucht hier den Pharmazeuten, um nicht nur Dosierungsfragen für den Arzt, sondern insbesondere auch die Anwendungsprobleme für die Eltern und den Pflegedienst zu lösen. Hier ein weiteres Beispiel für eine Studie, die wir durchgeführt haben, die ich in Anbetracht der Zeit gleich zusammenfasse. Von insgesamt über 1.200 Erziehern und Lehrern waren nur 15 Prozent bereit, Notfallarzneimittel – es ging um den Notfall Antikonvulsiva bei Kindern und Jugendlichen – ohne Einschränkungen anzuwenden. Es versteht sich von alleine, dass dies immer der Verordnung des Arztes bedarf. Aber selbst wenn diese sowie das Einverständnis der Eltern und Sorgeberechtigten vorgelegen hat, waren die Lehrer zum einen von ihrem Wissen her, aber zum andern auch von ihren Fertigkeiten her nicht in der Lage, solche Arzneimittel einzusetzen. Da gibt es auch sehr viele rechtliche Barrieren, das möchte ich hier nicht verschreien, die natürlich auch gelöst werden müssen. Aber das zeigt, dass wir nicht nur an die typischen Bereiche wie Krankenhaus, den ambulanten Bereich mit Hausarzt, Kinderarzt und Apotheker denken sollen, sondern auch an Beteiligte denken müssen, die vielleicht auch in die Arzneimittelanwendung eingebunden werden müssen, um hier im Notfall richtig und zeitnah handeln zu können, bis der Notarzt eintrifft und die ärztliche Versorgung übernehmen kann. Das ist mir wichtig, und ich möchte zusammenfassen, dass die Apotheken für solche Fragen auch für Lehrer oder Eltern eine sehr niederschwellige Anlaufstelle bei arzneimittelbezogenen Problemen bieten und auch zum Kinderarzt, aber auch zu anderen Beteiligten vermitteln können, wie wir das in dieser Studie gesehen haben, wie Lehrer oder Erzieher. Damit möchte ich meinen Beitrag schließen und stehe für Fragen und die Diskussion gerne zur Verfügung.

Vorsitzende: Vielen Dank für die sehr gehaltvollen Vorträge, die wir von Ihnen bekommen haben. Ich freue mich, dass die Folien schon auf unserem Laptop sind und bitte das Sekretariat, dass wir diese für unsere Weiterarbeit nutzen können. Jetzt haben wir Zeit, in die Rückfragen und in den Austausch einzutreten. Ich würde gern um Ihre Einschätzung bitten: Wenn ich an Kindermedizin denke, so wie Sie das auch beschrieben haben, reden wir ja von einer großen Bandbreite und jeweils auch von einer sehr großen Spezialisierung.

Zum Glück gibt es wahrscheinlich nicht so sehr viele Kinder, die eine Herzklappe brauchen, und trotzdem braucht eine Uniklinik diese speziellen Herzklappen, die wahrscheinlich sehr viel kleiner sind als andere. Das Vorhalten für eine kleine Patientengruppe kann sich aus meinem Menschenverstand heraus nie finanziell rechnen. Mir zumindest wäre es nicht eingängig, wenn man das nur finanziell im Sinne „von lohnt sich oder lohnt sich nicht“ bewerten würde. Ich hoffe, dass wir auch nicht in dieser Situation sind, nichtsdestotrotz ist ja die Frage, wie man sicherstellt, dass für jedes Kind das zur Verfügung steht, was es braucht, beispielsweise hochspezialisierte Medikamente, auch wenn ich unterstelle, dass sich das niemals wie andere Abteilungen in einem Krankenhaus rentieren können wird, oder wie vielleicht auch andere Medikamente, die man testen kann und die dem Pharmakonzern dann tatsächlich auch etwas bringen. Was können Sie sich vorstellen, um dieses Finanzierungsproblem handhabbar zu machen, damit dieser strukturellen Unterfinanzierung, die auf der Hand liegt, weil sie so aus dem Thema herausspringt, begegnet wird? Wie kann man damit umgehen und das vielleicht auch in Abgrenzung zum jetzigen Zustand setzen?

Dr. Karl-Josef Eßer (Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Wenn ich darauf antworten kann. Es gibt ja das Krankenhausstrukturgesetz, und wir haben häufig bei vielen Kolleginnen und Kollegen von Ihnen interveniert, dass es für die Pädiatrie einen Versorgungszuschlag gibt. Diese Vorhaltekosten der Krankenhäuser sind wirtschaftlich nicht zu rechtfertigen, wenn Sie nur an Herzklappen denken. Wir haben in ganz Deutschland, ich habe nachgeschaut, ungefähr 4 ½ Tausend Herzoperationen im Kinderbereich, 3 ½ Tausend Gefäßoperationen, mehr ist da nicht. Aber das wird an verschiedenen Zentren gemacht, die in irgendeiner Art ja auch bevölkerungsnah sein müssen. Man kann nicht für eine Herzklappe von Hamburg nach München fahren müssen und dort dann sechs Wochen mit seinem Kind verbringen, wenn noch zwei weitere Kinder zuhause sind. Das ist für ein Land wie unseres nicht akzeptabel. Es ist nicht die Bereitschaft da zu sagen, die Pädiatrie hat eine Sonderstellung. Es wird dann gesagt, „ja, dann kommen die anderen auch, dann kommen die Frauenkliniken und sagen, wir brauchen auch einen Sonderstellungs-



zuschlag und und und.“ Das ist nicht korrekt gedacht. Die Pädiatrie hat wirklich eine völlig eigenständige Situation. Ihre Kolleginnen und Kollegen sagen dann, „wenn es so gemacht wird, dann wird die Kinderklinik immer ins Defizit gerechnet. Dann wird es so sein, dass praktisch jede Kinderklinik subventioniert wird, und damit wird das ganze Haus wieder subventioniert – das können solche Geschäftsführer.“ Das ist nicht richtig, denn heute sind die Maßgaben für die Geschäftsführungen der Kliniken und die Kontrollen durch die Krankenkassen so, dass man nicht einfach eine Abteilung in ihrem Gewinn herunterrechnen oder in ihrem Verlust hochrechnen kann. Das ist für mich eine Ausrede, um dieses Problem nicht anzugehen. Das Krankenhausstrukturgesetz bedarf dringend der Überarbeitung in der Art, dass es einen Versorgungszuschlag für die Kinderkliniken gibt. Andernfalls wird genau das passieren, was ich gerade erzählt habe. Wenn die Kinderkliniken ewig unterfinanziert sind, Defizite einbringen und es immer eine Quersubventionierung aus der Erwachsenenmedizin in die Kinderkliniken gibt, dann wollen die anderen Chefärzte mit uns nicht mehr reden, weil sie sagen, „ihr bringt unser Gesamthaus an den Ruin und wir leiden zum Schluss mit euch.“ Es kann nicht sein, dass überall die Häuser mit Kinderkliniken schlechter dastehen als diejenigen, in denen es nur Orthopädie oder Sonstiges aus dem Bereich der Erwachsenenmedizin gibt.

Prof. Dr. med. Reinhard Berner (Direktor der Kinderklinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden): Ein wichtiger Punkt ist auch, dass es bei den Herzklappen in Deutschland schon eine Konzentrierung auf Herzzentren gibt. Das macht nicht mehr jede Uniklinik, gerade in der Kinderherzchirurgie gibt es nicht ausreichend gute Kinderherzchirurgen, denn es ist ja hochkomplex, ein 1.000-Gramm-Kind am Herzen zu operieren. Ich glaube, das ist mit diesen Herzzentren in der Kinderherzchirurgie schon einigermaßen gut gelöst. In anderen Bereichen wie der Neonatologie – also der Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen – ist das Thema eigentlich virulenter, weil es da nicht so klar ist, und auch da sind die Vorhaltekosten hoch, das rechnet sich auch nicht für jede Kinderklinik. Auf der anderen Seite brauchen sie die Neonatologie, um ihre Geburtshilfen versorgen

zu können. Da muss man einen Weg finden, und dafür, ich hatte es kurz angesprochen, bedarf es einer Evaluation dahingehend, was eine gute oder eine schlechte Versorgungsform ist. In der Kinderonkologie ist es auch gut gelungen, weil man sich darauf geeinigt hat, dass es nur in kinderonkologischen Schwerpunktkliniken stattfinden kann und diese sind in jeder Universitätsklinik vorhanden. Für die Seltenen Erkrankungen muss es eine Zentralisierung geben, damit die notwendigen Maßnahmen auch in einer ausreichenden Menge da sind, und das Defizit, das der einzelne Patient erwirtschaftet, nicht mehr so groß ist.

Abg. **Eckhard Pöls** (CDU/CSU): Zunächst vielen Dank für Ihre Vorträge, die wirklich sehr hilfreich für die Arbeit sind. Sie sprachen von erreichbarer Nähe von Kinderkliniken. Das ist ja ein dehnbarer Begriff – was ist erreichbar? Sie haben gesagt, Hamburg – München ist in diesem Sinne nicht nachvollziehbar. Kann man das kilometermäßig mit 50, 75 festmachen? Geht das nach Bevölkerungszahl? Wir haben bei den niedergelassenen Ärzten immer diese Versorgung 110 Prozent und 105 Prozent. Für eine bevölkerungsarme Gegend sieht man eine Vollversorgung bei 105 oder bei 110 Prozent für Fachärzte; aber wie sieht das bei den Kilometern aus, die ein Patient fahren muss, um zum Facharzt zu kommen? Auch wenn von der KV gesagt wird, wir haben in diesem Bereich eine ausreichende Versorgung. Wie ziehen Sie den Kreis?

Prof. Dr. med. Reinhard Berner (Direktor der Kinderklinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden): Es wurde mal in einem Konsens definiert, dass es eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Kilometern oder in 40 Minuten sein soll. Das war die Definition. Das ist natürlich nicht auf die Minute und auf den Kilometer genau zu übernehmen, aber so im Prinzip.

Dr. Karl-Josef Eßer (Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Im ambulanten Bereich versuchen wir die flächendeckende Versorgung aufrechtzuerhalten. Zurzeit werden im Jahr etwa 600 neue Kinderärzte fertig. Wir haben eine ausgeprägte Feminisierung,



das muss man einfach so sehen. In Zukunft werden etwa 80 Prozent aller Kinderärzte Frauen sein. Und die Lebensarbeitszeit von Frauen ist geringer als die von Männern, das ist einfach so und auch nur eine Feststellung. Das heißt, eigentlich werden wir weniger Kinderärzte zur Verfügung haben als früher. Wir sind zurzeit ganz klar auf dem Weg, Kooperationen zum einen zwischen größeren und kleineren Kinderkliniken, zwischen Kinderkliniken insgesamt, aber auch zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Kinderkliniken anzustreben. Wir haben schon einige Modell, wo das auch schon stattfindet. Das sind eigentlich Eigeninitiativen – und das muss auch so bleiben – unter der Idee, diese flächendeckende Versorgung zu erhalten. Eine sogenannte Überversorgung mag es noch in manchen Regionen wie in großen Städten geben, aber im Prinzip ist sie jetzt schon nicht mehr vorhanden; allein auch dadurch, dass wir viel mehr Aufgaben haben als früher: Zum einen bedeutet die Vermehrung der Vorsorgeuntersuchungen auch mehr Arbeit für die Kinder- und Jugendärzte. Zum zweiten sind der gesamte Präventivbereich, der psychosoziale Bereich, die Betreuung der chronisch Kranken und die Betreuung der psychosozial auffälligen Kinder Dinge, die wir in diesem Maße früher nicht gekannt haben. Ich bin auch sicher, dass wir in Zukunft verbesserte Kooperationen mit den niedergelassenen Hausärzten haben müssen. Wir müssen uns mehr absprechen, das sehen wir auch als Aufgabe für uns an, dem man sich auch stellen muss. Es ist nicht so, dass wir hier im Elfenbeinturm sind und sagen, „alle Kinder nur zu uns“. Das wird in Zukunft nicht so sein. Wir werden selbstverständlich auch in Bereichen der spezialisierten Medizin weiter mit den Erwachsenenmedizinern zusammenarbeiten. Aber es gibt sehr vieles, für die der Erwachsenenmediziner nicht das Wissen hat. Um noch einmal auf die Arzneimittel zurückzukommen, Typ II-Diabetes im Kindesalter nimmt ja zu, ist aber immer noch relativ selten. Es gibt im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin nur ein einziges geprüftes Medikament, das wir einsetzen können, das ist das uralte Medformin; Gliptine und alles was im Erwachsenenbereich jetzt eingesetzt wird, um die Folgen dieser Erkrankung zu mindern, können wir im Prinzip nicht einsetzen, weil sie off-label sind. Sie kennen Ibuprofen, das ist das Mittel gegen Schmerzen und Fieber, das man heute häufiger gibt als Paracetamol, weil die

toxische Schwelle etwas anders ist. Bei Kindern unter sechs Monaten ist das off-label, weil es in diesem Bereich keine Erprobung gibt und wir nicht die Möglichkeiten haben, das koordiniert zu beforschen. Daher bedarf es dringend der Umsetzung der Vorschläge, die wir hier machen. Wir haben Konzepte für alles da, aber wir brauchen dafür auch einen finanziellen Rahmen. Und das muss – wie auch für die Kinderkliniken – ein Rahmen speziell für Kinder- und Jugendmedizin bzw. für die Kinder und Jugendlichen sein, so muss man das ja nennen. Das ist eine Bevölkerungsgruppe von 16 Prozent, aber im Moment stehen aufgrund der demografischen Entwicklung die Älteren mehr im Fokus. An der Uni Köln gibt es ein fantastisches Institut für die Geriatrie – daneben gibt es einen maroden Bau für die Kinderklinik. Also wenn ich da vorbeigehen muss, kriege ich ..., entschuldigen Sie, wenn ich manchmal ein bisschen emotional bin, aber das kann es so nicht sein. Wir brauchen auch eine emotionale Vertretung im Bereich der Pädiatrie, wie es das – zurecht – auch für die alten Menschen gibt.

Vorsitzende: Ich möchte bei einem Punkt nachhaken. Wenn ich davon ausgehe, dass ich Medikamente nicht einfach nach Gusto geben oder herunterrechnen kann, wie komme ich dann zu einem gut getesteten Kindermedikament, das für das extrem Frühgeborene bis zum 17-, 18-Jährigen passt? Dafür müsste man ja Forschung in verschiedenen Altersgruppen machen und vor allem in einer Altersgruppe, die nicht selbst einwilligungsfähig ist. Wie stelle ich mir das praktisch vor, wie ich von einem Off-Label-Use zu einem tatsächlich beforschten Verwenden von Medikamenten komme?

Dr. Karl-Josef Eber (Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Also im Prinzip müssen Sie immer randomisierte Doppelblind-Studien machen, RCTs. Aber das ist für den Bereich teilweise nicht möglich. Der G-BA hat vor kurzem wirklich Kante gezeigt: Es gibt ein sehr erfolgreiches Medikament gegen Hämangiome, also Blutgeschwulste, das in einer Doppelblindstudie an Kindern ausprobiert werden sollte. Das steht dann groß auf der Wange und diese Kinder sollten nicht oder mit einem Placebo behandelt werden. Da hat der G-BA gesagt, „IQWiG



(Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) nein, so nicht. Wir akzeptieren die Prüfungen, die bisher stattgefunden haben, wir kennen die Nebenwirkungen aus leichteren Fällen, in denen wir Doppelblindstudien gemacht haben.“ Diesen Weg müssen wir mittlerweile beschreiten, also dass nicht alles über RCTs, also Doppelblindstudien gemacht wird, sondern dass wir die Erfahrungen aus der Erwachsenenmedizin nehmen, die wir bereits haben. Und das setzen wir dann um, um aus diesem Off-Label-Bereich herauszukommen. Es ist gar keine Frage, dass wir dafür bestimmte Evaluationen, vergleichende Therapien brauchen. Aber es kann nicht sein, dass man für jedes Medikament ab null Jahre diese RCTs nimmt. Das sind Dinge, für die man einfach auch Mut haben muss, um zu sagen, „wir ändern mal etwas.“ Aber die Forschung ist mittlerweile soweit. Wir hatten in Bonn in diesem Jahr eine durch das BfArM, Herrn Broich, initiierte große Tagung, auf der bereits darüber gesprochen wurde. Aber auch das BfArM sagt, ich gebe das jetzt ungeschützt wieder, „wir haben nicht das Geld, diese Forschung zu initiieren.“ Das Bundesministerium für Gesundheit sagt, „wir haben sowieso kein Geld für Forschung.“ So schiebt das einer auf den anderen, und die Dummen sind letztlich die Kinder, die nicht die evaluierte Medikation bekommen, die sie eigentlich brauchen.

Prof. Dr. Thilo Bertsche (Fachapotheker für Klinische Pharmazie am Pharmazeutischen Institut der Universität Leipzig): Das unterstreiche ich und ergänze noch um einige Aspekte. Wir müssen uns deutlich machen, dass die randomisierten, kontrollierten Studien – so schön sie für die Zulassung sind – Fragen aus dem Verwaltungsalltag oft nicht beantworten, weil es immer wieder den Unterschied zwischen der Wirksamkeit in klinischen Studien und der Effektivität, die dann tatsächlich im Alltag zu beobachten ist, gibt. Nutzen die Arzneimittel unter dem verfügbaren Mitteleinsatz, Kosteneinsatz wirklich auch dem Patienten? Das ist letztlich die Frage. Da gibt es viele Faktoren, die mit Individualisierung zu tun haben, die bei Erwachsenen eine zunehmend wichtige Rolle spielen, aber vor allen Dingen auch bei Kindern. Sie haben die Komplexität verschiedener Altersklassen angesprochen, und dazu kommt auch noch die Frage, wie die Einwilligung gehandhabt wird, wenn Kinder von ihrem Entwicklungsstand viel-

leicht nicht typisch altersgerecht sind. Das sind viele offene Fragen. Es gibt mittlerweile auch Anreize, auch durch die EU-Pediatric Regulation, die ich bereits vorgestellt habe. Aber ich befürchte fast – das unterstreicht auch Ihre Ausführungen –, dass es nur mit mehr randomisierten, kontrollierten Studie, die eher neuzugelassene Arzneimittel betreffen, alleine nicht getan ist. Das ist sicher ein Weg in die richtige Richtung, aber ich würde dafür plädieren, dass wir uns auch die Arzneimittel, die auf dem Markt sind, systematisch anschauen und die Erfahrung der Kinderärztinnen und Kinderärzte mit einbringen, um dann – wie in der evidenzbasierten Medizin üblich – nicht nur die oberste Evidenzstufe – die kontrollierte Studie oder Metaanalyse – zu sehen, sondern auch die Einzelfälle oder nur sehr überschaubare Fälle anzuschauen und hier auch die Expertenmeinung, die Erfahrung mit einzubinden.

Vorsitzende: Ich schaue mich bei den Kolleginnen und Kollegen um, habt ihr noch Fragen? Im Moment nicht. Dann würde ich noch eine Frage stellen. Wenn es um die medizinische Ausstattung von Kindern in Deutschland geht, wie ist Ihre Einschätzung, haben alle Kinder in Deutschland die gleichen Möglichkeiten des Zugangs zu medizinischer Versorgung oder gibt es aus Ihrer Sicht Problemfälle oder Situationen, für die man sagen muss, dass nicht alle Kinder auf die bestmögliche Ausstattung zugreifen können?

Prof. Dr. med. Reinhard Berner (Direktor der Kinderklinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden): Ich glaube, grundsätzlich ist die medizinische Versorgung und die gesundheitliche Ausstattung der Kinder in Deutschland gut. Jedes Kind hat im Prinzip das Recht auf jedes Medikament. Das gilt aber nur mit Einschränkungen, weil wir schon relativ häufig bei den Seltenen Erkrankungen Medikamente einsetzen müssen, von denen wir aus der Erwachsenenmedizin wissen, dass sie bei diesem Krankheitsbild helfen – sie sind aber nicht zugelassen. Dann sagen die Krankenkassen, „das ist kein zugelassenes Medikament, wir übernehmen nicht die Kosten.“ Wir wissen also um die Wirksamkeit des Medikaments, wir wissen auch, dass es bei dem Kind, um das es geht, wirken würde, aber die Krankenkassen übernehmen nicht



die Kosten, weil es nicht zugelassen ist. Da fängt die erste Einschränkung an – im Prinzip könnte man Medikamente einsetzen, aber man kann es dann doch nicht, weil die Kostenübernahme nicht gewährleistet ist, und das ist dann schon ein Problem der Zulassung und der Nichtzulassung.

Das zweite ist weniger ein Problem der Verfügbarkeit, aber in vielen Studien – auch in der KiGGS-Studie – wird deutlich, dass die Frage der sozialen Stellung einer Familie, eines Kindes eine Rolle spielt. Der Zugriff auf das Gesundheitswesen, das im Prinzip zur Verfügung steht, ist in sozial prekären Situationen erheblich eingeschränkt. Es wäre auch sehr wünschenswert, wenn in der gegenwärtigen Situation Flüchtlingskinder unmittelbar das bekommen könnten, was sie brauchen, und man nicht hundert Umwege gehen müsste, um eine Minimalversorgung herzustellen; eine „Gesundheitskarte“ – oder wie auch immer man das nennen möchte – wäre gerade für diese Kinder, mit denen wir wie alle Kinderkliniken in Deutschland insgesamt viel zu tun haben, von großem Vorteil. Das ist für uns ein großes Thema. Was machen wir mit ihnen? Wie weit gehen wir? Was bieten wir ihnen an? Da wäre eine klare politische Regelung wünschenswert.

Dr. Karl-Josef Eber (Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Wir haben im Bereich der Flüchtlingskinder eine ganz ausgezeichnete Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie, die man bei uns auf der Webseite nachsehen kann. Sie umfasst zwar 20 Seiten, aber sie ist so klar, dass eigentlich alle Fragestellungen zum Umgang, die für den niedergelassenen Arzt, für die Politik oder auch für den Bürgermeister des Ortes wichtig sind, letztlich beantwortet werden – seien es begleitete oder unbegleitete Flüchtlingskinder, seien sie gesund oder krank. Da gibt es genaue Richtlinien in Bezug auf Impfung und und und. In diesem Bereich, denke ich, haben wir unsere Hausaufgaben gemacht. Es ist gar keine Frage, dass zurzeit eine Belastung auf die Kinderkliniken zukommt. Sie wissen auch, dass viele Ärzte der Kinderkliniken ehrenamtlich in die Aufnahmestrukturen gehen und dort arbeiten. Der Kollege aus Passau, Herr Keller, hat mir erzählt, dass sie dadurch verhindern, dass nicht jedes Kind, das der Bundespolizei

irgendwie verdächtig vorkommt, direkt in die Kinderklinik kommt, denn Dreiviertel von ihnen brauchen keine stationäre Betreuung; meistens sind sie dehydriert, es ist ein gewisser Wasserentzug da, und sie brauchen manchmal auch nur Schlaf. Aber das kann natürlich ein Bundespolizist nicht erkennen. Ich kann auch sehr gut verstehen, dass sie da sehr vorsichtig sind, und das sollten sie natürlich auch bleiben.

Ansonsten kann ich auch nur das Problem bestätigen, dass die Problemfamilien zwar zu Beginn sehr offen für Beratung sind, aber immer wieder die Nachhaltigkeit fehlt; das heißt, sie versumpfen letztlich wieder in der Problematik, die sie vorher hatten, und gehen eventuell zur nächsten Struktur, um sich da wieder Hilfe zu holen. Und da fehlt zum Teil noch die Koordination. Das sind aber Aufgaben im kommunalen Bereich und die Frühen Hilfen, die Gesundheitsämter arbeiten gemeinsam daran. Das Problem ist letztlich erkannt; aber das ist sicherlich ein Punkt, wo sicherlich noch manches besser werden kann. Gerade bei Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Kindern, die durch Unfälle chronisch krank werden, fehlt in vielen Fällen die Betreuung des Umfeldes. Wenn Sie einen Autounfall haben, dann haben Sie jemanden, der Sie psychologisch betreut; auch in anderen Bereichen wird sehr häufig psychologisch betreut – aber eine Unterstützung für Eltern behinderter Kinder ist nirgendwo festgeschrieben. Diese müssen sich selbst krank melden, damit sie irgendeine Unterstützung bekommen. Und soweit dürfte es eigentlich nicht kommen. Den Aspekt der Familienmedizin, den wir auch gemeinsam mit den niedergelassenen Allgemeinpädiatern verfechten, müssen wir noch viel mehr ins Auge nehmen. Das Kind kann nicht isoliert betrachtet werden. Die Stimulation der Weiterentwicklung des Kindes, die Förderung des Kindes und und und, all das geht nur im Konstrukt der Familie. Es gibt mittlerweile auch Untersuchungen darüber, dass Kinder, die nach der Geburt nur mit einer Person aufwachsen, in der Kommunikation nicht so gut sind wie diejenigen, die mit zwei Personen aufwachsen, wo die Familie also noch funktioniert. Dazu gibt es auch Ansätze der Forschung. Wir brauchen diese Forschung, damit wir Eltern besser beraten können als bisher. Das Familienministerium ist da in vielem schon sehr weit, das sehen wir immer wieder; das Gesundheitswesen



ist noch nicht weit genug – das liegt auch an uns. Daher wissen wir, dass wir da noch viel zu tun haben. Das sind die Punkte auch für die Zukunft: Nicht nur eine Kindermedizin, sondern letztlich eine Familienmedizin aufbauen, in der der Gesamtkontext betrachtet wird, um die bestmögliche Förderung für alle Kinder zu erhalten.

Abg. **Eckhard Pols** (CDU/CSU): Das kann man aber auch umdrehen, wenn man sieht, welche Hilfe Kinder psychisch kranker Eltern bekommen. Das ist ein etwas vernachlässigtes oder ein noch nicht so erkanntes Feld, in dem es eine hohe Anzahl an Kindern gibt, bei denen das nicht erkannt ist – ich will das mal Dunkelziffer nennen. Woran erkenne ich es, dass ein Kind eine Krankheit hat, die auch auf den psychischen Zustand der Eltern zurückzuführen ist?

Dr. Karl-Josef Eber (Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Das ist ein wichtiger Punkt, den ich jetzt nicht genannt habe, aber Sie haben völlig recht, Herr Pols, da sind z. B. die Kinder- und Jugendärzte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen gefordert. Wenn ich sehe, dass die Entwicklung des Kindes nicht voranschreitet, wenn ich psychische Auffälligkeiten beim Kind sehe, und ich sehe daneben die Mutter, die die ganze Zeit nestelt oder erheblich an Gewicht abgenommen hat oder nicht mehr den Blickkontakt zum Arzt hat, dann muss der Kinder- und Jugendarzt sagen, dass das Problem nicht primär beim Kind, sondern bei der Mutter liegt. Genauso wie der Psychiater gefordert ist zu fragen, „Wieviel Kinder haben Sie und wie geht es diesen Kindern?“, muss der Kinder- und Jugendarzt fragen, „Das Kind ist auffällig, wie sieht es denn in der Familie aus?“ Das sind Aufgaben, die das Gesundheitswesen annehmen muss und die bisher sicherlich nicht immer optimal gelöst sind. Aber das sind sehr wichtige Dinge. Daher danke ich Ihnen, dass Sie das noch erwähnt haben.

Prof. Dr. med. Reinhard Berner (Direktor der Kinderklinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden): Ein Punkt gehört auch noch dazu, das ist die Versorgung von Neugeborenen von Schwangeren mit z. B. Crystal-Konsum, der die Kinder dem Dro-

genkonsum der Mutter aussetzt und in der Schwangerenvorsorge nicht erkannt wird. Wir haben im Moment noch keine Strukturen, wie wir diese Kinder weiterversorgen. Wir haben – und da ist auch die Politik gefragt – im Kontext der Frühgeborenenachsorge einen Antrag gestellt, damit die Anleitung und Weiterbetreuung der Eltern von Kindern, die als Frühgeborene für Wochen und Monate in Kliniken liegen, auch finanziert werden kann. Es gibt OPS-Ziffern, mit denen man eine Extravergütung beantragen kann. Die Kostenträger bzw. das Ministerium haben die Finanzierung mit der Begründung abgelehnt, dass man die Behandlung der Mutter oder des Vaters nicht über die Krankenkasse des Kindes finanzieren kann. Es geht aber um die Anleitung der Eltern für die Versorgung ihrer frühgeborenen Kinder oder anderer chronisch kranker Kinder. Das gehört zu dem Aspekt, den Sie auch angesprochen haben, nämlich dass Eltern krank sind und der sich daraus ergebenden Frage, was mit dem Kind passiert. Das ist extrem wichtig und kann im Grunde nur im Kontext der Familienmedizin richtig aufgegriffen werden.

Prof. Dr. Thilo Bertsche (Fachapotheker für Klinische Pharmazie am Pharmazeutischen Institut der Universität Leipzig): Ich würde bei all diesen Maßnahmen, die wir angehen, immer einen ganz besonderen Fokus auf die Schnittstellen der Versorgung legen. Denn wir haben in eigenen Studien gesehen, dass insbesondere Eltern in einem etwas schwierigeren sozialen Umfeld – was das auch immer genau heißen mag – im Krankenhaus durch die Pflegekräfte und die Ärzte sehr gut geschult und vorbereitet sind. Im Rahmen eines Projektes haben wir die Eltern und Kinder nach einiger Zeit zuhause in ihrem Umfeld besucht und uns angeschaut, wie bestimmte Arzneimittel, die eigentlich im Krankenhaus gut eingestellt waren und die Therapie gut angeschlagen hat, weitergeführt wurden. Dabei haben wir gesehen, dass es da sehr viele Probleme und sehr viele Defizite gibt. Daher möchte ich das, was hier schon gesagt worden ist, unterstreichen, nämlich dass wir die Eltern bzw. alle interdisziplinär einbinden müssen, um nachher mit Maßnahmen, die dazu führen, dass Kinder die richtige Therapie auch in der richtigen Weise anwenden können, erfolgreich zu sein.



Dr. Karl-Josef Eber (Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Wenn ich noch ergänzen darf. Wir haben uns natürlich auch Gedanken gemacht, wie man diese Probleme lösen kann. Und wir glauben, dass es Sinn macht, eine Art von Case-Management zu entwickeln. Das gilt zum einen für die Transition, also dieser Übergang in den Erwachsenenbereich, wo man das für kurze Zeit braucht. Das gilt zum anderen für die Situation im Bunten Kreis. Sie wissen, dass die Frühgeborenen für die Nachsorge einen speziellen Paragraphen bekommen haben, über den sie finanziert wird. Und das müsste meines Erachtens auch gelten, wenn Kinder mit Seltenen Erkrankungen diagnostiziert werden und eine Hilfe erfolgen muss oder für schwerst verunfallte Kinder und sonstige außergewöhnliche Situationen für Familien. Wo man das ansiedelt – bei der Jugendhilfe, beim Gesundheitsamt oder beim niedergelassenen Kollegen – spielt für mich keine Rolle. Die Nachsorge mit dem Bunten Kreis ist über § 43b SGB V (*sic. Richtig ist § 43 Abs. 2 SGB V*) finanziert worden. Nach meinem Wissen wurde das damals in einem „Omnibusgesetz“ gemacht, und es wäre aus unserer Sicht das Günstigste, das mit einer entsprechenden Formulierung, die wir schon vorliegen haben, als § 43c SGB V (*sic. s.o.*) nachzuziehen. Ich glaube, dass das letztlich kostengünstig ist, wenn man weiß, Herr Fegert hat das vor ein paar Tagen in einem Vortrag der CDU-Fraktion berichtet, wie teuer psychisch soziale Auffälligkeiten sind. Er hat gesagt, dass diese ungefähr das 300fache (*sic!*) dessen kosten, was das Großziehen eines normalen Kindes kostet; ein normales Kind kostet 20.000, das sozial auffällige Kind 40.000, das kriminalisierte Kind 800.000.

Wenn wir das verhindern können, indem wir z. B. für kurze Zeit solche Lotsenstrukturen schaffen – das sind vornehmlich Sozialpädagogen, das können aber auch Familienhebammen oder Kinderkrankenschwestern sein –, dann käme man sicherlich einen ganzen Schritt weiter. Wir wollen ja auch konkret sagen, wie man das ändern kann. Ich glaube nicht, dass das einen Kostenrahmen sprengen würde, soviel wird das nicht sein. Aber es wäre eine Möglichkeit, wie man dies relativ kurzfristig verändern könnte. Das gilt z. B. auch für den Bereich der Flüchtlingskinder. Denn Sie wissen, dass viele dieser alleinstehenden Flüchtlingskinder an die Hand genommen werden müssen. Wenn wir das mit den Ehrenamtlichen machen, ist das zwar in Ordnung, aber die Nachhaltigkeit ist damit eher gefährdet.

Vorsitzende: Vielen Dank für die sehr gehaltenen und spannenden Ausführungen, die Sie uns mit auf den Weg gegeben haben. Wir haben die Aufgabe, am Ende eine Stellungnahme zu machen und unsere Anregungen und Empfehlungen in den politischen Betrieb einzuspeisen. Wir stellen Ihnen diese selbstverständlich zur Verfügung. Wenn Sie weitere Anregungen oder Hinweise für uns haben, würden wir uns freuen. Ich danke Ihnen, dass Sie bei uns waren und sich die Zeit genommen haben, uns zu beraten. Damit unterbreche ich die Sitzung für fünf Minuten, damit wir uns verabschieden können und dann gehen wir in den nichtöffentlichen Teil über.

Schluss der Sitzung: 17.30 Uhr

Susann Rührich, MdB
Vorsitzende