



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

**ZIELSETZUNGEN,  
FORDERUNGEN UND  
STELLUNGNAHMEN  
DES**

**BERUFSVERBANDS DER  
KINDER- UND JUGENDÄRZTE**

**ZUR GESUNDHEITS- UND  
SOZIALPOLITIK**

---

**Geschäftsstellen:** Mielenforster Str. 2, **51069 Köln**, Fon: 0221/68909-0, Fax: 0221/683204  
Chausseestr. 128/129, **10117 Berlin**,  
**Präsident Dr. Hartmann privat:**  
Im Wenigen Bruch 5, **57223 Kreuztal**, Tel.: 02732/762900, Fax: 02732/86685  
***dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de***  
***www.kinderaerzte-im-netz.de***

## Wünsche an die Politik

### 1. GKV:

- **Beibehaltung der beitragsfreien Mitversicherung** von Kindern und Jugendlichen in der GKV sowie keine Zuzahlungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- ein **nationales Impfkonzept** mit dem Nachweis vollständiger Impfungen gemäß den aktuellen Empfehlungen der STIKO vor Aufnahme in vorwiegend öffentlich finanzierte Gemeinschaftseinrichtungen
- **Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und primären Prävention für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** durch entsprechende Änderung im SGB V (§ 26), mindestens aber das gleiche Recht für GKV-Versicherte wie für Privatversicherte (jährliche Früherkennungsuntersuchungen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr)
- **Übernahme der Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (OTC-Präparate)** mit nachgewiesener Wirksamkeit bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durch entsprechende Änderung im SGB V (§ 34)
- **Sicherung der haus- und fachärztlichen Versorgung** von Kindern und Jugendlichen durch entsprechend **weitergebildete Kinder- und Jugendärzte** im ambulanten Versorgungsbereich und Erhalt einer qualifizierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch **Sicherung von Kinderkliniken und eigenständigen Kinderabteilungen**, sowie **Förderung der Weiterbildung** in Klinik, Praxis und ÖGD (durch entsprechende Förderung wie bei der Allgemeinmedizin)
- **Bedarfsplanung für die fachärztliche Kinder- und Jugendmedizin**, die durch die neue Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer jetzt endlich anerkannt ist, aber aufgrund von Blockadehaltung der Krankenkassen in der Selbstverwaltung an ihrer Arbeitsfähigkeit gehindert wird
- **Abschaffung** der unterschiedlichen **Kopfpauschalen in der GKV, einheitliches Vergütungssystem in €** und Beanstandung des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 19.10.2007 durch das BMG, weil die Besonderheiten der haus- und der fachärztlichen Kinder- und Jugendmedizin wiederum nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt wurden, was zu Versorgungsengpässen, insbesondere bei der Versorgung von Kindern mit chronischen und/oder seltenen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen führen kann
- **keine Bonus-/Malusregelung** bei der Arzneimittelversorgung.

- **Abschaffung** unsinniger Budgetregelungen bei **Heilmitteln**
- **Reduzierung** des unsinnigen **Bürokratismus** mit immer neuen **DMP, Einzelverträgen** mit kleinsten Krankenkassen, **Vorschriften für die Praxen**, die kaum noch Zeit für eine patientengerechte Versorgung lassen
- **Erhalt** einheitlicher **KVen** und **keine Zersplitterung in Haus- und Facharzt-KV**
- **Übernahme der Kosten** für die Einführung der **e-card** durch die **Krankenkassen**

## 2. Sozial- und Familienpolitik:

- **Weiterer Ausbau einer qualifizierten Ganztagsbetreuung** im vorschulischen und schulischen Bereich, insbesondere in Wohnbezirken mit besonderem Bedarf an sozialkompensatorischen Maßnahmen und Unterstützung erziehungsinkompetenter Familien
- **Ausreichende Kinderbetreuungsangebote auch vor dem vollendeten 3.. Lebensjahr** (die aber in ihrer Qualität regelmäßig überprüft werden müssen)
- enge **interdisziplinäre Netzwerke** zur Früherkennung und Vermeidung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, wobei **verpflichtende Früherkennungsuntersuchungen** und ein Ausbau sowie eine inhaltliche Neugestaltung des bestehenden Früherkennungsprogramms ein Teil dieses Präventionsnetzes sind (keine Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte zur Meldung der Teilnahme an diesen Untersuchungen)
- Wirksame **Bekämpfung von legalen und illegalen Drogen** in allen öffentlichen Bereichen (z..B. Verbot von Alkoholkonsum in den Schulen und Kindergärten, keine Tolerierung von Cannabis, intensivierete Aufklärungsmaßnahmen usw.)
- **Umsetzung der Resolution** aller Parteien im Deutschen Bundestag **vom 25.06.2002**, in der gefordert wird, die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu sichern und zu verbessern
- **Verbot** von höchst unfallträchtigen **Lauflehnhilfen** für Kleinstkinder
- **Wirksamer Schutz** von Kindern vor den **negativen Einflüssen übermäßigen Fernseh- und Medienkonsums** (Stichwort: Fernsehprogramm für Zuschauer von 0- 2 Jahren)

## 3. Allgemeine Gesundheitspolitik:

- **Wahlfreiheit der Versicherungsart (GKV – PKV)** auch bei einer steuerfinanzierten Versicherung von Kindern und Jugendlichen

- **Beibehaltung und Stärkung des jugendmedizinischen Dienstes im ÖGD** (Reihenuntersuchungen, aufsuchende Gesundheitsfürsorge, gesundheitliche Beratung und Betreuung von Kindertageseinrichtungen und Schulen)
- Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen im neu zu gestaltenden **Präventionsgesetz**, dabei insbesondere Unterstützung zielgruppenspezifischer Präventionsansätze (bei Kindern und Familien in relativer Armut und Migranten)
- **Wirksame Präventionskonzepte zur Vermeidung der Adipositas** mit all ihren schwerwiegenden Folgen durch Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung im Alltag der Kinder und Jugendlichen
- **Anpassung der GOÄ** an die medizinische Entwicklung

## **Stellungnahme zur gesundheitspolitischen Situation**

Die Reform des Gesundheitswesens in Deutschland gehört zu den wichtigsten Aufgaben der großen Koalition.

Die Probleme der Krankenhäuser und der unzumutbaren Belastung der Krankenhausärzte sind inzwischen öffentlich bekannt und weitgehend verstanden worden. Die Probleme der ambulanten ärztlichen Versorgung und die für viele nicht mehr nachvollziehbare Finanzierung dieses Versorgungssektors, der die Hauptlast der Versorgung der Menschen in Deutschland trägt, werden immer wieder verdrängt oder in ihrer Bedeutung unterschätzt.

Ändert sich hier im Jahr 2006 nichts Wesentliches, wird die hoch qualifizierte und in Europa einmalige ambulante haus- und fachärztliche Medizin in Deutschland zusammenbrechen. Der Sicherstellungsauftrag, den die Politik der Selbstverwaltung übertragen hat, ist bereits heute nicht mehr zu gewährleisten. Die Mehrklassenmedizin gibt es in Deutschland schon lange.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind frustriert und vielfach demotiviert. Die Rahmenbedingungen haben sich durch eine indiskutable Zunahme von Bürokratie und Gängelungen dermaßen verschlechtert, dass zahlreiche Ärzte ins Ausland abwandern oder sich andere Tätigkeitsfelder suchen. Nicht nur in den neuen Bundesländern ist es bereits zu Versorgungsengpässen gekommen, auch in den alten Bundesländern wird eine flächendeckende ambulante Versorgung innerhalb der nächsten 5 Jahre schon nicht mehr zu gewährleisten sein.

Deshalb muss die Bundesregierung rasch und nachhaltig handeln.

Ärztliche Leistungen müssen bundesweit gleich und in Euro bezahlt werden. Eine Bezahlung in Punkten mit floatenden Punktwerten, die teilweise weit unter der betriebswirtschaftlich berechneten und von den Krankenkassen mitgetragenen Punktwertgrenze von 5,11 Cent liegen, ist nicht mehr haltbar. Das Erkrankungsrisiko der Bevölkerung haben die Krankenkassen zu tragen, nicht die Vertragsärzte. Die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten, von Bundesland zu Bundesland und Kasse zu Kasse unterschiedlich hohen Kopfpauschalen (nur für die Beitragszahler, nicht für alle mitversicherten Personen!) müssen abgeschafft werden. Dies duldet keinen Aufschub bis zum Jahr 2009. Der jetzt vom erweiterten Bewertungsausschuss beschlossene erweiterte Bewertungsmaßstab zum 01.01.2008 ist völlig unzureichend und wird der angespannten Versorgungssituation gerade im hausärztlichen Versorgungsbereich auch nicht annähernd gerecht.

Die Kassen müssen für alle versicherten Personen bundesweit den gleichen Betrag zur Verteilung auszahlen oder zur korrekten Kostenerstattung übergehen. Dies wäre transparent und entspräche den Vergütungen für alle anderen Dienstleistungen. Es geht nicht an, dass Kassen im Rahmen von Bonusregelungen oder Werbemaßnahmen an Versicherte Prämien auszahlen, die höher sind als die Vergütung der Ärzte für Ihre Leistungen.

Durch den von Hartz IV verursachten Statuswechsel von 60.000 betroffenen Menschen z.B. in Westfalen-Lippe, für die die Kassen keine Beiträge erhalten, die aber ärztlich versorgt werden müssen, gehen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Westfalen-Lippe z.B. jährlich rund 25 Millionen Euro Honorar verloren. Hochgerechnet auf die gesamte Bundesrepublik handelt es sich um einen Betrag von mehreren hundert Millionen Euro. Auch der Wechsel der Patienten von teureren Kassen zu

preisgünstigeren Kassen entzieht allein dem ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich in jedem Jahr Millionen Euro, da diese Kassen niedrigere Kopfpauschalen für die gleiche Leistung zahlen. Von den Vertragsärzten wird aber sogar eine höhere Leistungserbringung bei steigender Morbidität und umfassenden Innovationen in der Medizin erwartet.

Im Gegensatz zu den niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten erhalten alle anderen Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen (Apotheker, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Anbieter von Hilfsmitteln usw.) feste Euro-Beträge für ihre Leistungen, wenn auch teilweise mit von den Kassen erzwungenen Rabatten. Ein Arzneimittel kostet in Bayern das Gleiche wie in Mecklenburg-Vorpommern, der Arzt in Mecklenburg-Vorpommern erhält für die gleiche Leistung wie der Arzt in Bayern eine um ca. 30% niedrigere Vergütung, wobei auch diese Vergütung teilweise nicht kostendeckend ist..

Für Überschreitungen der überholten und nicht das tatsächliche Krankheitsgeschehen widerspiegelnde Budgetgrenzen für Arzneimittel und Heilmittel (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) werden die verordnenden Vertragsärztinnen und –ärzte mit Prüfbescheiden überzogen oder sogar in Regress genommen. Auch dies trifft keine andere Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Dies hat der Gesetzgeber zu verantworten.

Zudem subventionieren die Ärzte seit Seehofers Zeiten die GKV jährlich mit ca. 10 Millionen €, da die für die ambulante Versorgung von den Kassen zur Verfügung gestellten Mittel den Bedarf der Patienten auch nicht annähernd decken. Jeder Vertragsarzt erbringt in jedem Quartal 20 bis 30 % an nicht vergüteten Leistungen. Das Institut für Gesundheitsforschung in Kiel unter Prof. Dr. Beske hat ausgerechnet, dass der ambulante ärztliche Versorgungssektor mit ca. 7,6 Milliarden Euro im Jahr unterfinanziert ist.

Unter den Vertragsärzten herrscht ein hohes Maß an Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation. Wenn die Politik das Gesundheitssystem nicht rasch und überzeugend reformiert, wird es wahrscheinlich zu Aktionen kommen, die die flächendeckende Versorgung der Patienten möglicherweise nicht mehr gewährleisten.

Das Herunterbrechen der privatärztlichen Honorare auf das unsichere und nicht kostendeckende Niveau der gesetzlichen Krankenkassen löst zwar Kostenprobleme der Beihilfe für Beamte und entlastet so die öffentlichen Haushalte, entzieht aber dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich Mittel, die derzeit dazu beitragen, das Gesundheitssystem noch einigermaßen am Leben zu erhalten. Ein solches System ist nur dann akzeptabel, wenn in allen Bereichen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge kostendeckende Honorare gezahlt werden und den Patienten erlaubt wird, sich für über die medizinische Grundversorgung hinausgehende Leistungen sowohl im ambulanten wie im stationären Versorgungsbereich freiwillig zusätzlich zu versichern.

Es ist Aufgabe der Politik, eine nachhaltige Lösung für dieses Problem zu finden, denn wir alle wollen doch eine auf hohem Niveau stehende bestmögliche ambulante und stationäre Versorgung für alle Menschen, unabhängig von ihren wirtschaftlichen Verhältnissen und vom Alter. Die Koppelung von Krankenkassenbeiträgen an eine versicherungspflichtige Tätigkeit ist seit Jahren überholt.

In der UN-Kinderrechtskonvention von 1992 heißt es u.a.:

#### **Artikel 24 [Gesundheitsvorsorge]**

- a. *Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das **erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an** sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.*

- b. Die Vertragsstaaten bemühen sich, die volle Verwirklichung dieses Rechts sicherzustellen, und treffen insbesondere geeignete Maßnahmen, um
  - a. die Säuglings- und Kindersterblichkeit zu verringern;*
  - b. sicherzustellen, dass alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge erhalten, wobei besonderer Nachdruck auf den Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung gelegt wird;*
  - .....**
- c. die Gesundheitsvorsorge, die Elternberatung sowie die Aufklärung und die Dienste auf dem Gebiet der Familienplanung auszubauen. ....*

Hier bleibt in Deutschland leider noch Einiges zu tun.

## Heilmittelproblematik in der GKV

### 1. Situation

Nach Meinung der pädiatrischen Entwicklungsexperten benötigen etwa 5 - 8 % der Kinder eines Jahrgangs die Verordnung eines Heilmittels aus medizinischer Indikation.

Kinder weisen besonders im Vorschulalter in zunehmendem Maße Defizite im Bereich von Motorik, Sprache und Sozialverhalten auf. Der Mehrzahl dieser Defizite beruht auf unzureichender Förderung und Anregung in der familiären Umgebung der Kinder. Eltern beschäftigen sich immer weniger mit ihren Kindern, „parken“ sie vor dem Fernseher oder Computer, die Wohnumgebung entspricht in vielen Fällen nicht den Bedürfnissen von Kindern (gefahrfreie Spielplatzangebote, kindgerechte Wohnungen, verkehrsberuhigte Zonen, tolerante Erwachsene). Soziale Armut durch Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund, Trennungssituationen sowie Alkohol- und anderer Suchtmittelgebrauch in der Familie verstärken die Problematik.

Die Politik hat ihre Hausaufgaben nicht gemacht. Die Frühförderverordnung ist nicht umgesetzt, Kinderbetreuungseinrichtungen und Grundschulen sind personell unzureichend besetzt, die Qualifikation der Erzieherinnen entspricht in der Regel nicht dem Bildungs- und Förderauftrag der Kindergärten.

Das führt immer häufiger dazu, dass überforderte Erzieherinnen und Lehrer Empfehlungen zur Förderung der Kinder mittels Heilmittel zu Lasten der GKV geben. Kinder- und Jugendärzte, die sich dem Wohl der Kinder verpflichtet fühlen, werden massiv von allen Seiten unter Druck gesetzt, um entsprechende Verordnungen zu Lasten der GKV zu tätigen.

Hinzu kommt, dass die Zahl der Heilmittelerbringer in den letzten Jahren unverhältnismäßig stark zugenommen hat, es keinerlei Bedarfsanalysen gibt und Krankenkassen und Politik nicht eingreifen. Es gibt keinerlei Qualitätskontrolle durch die Kostenträger, das Angebot ist auch für Vertragsärzte völlig unübersichtlich und wenig transparent. Wir wissen, dass ein vermehrtes Angebot auch eine vermehrte Nachfrage zur Folge hat. Manche Heilmittelerbringer rekrutieren ihre Patienten direkt in Kindergärten und Schulen auf Elternabenden und lösen so in zahlreichen Fällen ungerechtfertigte Verordnungswünsche von Eltern aus, die hoffen, Probleme mit ihren Kindern ohne eigenes Engagement elegant lösen zu können. Niemanden interessiert, ob solche Wünsche dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit entsprechen bzw. ausreichend sind.

Hier handelt es sich aber im Wesentlichen um pädagogische Defizite, deren sich die Gesamtgesellschaft annehmen muss, diese Probleme können nicht medikalisiert werden.

Die Wirksamkeit der Heilmittel ist in vielen Fällen nicht ausreichend belegt. Für den verordnenden Vertragsarzt gibt es kaum handfeste Kriterien, anhand derer er die



Indikation für die Verordnung eines Heilmittels, insbesondere bei der Ergotherapie, stellen kann.

Gemäß § 106 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen der Vertragsärzte anhand von Richtgrößen oder Fachgruppendurchschnitten zu überprüfen. Da der Vertragsarzt in der Regel die Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Heilmittelerbringer und den regionalen Krankenkassen nicht kennt, hat er keine Möglichkeit, zu überprüfen, ob er sich mit seinen Verordnungen im Rahmen der Richtgrößen bzw. des Fachgruppendurchschnitts bewegt oder nicht. Die Krankenkassen sind in der Vergangenheit ihrer Verpflichtung nicht nachgekommen, die KVen über die mit den Heilmittelerbringern vereinbarten Honorare regelmäßig zu informieren. Somit sind die Vertragsärzte nicht in der Lage, einen genauen Überblick über die von ihnen verursachten Heilmittelkosten zu haben. Beratungen vor Prüfanträgen durch die Krankenkassen finden nicht statt, die Vertragsärzte werden in diesem Jahr mit Prüfanträgen aus den Jahren 2002 und 2003 konfrontiert und haben keinerlei Möglichkeit, adäquat zu reagieren. In den meisten KVen gab es für die jetzt geprüften Jahre keine Heilmittelrichtgrößen. Ähnliche Anträge werden für die Jahre 2004 und 2005 folgen. Es handelt sich in zahlreichen Fällen um fünfstelligen Summen, die eine Praxis in den Ruin treiben. Dadurch werden Vertragsärzte in zunehmendem Maße verunsichert..

Kinder- und Jugendärzte klagen auch immer wieder darüber, dass die Heilmittelerbringer keine Gruppentherapien anbieten, die in einigen Fällen ausreichend wären, ebenso werden nicht in allen Fällen die Eltern bzw. Bezugspersonen in die Therapie einbezogen, obwohl dies bei Kindern medizinisch indiziert ist. Dies ist ganz besonders ein Problem bei der Heilmittelerbringung in betreuenden Einrichtungen (Sonderschulen, Sonderkindergärten).

Die Verbände der Heilmittelerbringer klagen über massive Verordnungsrückgänge und sehen sich in ihrer Existenz gefährdet.

Nach den Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinien (HMR) können sie zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind

- eine Krankheit zu heilen,
- ihre Verschlimmerung zu verhüten
- Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken
- oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Eine solche Formulierung ist nicht geeignet, in der vertragsärztliche Praxis klare Indikationen zur Verordnung von Heilmittel zu stellen.

Wie in den HMR festgelegt ist, „hat der Vertragsarzt vor jeder Verordnung von Heilmitteln zu prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch durch eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten (z. B.. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms, durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung), unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.“ Hier sind also die Eltern/Bezugspersonen gefordert, ihrer Erziehungsverantwortung auch gerecht zu werden.

## 2. Forderungen des BVKJ

Der BVKJ fordert Politik, Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, eindeutig zu definieren, wann ein Patient Anspruch auf die Verordnung von Heilmitteln zu Lasten der GKV hat und die Grenze zur pädagogischen Förderung klar zu ziehen. Die HMR sind entsprechend umzuformulieren und zu präzisieren.

Die Rechtsunsicherheit muss beseitigt werden. Die Kosten für die Erbringung von Heilmitteln müssen dem Vertragsarzt analog den Preisen für Arzneimittel vor Verordnung bekannt sein. Vor einem Prüfantrag sollen entsprechend den Bestimmungen in § 106 SGB V „gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen.“. Dagegen wird derzeit flächendeckend verstoßen.

Bis es hier keine unmissverständliche Regelung gibt, kann es keine Prüfanträge und Regresse durch die GKV bei der Verordnung von Heilmitteln geben!

Ein kompletter Verordnungsboykott ist keine adäquate Lösung und bringt verunsicherte Eltern gegen die Vertragsärzte auf!

Die Frühförderverordnung muss bundesweit umgesetzt, heilpädagogische und sprachheilpädagogische Angebote müssen flächendeckend angeboten werden. Vorhandene Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten sollten mit ihren Kenntnissen unterstützend in Kindergärten und Grundschulen zu Lasten des Steuerzahlers eingesetzt werden, um zu helfen, pädagogische Defizite frühzeitig zu erkennen und durch gezielte Förderung unter Einbeziehung von Erzieherinnen, Lehrern und Eltern zu beseitigen. Dies ist keine Aufgabe der GKV.

Die Zulassung von Heilmittelerbringern muss wie die Zulassung von anderen Leistungserbringern im GKV-System am Bedarf orientiert werden. Die Krankenkassen müssen die Qualität der Leistungserbringer überprüfen und den Ärzten entsprechende Informationen übermitteln, an Hand derer sie sich orientieren können. Die Zahl der Heilmittelverordnungen bei Kindern hat sich trotz drastisch zurückgehenden Geburtenzahlen vervielfacht. Eine medizinische Begründung gibt es für diese Steigerungsraten nicht.

Die Langzeittherapie mit Heilmitteln in betreuenden Sondereinrichtungen (Sonderkindergärten, Sonderschulen) für Kinder mit Behinderung muss wieder zum Angebot dieser Einrichtungen gehören und kann nicht über die GKV finanziert werden. Eine korrekte Erbringung von Heilmitteln bei Kindern ist in diesen Einrichtungen nicht gewährleistet, da die Eltern/Bezugspersonen in den meisten Fällen nicht in die Therapie einbezogen und für häusliche Übungen angeleitet werden. Zudem findet während der Schulferien keinerlei Therapie statt. Therapieerfolge sind in aller Regel nicht zu belegen, begründet werden solche Langzeittherapien über Jahre hinweg damit, dass sich eine vorhandene Behinderung nicht verschlechtern soll. Dem Vertragsarzt ist eine echte Kontrolle nicht möglich.

## HALTUNG DES BERUFSVERBANDS DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE ZUR FORDERUNG NACH PFLICHTUNTERSUCHUNGEN FÜR KINDER

Kinder haben nach der Deklaration des Weltärztebundes von Ottawa vom Oktober 1998 „*ein naturgegebenes Recht auf Leben sowie das Recht auf Zugang zu den geeigneten Einrichtungen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.*“

Diesen Grundsätzen fühlt sich der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte verpflichtet und verweist zudem auf die UN-Kinderrechtskonvention, die am 17.02.1992 in Deutschland Gesetzeskraft erlangt hat.

Angesichts steigender Fallzahlen von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch von Kindern sehen wir die **Früherkennungsuntersuchungen für Kinder** aufgrund ihrer Häufigkeit und Regelmäßigkeit als **eine Möglichkeit** an, Verdachtsfälle von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch frühzeitig zu erkennen. Obgleich diese Tatbestände derzeit nicht expliziter Gegenstand dieser Krankheitsfrüherkennungen (sekundäre Prävention) sind, enthalten die Untersuchungen eine Reihe von Schritten, die zur Erkennung der genannten Tatbestände geeignet sind. Neben der körperlichen Untersuchung sind dies das Gespräch mit den Eltern, die Beurteilung von Entwicklung und Verhalten sowie die Beachtung von Verhaltensauffälligkeiten. Es gibt aber international keine gesicherten Untersuchungsverfahren zur Früherkennung von Kindesmisshandlung und/oder -vernachlässigung. Dies hat auch der G-BA kürzlich in einer Stellungnahme so gesehen.

Trotzdem hält der BVKJ eine **komplette inhaltliche Überarbeitung** für dringend erforderlich, ebenso muss die Frequenz der Untersuchungen den Bedürfnissen der Kinder angepasst werden.

Die **Früherkennungsuntersuchen U1 bis U9 für Kinder bis zum 66. Lebensmonat stellen ein bewährtes und erfolgreiches Angebot** der gesetzlichen Krankenversicherung zur Prävention und Therapie von körperlichen und psychischen Fehlentwicklungen dar. Die Akzeptanz der freiwilligen Früherkennungsuntersuchungen in der Bevölkerung kann grundsätzlich als hoch bezeichnet werden, jedoch ist mit zunehmendem Alter der Kinder eine tendenziell sinkende Inanspruchnahme – insbesondere bei den Untersuchungen U7 bis U9 - zu verzeichnen.

Die **Ursachen für die die Nicht-Inanspruchnahme** sind vielfältig und reichen von Versäumnissen, Informationsdefiziten und unzureichendem Wissen über den Nutzen der Untersuchungen bis hin zur mangelnden Fähigkeit oder Bereitschaft, die Sorge für das Kindeswohl wahrzunehmen. Sozialmedizinische Studien deuten darauf hin, dass vor allem Kinder aus sozial schwachen und benachteiligten Familien sowie Kinder mit Migrationshintergrund die Früherkennungsuntersuchungen deutlich seltener und unregelmäßiger wahrnehmen – die Teilnahmequoten bei diesen Bevölkerungsgruppen sinken zum Teil auf weniger als 60 Prozent.

Früherkennungsuntersuchungen stellen ein Instrument dar, mit dem ein gesundes Aufwachsen von Kindern ebenso unterstützt werden kann wie die Erkennung und möglicherweise sogar die Vermeidung größter Vernachlässigungen und Misshandlungen. Insofern muss ein **Ziel des politischen Handelns** darin bestehen, die Teilnahmequote an Früherkennungsuntersuchungen durch Anreize zu steigern und eine Nichtteilnahme ggf. zu sanktionieren bzw. für weitergehende behördliche Kontrollzwecke zu nutzen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen lässt sich zum einen auf **freiwilliger Basis** durch Einladungsmodelle (z.B. der Krankenkassen), Aktionen wie „Ich geh zur U und Du?“ der BZgA oder „Dr. Schnupper“ der AWO besonders auch in sozialen Brennpunkten erhöhen. Zusätzlich können **Bonusprogramme der Krankenkassen** einen Anreiz setzen. Die **Aufnahme in Kindertageseinrichtungen** könnte an eine vollständige Dokumentation der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen geknüpft werden. Man kann zu einem bestimmten Stichtag (z.B. 2. Lebensjahr) **seitens des Gesundheitsamtes einen Nachweis über die Teilnahme an allen Präventionsleistungen** einfordern (Vorstellungen aus Schleswig-Holstein) und alle Familien, die keine vollständigen Nachweise vorlegen bzw. plausibel Lücken (z.B. Krankheit, Urlaub) begründen können, durch den jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes aufsuchen und die Kinder untersuchen lassen.

Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte sind für die Eltern Vertrauenspersonen, die sie freiwillig aufsuchen. Eine **staatliche Kontrollfunktion ist nicht unsere Aufgabe**. Die Finanzierung der Präventionsleistungen muss über die GKV gesichert werden, auch wenn sie außerhalb der in den Kinderrichtlinien festgelegten Toleranzgrenzen erfolgen. Notfalls muss die GKV für die primärpräventiven Inhalte zukünftiger Vorsorgeuntersuchungen auch Steuergelder erhalten.

**Hebammen** sind Teil eines interdisziplinären Netzwerks der primären Prävention, für die Aufgabe der Früherkennung von Kindesvernachlässigung und/oder –mißhandlung müssen sie besonders qualifiziert und in ihrer Tätigkeit der **Fachaufsicht des regionalen Gesundheitsamtes unterstellt** werden.

Eine besondere Rolle spielen **Entbindungsabteilungen und neonatologische Zentren** im Rahmen der frühen Identifikation von Risikofamilien. Diese primäre Prävention ist aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren. Dies ist nicht Aufgabe der GKV.

Wenn Anzeichen zu erkennen sind, dass das Kindeswohl gefährdet ist, muss das **Recht des Kindes aus Schutz ein höheres Gut als die Schweigepflicht** sein. Dies ist derzeit nicht gewährleistet. Ärzte können z.B. ohne Genehmigung der Eltern keine weiteren Auskünfte über ein Kind bei Erzieherinnen oder Lehrern einholen. Erst wenn massive Misshandlungshinweise zu erkennen sind, darf der Arzt sich im Interesse des Kindes über die Schweigepflicht hinwegsetzen und die zuständigen Behörden einschalten.

Zur **Änderung der „Kinder-Richtlinien“** haben alle pädiatrischen Fachgesellschaften gemeinsame Vorschläge beim G-BA eingereicht. Wir benötigen wesentlich mehr primärpräventive Anteile und eine andere Frequenz der Untersuchungen, insbesondere nach dem vollendeten 1. Lebensjahr. Das neue Untersuchungsangebot des BVKJ mit den Untersuchungen U 7a, U 10, U 11 und J 2 zeigt beispielhaft, welche Inhalte in einem geänderten Früherkennungsprogramm enthalten sein sollten.

**Schuleinganguntersuchungen** müssen unbedingt erhalten und standardisiert von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin durchgeführt werden. Die Untersuchungsergebnisse sind zu evaluieren.

Wir müssen bereits **während Schwangerschaft und Geburt** gefährdeten Kindern und ihren Eltern helfen, sie rechtzeitig an ein Betreuungsnetzwerk (Kinder- und Jugendärzte, Frauenärzte, Familienhebammen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Jugendhilfe) vermitteln und sie stärken, so dass die Kinder sich vor und nach der Geburt gesund entwickeln können. Ganz ohne Kontrolle geht es dabei nicht:

### **Mögliche Risikofaktoren für eine Vernachlässigung sind**

- psychische/psychiatrische Erkrankung von Mutter (beispielsweise Wochenbettdepression) und/oder Vater
- Alkoholabhängigkeit eines oder beider Eltern
- übermäßiges Rauchen einer oder beider Elternteile(> 20 Zigaretten am Tag)
- Drogenabusus

- unerwünschte Schwangerschaft
- junge Mütter (< 20 Jahre)
- niedriges Bildungsniveau, kein Schulabschluss
- Arbeitslosigkeit
- Armut, verbunden mit
  - ☑ beengten Wohnverhältnissen
  - ☑ alleinerziehende Mutter
  - ☑ frühe Elternschaft
  - ☑ schlechter Ausbildung der Eltern
  - ☑ unerwünschter Schwangerschaft
  - ☑ chronischen Schwierigkeiten, das eigene Leben zu meistern
  - ☑ psychisch auffälligen Eltern

Viele Kinder werden bereits im Mutterleib misshandelt und vernachlässigt. Wir müssen also bereits während Schwangerschaft und Geburt gefährdeten Eltern helfen, sie rechtzeitig an ein Betreuungsnetzwerk (Kinder- und Jugendärzte, Frauenärzte, Familienhebammen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Jugendhilfe) vermitteln und sie stärken, so dass die Kinder sich vor und nach der Geburt gesund entwickeln können. Ganz ohne Kontrolle geht es dabei nicht:

### **Möglichkeiten einer frühen Intervention**

- Bildung eines frühen Netzwerks unter Einschaltung von Kliniken, Hebammen, Frauenärzten, Kinder- und Jugendärzten, Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Kinderschutzbund
- Casemanagement durch eine gemeinsame Clearingstelle (Jugendamt/Gesundheitsamt)
- frühzeitiges Angebot einer Entlastung der Eltern durch Betreuung in (kostenlosen) Kindertageseinrichtungen
- Schaffung von Anreizen mit positiver Verstärkung
- Eltern annehmen und versuchen, eine tragfähige Beziehung herzustellen
- Transparenz der Abläufe vermitteln
- Abstimmung von Prozessorientierung (Eltern) und Entwicklungsorientierung (Kind)
- Sicherstellung der Qualifikation der Helfer
- komplette Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

und anderes

Die Zahlung des Kindergeldes könnte z.B. daran geknüpft werden, dass Eltern die angebotenen Hilfen auch tatsächlich annehmen und sich der manchmal notwendigen Kontrolle nicht durch Arzt- und Wohnungswechsel entziehen. Alle Präventionsmaßnahmen (Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und Impfungen) sowie eventuell verordnete Fördermaßnahmen (Krankengymnastik, Sprachtherapie, Ergotherapie usw.) müssen wahrgenommen werden.

Das derzeitige Programm der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen (sekundäre Prävention) bedarf einer umfassenden Überarbeitung und muss zu einem Instrument der primären Prävention umgewandelt werden. Die Zahl der Untersuchungen muss entsprechend den Vorschlägen des BVKJ um Untersuchungen mit 3 (U7a), 7 (U10), 9-10 (U11) und 16 bis 18 Jahren (J2) erweitert werden.

### **Welche Gründe sprechen also für eine Verpflichtung zur Teilnahme an den inhaltlich geänderten und in ihrer Anzahl erhöhten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche?**

1. Wir erreichen die verwaorsten und die misshandelten Kinder kaum auf eine andere Art.
2. Die Beobachtung von Kindern mit auffälligen Befunden wird verbessert. Auch die Durchimpfungsrate wird gesteigert.
3. Die Forderung nach einem Ausbau der Primärprävention bekäme einen zusätzlichen Anreiz.
4. Wir brauchen dringend eine kontinuierliche Beratung der Eltern, Kinder und Jugendlichen.

5. In den nächsten zwei bis drei Jahren werden entscheidende Weichen in der gesamten pädiatrischen Präventionsstruktur (Präventionsgesetz) gestellt. Es gibt in Deutschland eine **Schulpflicht**, die eingeführt wurde, damit allen Kindern eine gleiche Bildungschance gewährt wird. Eine **Verpflichtung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen** könnte ähnlich die Gesundheitschancen für alle Kinder verbessern.

Es gibt in Deutschland bereits etliche **Modellprojekte**. Ein besonders gutes Projekt ist das Modell des Präsidenten des Deutschen Kinderschutzbundes, Herrn Hilpert, der zugleich Oberbürgermeister der Stadt Dormagen ist. Dort werden alle Neugeborenen von einem qualifizierten Mitarbeiter der Stadt zu Hause aufgesucht und als willkommene Neubürger der Stadt mit einem Blumenstrauß und einem Leitfaden für die ersten Lebensjahre begrüßt. Blumenstrauß und Leitfaden finanziert die regionale Geschäftswelt. Der besonders geschulte Mitarbeiter der Stadt sieht bei seinem Hausbesuch, ob die Familie einen besonderen Betreuungsbedarf hat und organisiert dann zusammen mit dem Jugendamt und dem Gesundheitsamt die engmaschige nachsorgende Betreuung. Dieses Modell hat den Vorteil, dass Familien zunächst alle gleich behandelt und nicht bereits in der Geburtsklinik als Risikofamilien stigmatisiert werden. Wichtig bleibt aber das regionale oben skizzierte Netzwerk.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## MASSNAHMEN ZUR VERBESSERUNG DER DURCHIMPFUNGSRATEN

Der BVKJ vertritt die Auffassung, dass jedes Kind ein **Grundrecht** darauf hat, **vor impfpräventiblen Erkrankungen geschützt** zu werden, wenn gegen diese Erkrankungen in Deutschland nebenwirkungsarme Impfstoffe zugelassen und von der STIKO empfohlen sind.

Wenn Eltern und Erziehungsberechtigte, aus welchem Grund auch immer, Kindern diesen wirksamen Schutz vorenthalten, so muss der **Staat im Interesse des Kindeswohls handeln** und veranlassen, dass das Kind durch eine Impfung den notwendigen Schutz vor Erkrankungen erhält, die bleibende Schäden bis hin zum Tod zur Folge haben können. **Impfungen sind die beste primäre Prävention**, dies ist international durch viele hervorragende Studien nachgewiesen. Neben dem Leid für Erkrankte mit Folgeschäden bis hin zum Tod sparen Impfungen auch erhebliche Mittel im Gesundheitswesen ein.

Es kann nicht sein, dass Kinder, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können, sich beim Besuch von **Gemeinschaftseinrichtungen** durch ungeimpfte Kinder infizieren und schwere Folgen hinnehmen müssen.

Der Staat hat zu gewährleisten, dass eine sach- und indikationsgerecht durchgeführte **Impfung** juristisch **keine Körperverletzung** darstellt. Eine **unterlassene Impfung** dagegen entspricht einer **unterlassenen Hilfeleistung**. Eltern, die ihre Kinder nicht impfen lassen, obwohl keine medizinische Kontraindikation besteht, **vernachlässigen** ihre **Fürsorgepflicht** gegenüber ihrem Kind.

**International** liegt die Bundesrepublik Deutschland mit ihren Durchimpfungsraten, insbesondere bei Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Kinderlähmung und Hepatitis B, hinter vergleichbaren Industrienationen **deutlich zurück** und erfüllt die Vorgaben der WHO nicht. Die Erfahrungen anderer Länder (und auch der ehemaligen DDR) zeigen, dass **Durchimpfungsraten von > 95 %**, wie sie zur Erlangung einer **Herdenimmunität** erforderlich sind, nur erreicht werden können, wenn **vor Eintritt in eine Gemeinschaftseinrichtung ein kompletter Impfnachweis** verlangt wird, der regelmäßig auf Aktualität überprüft werden muss. Einwände von Juristen, bei bestehender Schulpflicht sei eine solche Forderung nicht durchsetzbar, entbehren nach Ansicht des BVKJ jeder Grundlage. Das Bundesverfassungsgericht hat jüngst entschieden, dass auch eine religiöse Grundeinstellung der Eltern ihnen nicht das Recht gibt, ihre Kinder vom Besuch öffentlicher Schulen fernzuhalten. Auf freiwilliger Grundlage sind nach den Erfahrungen der letzten Jahre und nach Erkenntnissen in anderen Ländern die zum Schutz der Bevölkerung notwendigen Durchimpfungsraten nicht zu erreichen.

## **Stellungnahme des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.), zur Kinderarmut in Deutschland**

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ e.V.) ist über die zunehmende Armut bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland sehr besorgt. 1.929 Millionen Kinder unter 15 Jahren leben in Familien, die von Arbeitslosengeld 2 (Hartz IV) leben müssen. Bezieht man die Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ein, gelten sogar 2,25 Mio. Kinder und Jugendliche in Deutschland als arm. Dies sind mittlerweile 17 % von rund 11,5 Mio. Kindern und Jugendlichen in Deutschland.. Damit sind nach Angaben des Deutschen Kinderschutzbundes im Herbst 2007 insgesamt 100.000 Kinder und Jugendliche mehr von Armut betroffen, als noch zum gleichen Zeitpunkt vor einem Jahr.

Armut und Krankheitshäufigkeit von Kindern und Jugendlichen sind eng miteinander verknüpft. Die KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts hat eindrucksvoll belegt, dass Kinder und Jugendliche aus schwächeren sozialen Gruppierungen in vielerlei Hinsicht benachteiligt sind und mit ganz erheblichen Belastungen ihren weiteren Lebensweg antreten.

Sie leiden überdurchschnittlich häufig unter den Folgen von Fehlernährung und Bewegungsmangel, sind negativen Einflüssen von Medien in großem Maße ausgesetzt, haben nur eingeschränkten Zugang zu früher musikalischer Erziehung und den Angeboten regionaler Vereine und neigen, wie auch das „kinderbarometer 2007“ der LBS gezeigt hat, häufiger zu psychosomatischen und psychischen Erkrankungen sowie zu mangelndem Selbstwertgefühl. Dies äußert sich in Bauch- und Kopfschmerzen, Depressionen und sogar in Suizidgedanken. Dies erleben wir regelmäßig in unseren Praxen - eine Herausforderung, auf die unser Gesundheitswesen, aber auch unsere Gesellschaft bisher nicht ausreichend vorbereitet ist.

Auch Nikotin- und Alkoholmissbrauch sind in diesen Bevölkerungsgruppen wesentlich häufiger und werden ins Erwachsenenalter mitgeschleppt. Dies verschlechtert die Startchancen der Kinder in aller Regel und bestimmt den weiteren Lebensweg. Eine wirksame Bekämpfung von Kinderarmut muss nach unserer Auffassung in Deutschland höchste Priorität haben.

Die **Politik wird aufgefordert, in einem jährlichen Bericht** darzulegen, was sie in den vergangenen 12 Monaten gegen die Kinderarmut unternommen und **welche Erfolge** sie erzielt hat. Mit finanziellen Zuwendungen an die Eltern allein ist es dabei nicht getan. Die Familien müssen wirksam von Fachleuten begleitet und in ihrer Erziehungs- und Alltagskompetenz gestärkt werden. Dazu gehören neben aufsuchender Betreuung der Familien ebenso kostenlose Kindertageseinrichtungen, in denen neben der Erziehung und Bildung der Kinder auch den Familien Kompetenz und Stärke vermittelt wird. Wir fordern aber höchste Qualität bei diesen Angeboten. Im derzeitigen Hickhack zwischen Bund und Ländern um die Finanzierung dieser wichtigen Angebote zeigt sich, dass diese Prioritäten von vielen Entscheidungsträgern immer noch nicht richtig erkannt werden.

Aber auch die medizinische Versorgung von Kindern aus sozialen Randgruppen befindet sich in großer Gefahr. Durch die anhaltende Unterfinanzierung ärztlicher Leistungen im GKV-



System sind die Kolleginnen und Kollegen nicht mehr bereit, sich in Wohnvierteln mit einem hohen Anteil an Arbeitslosen, Migranten und anderen Randgruppen niederzulassen, da sie mit den Honoraren, die die gesetzlichen Krankenkassen zahlen, eine zuwendungs- und zeitintensive Tätigkeit an solchen Standorten nicht mehr finanzieren können. Wir können bereits jetzt in bestimmten Stadtteilen von Berlin, Hamburg, Bremen, Köln und anderen Großstädten diese Entwicklung beobachten und von einer Unterversorgung sprechen. Dies betrifft natürlich nicht nur Kinder, sondern alle Altersgruppen.

Auch führt die Nicht-Erstattung der Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Jugendlichen ab dem vollendeten 12. Lebensjahr unverändert zu einer schlechteren Versorgung ärmerer Bevölkerungsgruppen, da sie sich diese Medikamente, die zu einer ärztlichen Standardversorgung, gerade auch bei bestimmten chronischen Erkrankungen gehören, nicht leisten können. Ebenso sind Kinder und Jugendliche aus ärmeren Familien bei den Vorsorgeleistungen erheblich benachteiligt. Während Privatversicherte nach dem Willen des Gesetzgebers ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum 14. Lebensjahr einen Anspruch auf jährliche Vorsorgeuntersuchungen haben, haben gesetzlich krankenversicherte Kinder z.B. im wichtigen 3. Lebensjahr und dann auch im Alter von 6 bis 11 Jahren keinerlei Anspruch auf entsprechende Untersuchungen. Sie werden in Kindergärten und Schulen auch nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) betreut, da dieser in den letzten Jahren personell erheblich ausgedünnt worden ist. Besonders für soziale Randgruppen hat aber ein flächendeckender und personell gut ausgestatteter ÖGD eine wichtige Funktion.

Der BVKJ fordert seit langem, dass die Inhalte der Kinder-Vorsorgeuntersuchungen zügig überarbeitet werden, der primären Prävention ein hoher Stellenwert eingeräumt und der § 26 SGB V folgendermaßen geändert wird:

***(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung und Verhinderung von Krankheiten, die ihre Entwicklung gefährden.....***

Bisher lehnt dies die Bundesregierung aus unerfindlichen Gründen ab.

15. Oktober 2007

Dr. Hartmann, Präsident

## **Diagnostik von Entwicklungsstörungen bei Kindern im Vorschulalter mit qualitätsoptimierten Standards unter Einbeziehung prognostischer Erkenntnisse**

Für die kinderärztliche Praxis und die institutionelle Diagnostik steht kein zeitgemäßes Screeningverfahren bzw. keine differenzierte Diagnostik zur Erfassung von Entwicklungsstörungen vom Neugeborenenalter bis zum 6. Lebensjahr zur Verfügung. Teilaspekte werden durch einzelne Tests beantwortet. Ein funktionierendes Erfassungs- bzw. Diagnostikkonzept für Entwicklungen liegt nicht vor. Dies wirkt sich bis hin zur Indikationsstellung für Therapien aus.

Folge einer defizitären Definition des Begriffes „Entwicklungsstörung“ ist eine Flut von Therapien die hohe Kosten verursacht und inhaltlich nicht nachvollziehbar ist. Zur Erstellung eines Konzeptes ist eine Längsschnittstudie erforderlich. In Anbetracht der hohen Kosten wurde eine Vorbereitungsstudie in einem Schreiben an Frau Bundesministerin Ulla Schmidt vorgeschlagen.

Ein Verfahren hierzu wurde durch ein Schreiben von der Parlamentarischen Staatssekretärin Frau Marion Caspers-Merk eingeleitet. Ergebnisse stehen noch aus.