

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0831(2)  
vom 09.03.05**

**15. Wahlperiode**

## **STELLUNGNAHME DES BERUFSVERBANDS DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE**

### **1. Kostenübernahme für OTC-Präparate für Jugendliche (12 bis 18 Jahre) durch die GKV**

Erfreulicherweise wurde im GMG festgelegt, dass Kinder und Jugendliche von allen Zuzahlungen in der Arztpraxis und bei Medikamenten befreit bleiben. Dies ist ein ganz wichtiges Anliegen der Kinder- und Jugendärzte, da Familien ohnehin finanziell mehr belastet sind als kinderlose Paare und wir alles vermeiden müssen, was durch unnötige zusätzliche Belastungen die wirtschaftliche Situation der Familien mit Kindern weiter verschlechtert. Wir sind als Berufsverband auch in der Außerdarstellung der Beschlüsse der Bundesregierung von einer sozial ausgewogenen Gesundheitsreform ausgegangen und haben auf die Sonderstellung von Familien mit Kindern hingewiesen.

Ca. 1 Million Jugendliche, die an Allergien und Neurodermitis leiden, aber auch Rheuma und anderen chronische Erkrankungen, die hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden können, könnten bald zu chronischen kranken Erwachsenen werden. Sie bzw. ihre Eltern müssen ihre zum Therapiestandard gehörenden nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente (sogenannte OTC-Präparate) seit dem 01.04.2004 aus eigener Tasche bezahlen. Diese erheblichen finanziellen Belastungen fallen nicht unter die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V. Augentropfen, Nasensprays und systemische Antiallergica, Antirheumatika, Dermatika müssen regelmäßig verwendet werden, um die Symptome zu lindern, die Jugendlichen schulfähig zu machen und sie am gesellschaftlichen Leben ihrer Altersgruppe teilhaben zu lassen. Ein Ausweichen auf nebenwirkungsreichere verschreibungspflichtige Medikamente verstößt gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit und medizinischen Notwendigkeit.

Wir Kinder- und Jugendärzte beobachten in unseren Praxen, dass Eltern oft ganz verzweifelt sind, weil sie die hohen Kosten (z.B. bis zu mehreren 100 € pro Kind in der Pollenflugsaison) nicht tragen können. Dies betrifft insbesondere die unteren sozialen Schichten, die ohnehin eine erhöhte Morbidität aufweisen und zu einer Chronifizierung von an sich gut behandelbaren Erkrankungen neigen. Es unterbleibt eine medizinisch notwendige Behandlung, es kommt zu Selbstmedikation mit teilweise ungeeigneten Mitteln, es unterbleibt aber oft auch eine ärztliche Untersuchung, wie Fallzahlrückgänge bei den Jugendlichen, insbesondere aus sozial schwachen Familien, in unseren Praxen belegen.

Gerade bei jugendlichen Allergikern ist aber eine ärztliche Untersuchung erforderlich, weil die Altersgruppe Beschwerden oft verharmlost, Lungenbeteiligung nicht wahrhaben will, und es somit zu einem chronischen Asthma bronchiale mit Dauerschäden kommen kann. Diese Jugendlichen müssen unbedingt regelmäßig auskultiert, es muss eine Lungenfunktionsprüfung veranlasst werden, um rechtzeitig, jetzt mit verschreibungspflichtigen Medikamenten, zu behandeln und irreparable Schäden an der Lunge zu vermeiden.

Der Antrag der Fraktion der FDP (Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern) und die Darstellung auf S. 5 im Antrag der CDU/CSU Fraktion (Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – Kritische Bestandsaufnahme) und die darin geäußerte Forderung nach der erneuten Erstattungspflicht bei nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten für Jugendliche werden von uns voll inhaltlich unterstützt.

## 2. Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes

*Leistungen zur Verhütung von Krankheiten  
§ 20 Prävention und Selbsthilfe*

*(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.*

Dieser § des SGB V muss umformuliert werden. Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, grundsätzlich die Kosten für alle von der STIKO empfohlenen Impfungen zu übernehmen. Es kann nicht angehen, dass die STIKO, wie im Fall der Windpockenimpfung, eine generelle Impfpfählung ausspricht und sich die Kassen dann weigern, die Kosten dafür zu übernehmen. Die STIKO gibt Empfehlungen heraus, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und einen Standard

vorgeben. Auf diesen Standard haben die Patienten Anspruch. Zudem sind Impfungen die am besten wissenschaftlich abgesicherte Primärprävention.

*Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten*  
*§ 26 Kinderuntersuchung*

*(1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, der Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 2 werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.*

§ 26 muss umformuliert werden: „Versicherte Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.“

Eine Einschränkung auf die ersten 6 Lebensjahre bzw. nur 1 Untersuchung nach dem vollendeten 10. Lebensjahr ist nicht mehr zeitgemäß und entspricht nicht den Erkenntnissen der Kinder- und Jugendmedizin. Der kindliche Organismus durchläuft Entwicklungsstufen, die gesondert erfasst werden müssen, um frühzeitig eingreifen und Fehlentwicklungen verhindern zu können. Wenn man bei Erwachsenen nach dem vollendeten 35. Lebensjahr im Rhythmus von 2 Jahren Früherkennungsuntersuchungen für notwendig erachtet, so gibt es dafür nur eine schwache Datenbasis. Der BVKJ hat entsprechende Vorschläge für ergänzende Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (mit 3 Jahren, mit 7-8 Jahren, mit 10 Jahren und mit 16-18 Jahren) ausgearbeitet und dem gemeinsamen Bundesausschuss zugeleitet. Auch hier blockieren die Kassen eine entsprechende Verbesserung der sekundären Prävention, deshalb muss der Gesetzgeber handeln.

*§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung*

*(1) Versicherte können sich gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 2 gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen (hausarztzentrierte Versorgung). Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.*

*(2) Die Krankenkassen haben zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit*

*1. zugelassenen Hausärzten, die die Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 erfüllen, und Gemeinschaften dieser Hausärzte sowie*

2. zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 gewährleisten.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.

Diese Regelung führt zu Vertragsentwürfen, in denen Kinder und Jugendliche sich bei nicht entsprechend weitergebildeten Allgemeinärzten/prakt. Ärzten und hausärztlichen Internisten einschreiben können. Die besondere Qualifikation in Abs. 2 ist nicht ausreichend beschrieben. Es kann nicht angehen, dass Kinder- und Jugendliche einen durch eine fünfjährige Weiterbildung für ihre Belange besonders qualifizierten Kinder- und Jugendarzt nur auf Überweisung durch einen Hausarzt zur Durchführung von Behandlungen, Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen aufsuchen dürfen, weil sie in einem entsprechenden Hausarztvertrag eingeschrieben sind.

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch entsprechend weitergebildete Kinder- und Jugendärzte ist nachweisbar kostengünstig (Einweisungen zur stat. Behandlung, Medikamente, Heilmittel), führt zu einer besseren Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen. Der Gesetzgeber muss sich hier präziser ausdrücken. Der Primärversorger von Kindern und Jugendlichen ist ambulant wie stationär der umfassend speziell für die Belange von Kindern und Jugendlichen weitergebildete Kinder- und Jugendarzt.

#### *§ 116b Ambulante Behandlung im Krankenhaus*

*(1) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach [§ 137g](#) teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen nach [§ 135](#) entsprechend.*

*(2) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen, sofern diese Leistungen und diese Behandlung in dem Katalog nach Absatz 3 enthalten sind. In den Verträgen ist das Nähere über die Durchführung der Versorgung, insbesondere der Nachweis der Einhaltung der sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses, zu regeln.*

Bisher weigern sich die Kassen, mit den Krankenhäusern entsprechende Verträge abzuschließen. Die hoch spezialisierte ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Erkrankungen ist durch die Einführung der DRG in den Kinderkliniken massiv gefährdet, da diese Leistungen bislang im Rahmen einer Mischfinanzierung aus dem stationären Bereich mitfinanziert wurden. Dies ist nun nicht mehr möglich. Diese Kinder und Jugendlichen sind aber auf eine qualifizierte Langzeitbetreuung durch entsprechende Zentren an Kinderkliniken angewiesen. Deshalb muss eine schnelle Regelung zur Finanzierung dieser Leistungen gefunden werden.

Ähnliches gilt auch für den nachfolgenden § 117.

#### *§ 117 Hochschulambulanzen*

*(1) Der Zulassungsausschuss (§ 96) ist verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulkliniken die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, dass die Hochschulambulanzen die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken.*

#### *§ 140b Verträge zu integrierten Versorgungsformen*

*(1) Die Krankenkassen können die Verträge nach § 140a Abs. 1 nur mit*

- 1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,*
- 2. Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,*
- 3. Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften,*
- 4. Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,*
- 5. Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften abschließen.*

*(3) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2 und 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer*

*nach diesem Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach den Absätzen 1 und 2 dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach [§ 91](#) im Rahmen der Beschlüsse nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) und der Ausschuss nach [§ 137c Abs. 2](#) im Rahmen der Beschlüsse nach [§ 137c Abs. 1](#) keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.*

*(4) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach [§ 71 Abs. 1](#) gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, nicht. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.*

*(5) Ein Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich.*

Auch bei diesen Verträgen bleiben Kinder und Jugendliche außen vor. Die Krankenkassen sind bislang nicht bereit, entsprechende Verträge zu einer umfassenden, versorgungsbereichsübergreifenden integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen abzuschließen. Wir halten hier mehr Druck von Seiten der Politik für erforderlich. Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf eine umfassende und möglichst optimale medizinische Versorgung, damit sie gesund erwachsen werden und später auch Beiträge zur Sozialversicherung zahlen können. Das derzeitige Schielen der Kassen auf Gelder aus dem RSA und der Bürokratismus der DMP ohne nachweislich bessere Versorgung der Patienten ist in unseren Augen der falsche Weg.

Köln, 09.03.2005

Dr. Hartmann, Präsident BVKJ