

bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

**STELLUNGNAHME
DES BERUFSVERBANDS DER
KINDER- UND JUGENDÄRZTE
(BVKJ e.V.)**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur
Stärkung der Gesundheitsförderung und der
Prävention**

(Präventionsgesetz - PräVG) des BMG

Vorbemerkung:

I. Vorsorgeprogramm für Kinder und Jugendliche

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) begrüßt die Bemühungen der Bundesregierung, die bisherige sekundäre Prävention um Maßnahmen der primären Prävention auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu ergänzen. Wir bemühen uns seit vielen Jahren um eine zeitgemäße Anpassung des gesamten Vorsorgeprogramms für Kinder und Jugendliche an die gesellschaftliche Entwicklung und die neuen Morbiditäten. Die Anmerkungen zu Nummer 13 (§ 26) auf den Seiten 44 und 45 werden von uns sehr begrüßt und mitgetragen.

Wir haben bereits mit den im Jahr 2007 eingeführten und in zahlreichen Selektivverträgen mit regionalen und bundesweiten gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Untersuchungen U10 (7 bis 8 Jahre) und U11 (9 bis 10 Jahre) die bestehende Lücke im Grundschulalter geschlossen und mit der J2 auch ein ergänzendes Angebot für Jugendliche zwischen 16 und 18 Jahren geschaffen, da mit der Jugendarbeitsschutzuntersuchung nur eine Minderheit der Jugendlichen erreicht wird, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres mit einer betrieblichen Ausbildung beginnen.

Diese Untersuchungen haben sich bewährt und erfreuen sich, mit Ausnahme der J2, einer sehr großen Akzeptanz bei den Familien. Sie erfüllen mit ihren Inhalten bereits weitgehend die Anforderungen an primärpräventive Beratungen und werden mit standardisierten Eltern- und Patientenfragebögen hervorragend um wichtige anamnestische Fragen ergänzt.

Wir erwarten vom G-BA, dass er diese Vorarbeit und die bisherigen positiven Erfahrungen anerkennt und gemäß den auf Seiten 29 und 45 geäußerten Möglichkeiten das Vorsorgeprogramm für Kinder und Jugendliche um die drei erwähnten Untersuchungen U10, U11 und J2 erweitert. Die Erfahrungen mit diesen Untersuchungen zeigen, dass in den genannten Altersgruppen ein erheblicher Beratungs- und z.T. auch Behandlungsbedarf besteht, der ohne diese Untersuchungen nicht rechtzeitig erfasst würde.

Die im Auftrag des BMG von der Charité erstellte wissenschaftliche Expertise vom Dezember 2009, die die Einführung einer zusätzlichen U-Untersuchung für Kinder im Alter von neun Jahren (s. auch Hinweis auf S.45 des Referentenentwurfs) empfiehlt, ist inzwischen überholt und kann zu aktuellen Entscheidungen nicht mehr herangezogen werden.

Da die Mehrheit der gesetzlichen Krankenkassen, wie auch auf S. 28 ausgeführt, die Untersuchungen U10, U11 und J2 bereits im Rahmen von Selektivverträgen finanziert, entstehen Zusatzkosten nur für die Kassen, die den bei ihnen versicherten Kindern und Jugendlichen diese Untersuchungen bisher vorenthalten haben. Diese „neuen“ Untersuchungen und die um primärpräventive Beratung und an die neuen Morbiditäten angepassten Inhalte ergänzten „alten“ Untersuchungen müssen natürlich gemäß dem betriebswirtschaftlich

berechneten Aufwand angemessen vergütet werden. Eine weitgehend kostenneutrale Umsetzung ist ganz sicher nicht möglich.

Die Politik sollte darauf hinwirken, dass allen Kindern und Jugendlichen Zugang zu einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention gewährt wird. Hilfreich bei der Akzeptanz des Vorsorgeprogramms für Kinder und Jugendliche ist nach bisheriger Erfahrung ein staatliches Einladungssystem, das in Deutschland leider noch sehr heterogen und damit unterschiedlich erfolgreich durchgeführt wird. Hier sehen wir die Notwendigkeit einer einheitlichen Strategie bis ins Jugendalter.

Unsere Erfahrungen mit Bonusanreizen der Krankenkassen, die im Wert oft höher sind als die Vergütung der Früherkennungsuntersuchungen selbst, wie auf Seiten 14 und 46 (Nr. 14, § 65a) ausgeführt, zeigt, dass die Bonusangebote bildungsferne und Familien mit Migrationshintergrund nicht erreichen und somit auch nicht motivieren, sich an Präventionsmaßnahmen zu beteiligen.

Der BVKJ erwartet aber, dass der geänderte § 26 SGB V so schnell wie möglich und nicht erst zusammen mit den übrigen Bestimmungen des Gesetzes zum 01.01.2016 in Kraft tritt. Die notwendigen Vorarbeiten hat der BVKJ geleistet, es liegt ein komplett überarbeitetes und in der praktischen Anwendung bereits erprobtes Untersuchungsheft für alle Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche von der U1 bis zur J2 vor, der G-BA braucht also keine Zeit mehr mit weiteren Analysen zu vergeuden.

Der BVKJ ist bereit, diese Untersuchungen gemäß der Anmerkung 5 auf S. 24 zu evaluieren und hat entsprechende Vorarbeiten abgeschlossen. Es fehlt allein die Finanzierung.

In dem Entwurf wird behauptet, dass „Präventionsorientierte Informationen und Hinweise bereits regelmäßiger Bestandteil der ärztlichen Behandlung und Beratung auch der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen“ seien. Bisher ist das allerdings nur in sehr geringem Ausmaß der Fall. In den derzeit gültigen Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres steht dazu: Bei der U3: „Ernährungshinweise im Hinblick auf Mundgesundheit“. Bei der U5: „Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung“. Bei der U6: „Hinweise zur Zahnpflege“. Das ist alles und viel zu wenig. Die derzeit gültigen Kinderrichtlinien beinhalten keine Verpflichtung der Arztpraxen, gesetzlich krankenversicherte Patienten auf besondere Präventions- und Marketingangebote ihrer Kasse hinzuweisen. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte betreiben kein Marketing für einzelne Krankenkassen, sie haben auch keinerlei Überblick darüber, welche Angebote die einzelnen Kassen ihren Versicherten machen. Das ist allein Aufgabe der Kassen.

Auch wenn gemäß § 73 SGB V:

„4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“

Zitat Ende

Bestandteil hausärztlicher Tätigkeit ist, so liegen zum einen den Praxen die notwendigen Informationen der regionalen nichtärztliche Hilfen und flankierender Dienste nicht vor und zum anderen ist diese Beratungstätigkeit, wie an anderer Stelle dieser Stellungnahme ausgeführt, so zeitaufwändig, dass sie durch das kurative Regelleistungsvolumen nicht abgedeckt ist. In § 73 SGB V geht es in erster Linie um kurative Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgungsebene, nicht um primärpräventive Tätigkeit. Präventive Maßnahmen sind nach der Systematik des EBM grundsätzlich gesondert und extrabudgetär zu vergüten.

II. Impfungen als beste primäre Prävention

Im Begründungsteil des Gesetzentwurfs ist immer wieder von einer nationalen Präventionsstrategie die Rede aber es findet sich nirgendwo ein Konzept zur Steigerung der Durchimpfungsraten auf 95 % der Bevölkerung, um durch Impfung zu verhindernde Erkrankungen in Deutschland auszurotten.

Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Sie sind evaluiert und wissenschaftlicher Standard. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich; bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen werden nur in ganz seltenen Fällen beobachtet und stehen in einem extrem positiven Verhältnis zu den möglichen Komplikationen, die bei den Erkrankungen auftreten können, gegen die wir in Deutschland impfen. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten.

Schutzimpfungen sind nicht ausschließlich eine private, individualmedizinische Maßnahme: Der Staat hat die Ausgestaltung einzelner Aspekte zu Schutzimpfungen dezidiert zur eigenen (öffentlichen) Aufgabe erklärt (§ 20 Abs. 1fSG).

Auch Kinder, die aus medizinischen Gründen vor allem mit den üblichen Lebendimpfstoffen (z.B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken) nicht geimpft werden können (z.B. Säuglinge in den ersten 10 Lebensmonaten, Kinder mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten, Kinder unter immunsuppressiver Behandlung) haben ein Recht auf den Besuch von überwiegend staatlich finanzierten Gemeinschaftseinrichtungen. Daher muss sichergestellt werden, dass alle Kinder in diesen Einrichtungen, bei denen keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen, vollständig entsprechend den aktuellen Impfempfehlungen geimpft sind (Herdenimmunität).

Von einer nationalen Präventionsstrategie kann daher nur dann die Rede sein, wenn sie auch eine wirksame Impfstrategie enthält und nationale Impfziele definiert.

Nachfolgend unsere Anmerkungen zum vorliegenden Referentenentwurf des BMG:

Ad § 20(3), Punkt 4, S. 7

Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung fördern

Kinder- und Jugendärzte erreichen im 1. Lebensjahr über 95 % aller Kinder, eben auch Kinder aus bildungsfernen und sozial schwachen Familien. Sie genießen das Vertrauen der Familien und werden, im Gegensatz zur Kinder- und Jugendhilfe, von den Eltern nicht als Gefahr sondern als Ratgeber und Helfer gesehen. Dieses Potential muss genutzt werden. Die Halbzeitkonferenz der Frühen Hilfen, die ja einen ganz wesentlichen Anteil des Präventionsangebots in den ersten Lebensjahren ausmachen, hat am 13. November in Berlin gezeigt, dass aufgrund der Versäulung der Sozialsysteme die Verbindung zwischen SGB V und SGB VIII noch sehr zu wünschen übrig lässt und das große Potential gerade der Kinder- und Jugendmedizin nicht optimal genutzt wird.

Die Netzwerke der Frühen Hilfen, aber auch die Netzwerke zur Verhinderung von Kindesmisshandlung und -missbrauch nach dem Bundeskinderschutzgesetz sind ganz wesentlich auf eine enge Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendmedizin in Praxis, ÖGD und Klinik angewiesen, um erfolgreich arbeiten zu können. Dazu bedarf es aber auch einer entsprechenden Finanzierung. Ohne Finanzierung, das hat die Halbzeitkonferenz der Frühen Hilfen ganz deutlich aufgezeigt, ist eine erfolgreiche Zusammenarbeit nicht möglich.

Zudem müssen Gelder auch in die Bereiche fließen, in denen sich Kinder und Jugendliche den größten Teil ihrer Wachphasen bei der heutigen Ganztagsbetreuung aufhalten – Kindertageseinrichtungen und Schulen. Hier sind Milliarden erforderlich, wenn wir die frühkindliche Bildung fördern, die Familien einbeziehen und allen Kindern optimale Lebenschancen im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention garantieren wollen.

Ad § 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Hier unterstützen wir ausdrücklich den Hinweis unter (3) auf die Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in Schulen. Wir weisen aber darauf hin, dass zu einer gesundheitsorientierten Ausstattung dieser Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen ganz erhebliche Aufwendungen erforderlich sind. Hier fehlt es heute in der großen Mehrzahl der Einrichtungen sowohl an qualifiziertem Personal als auch an den räumlichen Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen mit entsprechender Bewegungsförderung, Sprachförderung, Förderung der Kognition und kindgerechtem Mobiliar. Auch das Essensangebot in diesen Einrichtungen entspricht vielfach nicht den Anforderungen an eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung. Auch müssen die Eltern im Sinne

von Familienzentren einbezogen werden. Insbesondere im wichtigen vorschulischen Bereich müssen Defizite in der pädagogischen Förderung der Kinder durch bildungsferne und sozial schwache Familien ausgeglichen und die Kinder entsprechend gefördert werden. Nur so ist ein gesundes Aufwachsen möglich. Leider konzentrieren sich die Qualitätsindikatoren für Kindertageseinrichtungen bislang eher an ablaufbezogener Qualität als am pädagogischen Ergebnis. Hier gilt es nachzubessern.

Auch die negativen Umwelteinflüsse durch Lärm, Schadstoffe in Kinderkleidung, in Kinderspielzeug, Luftverschmutzung usw., auf die der BVKJ in seinem Jahresschwerpunkt 2014 „Gesunde Umwelt – ein Grundrecht für Kinder und Jugendliche“ (ISBN 978-3-9816001-2-4) hingewiesen hat, müssen politisch angefasst und beseitigt werden.

Die in den von uns entwickelten „neuen“ Vorsorgeuntersuchungen (von der U2 bis zur J2) und auch im Gesetzentwurf enthaltenen Kernbotschaften sollten wie in den Vorsorgeuntersuchungen altersspezifisch auch in den Tageseinrichtungen für Kinder, in Schulen, zertifizierten Sportvereinen usw. mit identischem Inhalt verbreitet werden, so wie es das Netzwerk Junge Familie bereits im Rahmen der Ernährungsempfehlung macht.

Ebenso sollten Krankenkassen und die BZgA diese Kernbotschaften gezielt aufgreifen und über ihre Medien verbreiten.

Damit würde ein beispielloser Synergieeffekt in den Präventionsstrategien der unterschiedlichen Lebenswelten erzielt.

Ad § 20e Nationale Präventionskonferenz

Der BVKJ als Verband, dessen Mitglieder ca. 90 % aller Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern durchführen, beantragt, in der Nationalen Präventionskonferenz bzw. im Präventionsforum eingebunden zu werden. Ein solches Gremium benötigt auch ärztlichen Sachverstand.

Ad § 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Die in (2) Punkt 5 erwähnte Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst halten wir für ganz besonders wichtig und fordern die zuständigen Behörden auf, hier kein Personal mehr abzubauen, sondern den ÖGD zu stärken und attraktiver zu gestalten. Im Sinne der Empfehlungen des 13. KJB der Bundesregierung von 2009 muss die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe wesentlich verbessert werden.

Ad § 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Die umfassende Änderung des § 26 wird von uns ausdrücklich begrüßt. Unsere

präventionsorientierte Beratung kann aber nur dann wirksam sein, wenn es regional genügend und qualitativ hochwertige Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder gibt. Hier sind die Kommunen und Kreise in der Pflicht. Vielfach erfassen wir bei unseren Untersuchungen pädagogische Defizite, die entsprechender Angebote vor Ort bedürfen. Auch muss sichergestellt sein, dass die Akteure der Kinder- und Jugendmedizin die unterstützenden Angebote für Kinder und Familien vor Ort aktuell kennen und Ansprechpartner leicht erreichen können. Wir sehen als erste die Defizite und können den Unterstützungsbedarf einschätzen.

Auch die in Form einer (gesondert zu vergütenden) ärztlichen Bescheinigung eingeleitete Präventionsempfehlung bedarf einer entsprechenden Infrastruktur, die nicht allein von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden kann. Es sollte aber nicht vergessen werden, dass gerade Kinder- und Jugendärzte, die ja bei den Familien großes Vertrauen genießen, mit ihrer Fachkompetenz sehr wohl in der Lage sind, selbst Präventionsangebote zu machen und zu begleiten. Bundesweit gibt es in pädiatrischen Praxen bereits ca. 800 bestens geschulte Präventionsassistentinnen, die Eltern und Kinder niedrig schwellig schulen können. Allerdings fehlt bisher eine Vergütung dieser wichtigen Tätigkeit.

Die Präventionsempfehlung sollte aber nicht nur an die Krankenkassen gehen, es ist, auch das hat die Halbzeitkonferenz der Frühen Hilfen gezeigt, ganz besonders wichtig, dass die kinder- und jugendärztlichen Praxen so etwas wie eine Überweisung an die Strukturen der Frühen Hilfen ausstellen können, eine Empfehlung allein ist hier in vielen Fällen nicht ausreichend. Daher bedarf es entsprechender Regelungen im SGB V und SGB VIII.

Der BVKJ fordert zur Finanzierung dieser oft zeitaufwändigen Koordinierungstätigkeit in den Praxen eine Sozialpädiatriepauschale analog der Sozialpsychiatriepauschale bei den Kinder- und Jugendpsychiatern, denn die Einleitung der entsprechenden Hilfsmassnahmen ist gerade bei bildungsfernen und sozial schwachen Familien, die ja den Großteil der Hilfsbedürftigen ausmachen, kostet in den Praxen ganz erhebliche personelle und zeitliche Ressourcen. Hier kommen unsere Präventionsassistentinnen zum Einsatz, denkbar sind aber auch in den Praxen mitarbeitende Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Das ist die Zukunft in gut vernetzten Präventionssystemen. Ohne eine bestens akzeptierte und gut aufgestellte Kinder- und Jugendmedizin und einen überall eingebundenen ÖGD kann ein solches Präventionsangebot nicht erfolgreich sein.

Der Zeitaufwand in der Praxis für die neuen Vorsorgeuntersuchungen ist für das gesamte Praxisteam mit den entsprechenden Beratungsleistungen allerdings hoch und liegt zwischen 30 und 60 Minuten, je nach Mitarbeit der Kinder und der Beratungsintensität der Eltern.

Die Untersuchungen J1 und J2 für Jugendliche werden noch zu wenig in Anspruch genommen. Hier sind Krankenkassen und auch die staatlichen Behörden in der Pflicht, durch entsprechende Einladungssysteme auf diese wichtigen Präventionsangebote aufmerksam zu machen, um die teuren Volkskrankheiten wie Fehlernährung, Auswirkungen von Bewegungsmangel,

Medienmissbrauch, Konsum von legalen und illegalen Drogen, psychische Erkrankungen usw. frühzeitig ansprechen und Gegenmaßnahmen einleiten zu können. Dass dies möglich ist, haben wir in den letzten fünf Jahren gesehen.

Weitere Anmerkungen:

Bei der Prävention in Gruppensettings in Kitas und Schulen sollte kinder- und jugendärztlicher Sachverstand einbezogen werden. Prävention in Kitas und Schulen ist eine Aufgabe vieler Professionen. Die Ergebnisse zu "Gesunde Schule", OPUS Schule oder Kita, vielen anderen Projekten wie 9 + 12 in Baden-Württemberg und im Netzwerk Junge Familie des BMEL haben gezeigt, dass interdisziplinäre Arbeit unter Einschluss von ärztlichem Sachverstand dringend notwendig ist. (s. auch: Handbuch "Arzt und Schule" des BVKJ)