

Stellungnahme des BVKJ zum GKV-WSG vom 13.10.2006

Grundsatzbemerkungen:

Der BVKJ schließt sich den Stellungnahmen der BÄK vom 03.11.2006 und der KBV vom 06.11.2006 vollinhaltlich an.

Die im GKV-WSG vorgesehenen Maßnahmen lösen die Probleme im Gesundheitswesen nicht und eröffnen keine Zukunftsperspektiven für eine weiterhin hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung. Auch wenn dem vorgelegten Gesetzesentwurf einige positive Aspekte (z.B. Pflicht der GKV zur Übernahme der Kosten der von der STIKO empfohlenen Impfungen, Rechtsanspruch der Eltern auf Übernahme der Kosten für Mutter/Vater-Kind-Kuren, verbesserte Möglichkeiten zu Sonderverträgen zwischen qualifizierten Leistungserbringern und Krankenkassen, Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die GKV) zu entnehmen sind, findet der BVKJ keine klaren Signale der Politik zur Sicherung einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention von 1990. Sowohl die ambulante wie auch die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ihren speziellen gesundheitlichen und psychosozialen Problemen durch qualifizierte Kinder- und Jugendärzte ist für die Zukunft nicht sichergestellt.

Die Bettenzahl in Kinderkliniken und die Anzahl der Kinderkliniken werden weiter reduziert werden, damit fallen Weiterbildungsstellen für Kinder- und Jugendärzte weg, die auch in den Praxen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte nicht kompensiert werden können, da es keinerlei Finanzierung einer solchen Weiterbildung gibt. Innerhalb der nächsten 5 Jahre werden ca. 30 % der Kinder- und Jugendärzte aus der Versorgung ausscheiden. Die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit in Klinik und Praxis müssen so verbessert werden, dass die wenigen Kinder- und Jugendärzte, die ihre Facharztausbildung derzeit noch abschließen, nicht abgeschreckt, ins Ausland getrieben oder in Tätigkeitsfelder abgedrängt werden, die mit der direkten Patientenversorgung nichts mehr zu tun haben.

Gerade angesichts die zunehmenden Zahl von Kindern und Jugendlichen in Armut mit geminderten Zukunftschancen ist es eine dringliche Aufgabe des Staates, die gesundheitliche Versorgung dieser Patienten zu optimieren und auf Dauer zu sichern.

Eine Verschiebung einer grundlegenden Honorarreform mit fester Bezahlung des bundesweit einheitlichen Leistungskatalogs der GKV mit bundesweit einheitlichen festen EURO-

Beträgen und Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die GKV auf das Jahr 2009 ist nicht akzeptabel. Angesichts der bestehenden Unterfinanzierung des ambulanten Versorgungsbereichs in Höhe von ca. 6 Milliarden € droht bereits im Jahr 2007 im Bereich der Basisversorgung mit Fallwerten zwischen 34,- und 51,- € pro Quartal der Kollaps. Daher muss es basierend auf den aktuellen Kostenberechnungen der KBV bereits im Jahr 2007 eine wesentlich verbesserte Vergütung ärztlicher Leistungen geben. Gerade der zuwendungsintensive und wenig technikorientierte hausärztliche Versorgungsbereich, zu dem die Kinder- und Jugendmedizin gehört, benötigt dringend eine sofortige Verbesserung der Einnahmesituation.

Der BVKJ verlangt, dass die Politik sicherstellt, dass alle medizinisch notwendigen und von den Patienten in Anspruch genommenen Leistungen komplett bezahlt werden. Dies ist durch Kostenerstattungsmodelle transparent darstellbar.

Gesetzgeber	Änderungsvorschlag BVKJ
<p>Nach § 20 werden folgende §§ 20a bis 20e eingefügt:</p> <p>§20a Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten</p> <p>Die gesetzlichen Krankenkassen haben gemeinsam und einheitlich Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu erbringen. Dabei haben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für die Lebenswelt die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu ermitteln und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln. Die geschlechtsbezogene unterschiedliche Situation ist zu berücksichtigen. Lebenswelten im Sinne des Satzes 1 sind</p>	<p><i>Die gesetzlichen Krankenkassen haben gemeinsam und einheitlich Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu erbringen..... Die geschlechts- und altersbezogene unterschiedliche Situation ist zu berücksichtigen. Kinder und Jugendliche müssen ganz besonders gefördert werden. Lebenswelten im Sinne des Satzes 1 sind ...</i></p>
<p>§20d Primäre Prävention durch Schutzimpfungen</p> <p>.....Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung</p>	<p><i>Diese Einschränkung ist nach unserer Meinung nicht erforderlich, da die STIKO ein Expertengremium darstellt und der G-BA keine höhere Sachkompetenz hat.</i></p>

zu treffen.	
<p>SGB 5 § 26 Kinderuntersuchung</p> <p>(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.</p>	<p><i>(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung und Verhinderung von Krankheiten, die ihre körperliche und/oder psychosoziale Entwicklung gefährden...</i></p>
<p>§ 33 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst: "(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind.</p> <p>und</p> <p>§ 126 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"§ 126 Versorgung durch Vertragspartner (1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen; die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab.</p>	<p><i>Es muss sichergestellt werden, dass durch den Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen keine unnötigen Verzögerungen der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln entstehen. So sind Inhalationshilfen und – geräte zur Akutversorgung von Patienten mit Dyspnoezuständen ohne zeitliche Verzögerung zur Verfügung zu stellen, andere Hilfsmittel müssen innerhalb von 14 Tagen genehmigt werden.</i></p>
<p>§ 65a wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst: "(1) Die Krankenkasse gewährt Versicherten vom vollendeten 45. bis zum vollendeten 55.</p>	<p><i>Es ist nicht einzusehen, warum die Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nicht ebenfalls mit einem Bonus belohnt wird.</i></p>

<p>Lebensjahr einen Bonus für die regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25. Die Krankenkasse kann darüber hinaus in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen auch andere Versicherte, die regelmäßig diese Leistungen, Leistungen nach § 26 oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben."</p>	
<p>§ 73b wird wie folgt gefasst:</p> <p>"§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung (1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten, die eine koordinierte, besonders qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung zum Ziel hat. (2) Die hausarztzentrierte Versorgung zeichnet sich insbesondere durch folgende über die Erfüllung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1b und 1c hinausgehenden Mindestqualitätsmerkmale aus:</p> <p>Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung professioneller Moderatoren, Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien, Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie, Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikationsgestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.</p> <p>(3) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber</p>	<p><i>Hier fehlt der Hinweis auf die Kinder- und Jugendmedizin im hausärztlichen Versorgungsbereich</i></p> <p><i>Die besondere Qualifikation zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere mit Frühgeburtlichkeit, postpartalen Adaptationsstörungen, Entwicklungsstörungen, chronischen und/oder seltenen Erkrankungen ist nur durch eine abgeschlossene pädiatrische Weiterbildung gegeben.</i></p> <p><i>Auch hier fehlt der Bezug auf Kinder und Jugendliche mit ihren besonderen Erkrankungen und psychosozialen Problemen, die in den Praxen eine zunehmende Rolle spielen.</i></p> <p><i>Die Versicherten bzw. bei Patienten unter 15 Jahren die Erziehungsberechtigten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der hausarzt-/pädiatriezentrierten Versorgung.....</i></p>

ihrer Krankenkasse verpflichten, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(4) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a teilnehmen, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,

Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a und anderen Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a teilnehmen, anbieten.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Für die hausärztliche Versorgung Versicherter, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, besteht der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 nicht. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungssatz, der pauschaliert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

.....

(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Lebensjahr können nur bei Ärzten mit abgeschlossener pädiatrischer Weiterbildung eingeschrieben werden. Patienten im Alter von 15 bis 18 Jahren wählen einen Arzt aus der hausärztlichen Versorgungsebene.

Hier sollten auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragspartner sein dürfen, die ja den Sicherstellungsauftrag gewährleisten. Die Schnittstellen zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung sind durch die allgemeine Herausnahme dieser Versorgungsbereiche unklar.

Dies ist nicht ausreichend und kann zu Konflikten und Problemen bei der Sicherstellung führen.

Hier besteht die Gefahr, dass durch Vorwegabzug von Geldern für die Regel- und Notfallversorgung keine ausreichenden Mittel

<p>Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen.</p>	<p><i>mehr zur Verfügung stehen. Gibt es keine gesonderten Regelungen für die hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener pädiatrischer Weiterbildung, bleiben den KVen keine ausreichenden Mittel mehr übrig, um die hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte zu finanzieren.</i></p>
<p>„§ 85a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten</p> <p>(1) Abweichend von § 85 Abs. 1, 2 und 3 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2009 die in Absatz 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.</p> <p>(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2b Satz 1 Nr. 1 bis 3, erstmals bis zum 31. Oktober 2008, danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung im Folgejahr anzuwenden sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2b Satz 1 Nr. 1 bis 3 vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten, die sich aus Abweichungen der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft und aus Abweichungen der regionalen Fallzahlentwicklung von der bundesdurchschnittlichen Fallzahlentwicklung ergeben, zu berücksichtigen, Dabei sind zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2b Satz 6 anzuwenden. Aus den vereinbarten landeseinheitlichen Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale</p>	<p><i>Eine Vergütung ärztlicher Leistungen in EURO muss bereits im Jahr 2007 erfolgen. Alle Leistungen, die von den Patienten nach dem GKV-Leistungskatalog beansprucht und sachgerecht erbracht werden, müssen bundesweit einheitlich vergütet werden. Dabei kann es ab einer bestimmten Fallzahlobergrenze Abstufungen geben, die geringere Kosten berücksichtigen. Die ärztliche Leistung muss aber immer vergütet werden.</i></p> <p><i>Wenn der Leistungskatalog bundeseinheitlich ist, muss auch die ärztliche Leistung zu bundeseinheitlichen Sätzen vergütet werden. Die Morbidität ist nicht von der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes abhängig.</i></p>

<p>Euro-Gebührenordnung) zu erstellen; in der Gebührenordnung sind dabei sowohl der Preis für den Regelfall, als auch die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung auszuweisen. § 89 Abs. 1 gilt.</p> <p>(3) Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von der Krankenkasse mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung.</p>	<p><i>Eine Zahlung der Krankenkassen mit befreiender Wirkung ist nicht mehr akzeptabel, da die Kassen das Morbiditätsrisiko zu tragen haben und nicht die Vertragsärzte.</i></p>
<p>§ 116b wird wie folgt geändert</p> <p>a) In Absatz 5 Satz 2 werden vor dem Wort "hat" die Wörter "ist zur Hälfte aus den nach Absatz 6 Satz 1 einbehaltenen Mitteln zu finanzieren und" eingefügt.</p> <p>b) Es wird folgender Absatz 6 angefügt: "(6) Zur Förderung von Verträgen nach Absatz 2 hat jede Krankenkasse in den Jahren 2007 und 2008 Mittel bis zu 0,5 vom Hundert von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäusern für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung dieser Verträge erforderlich sind. Die Mittel sind ausschließlich zur hälftigen Finanzierung der in den Verträgen nach Absatz 2 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Die Krankenkassen müssen gegenüber den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen. Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von 2 Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszus zahlen."</p>	<p><i>Der § 116 muss verbindlicher gestaltet werden. Zur Sicherstellung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen und/oder chronischer Erkrankungen müssen die Krankenkassen verpflichtet werden, bundesweit bedarfsgerechte Verträge mit den Krankenhäusern und Leistungserbringern abzuschließen, die in den letzten Jahren diese Versorgung sichergestellt haben.</i></p>
<p>Artikel X Vergleichbare Vergütungen für GKV und PKV für vergleichbare Leistungen im ambulanten Bereich</p> <p>Es wird angestrebt, dass GKV und PKV für vergleichbare Leistungen im ambulanten Bereich eine vergleichbare Vergütung zahlen. Dabei bleiben im privatärztlichen und privat Zahnärztlichen Gebührenrecht weiterhin</p>	<p><i>Es muss sichergestellt werden, dass Kinder und Jugendliche auch weiterhin privat versichert werden können, wenn ihre Erziehungsberechtigten dies wünschen. In der PKV müssen Steigerungssätze weiterhin möglich sein. Bei einer Steuerfinanzierung der Krankenversicherung für Kinder und Jugendliche ohne eigenes Einkommen bis zum 18. Lebensjahr muss die entsprechende</i></p>

<p>Abweichungen vom Umfang des Leistungsverzeichnisses und innerhalb des Gebührenrahmens (Steigerungssätze) möglich. Dies wird bei den Novellierungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berücksichtigt, bei denen auch die Voraussetzungen für Abweichungen innerhalb des Gebührenrahmens zu präzisieren sind.</p>	<p><i>Kopfpauschale allen, auch bisher privat versicherten Kindern und Jugendlichen zur Verfügung gestellt werden. Es kann nicht sein, dass Kinder- und Jugendärzte, die auf die medizinische Versorgung der Altersgruppe bis zum vollendeten 18. Lebensjahr beschränkt sind, als einzige Arztgruppe in Zukunft keine Privatpatienten mehr haben.</i></p>
--	--

Köln, 06.11.2006

Dr. W. Hartmann, Präsident