

**STELLUNGNAHME DES
BERUFSVERBANDES DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE (BVKJ e.V.)
ZUM REFERENTENENTWURF EINES GESETZES ZUR
VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSSTRUKTUREN IN DER
GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG**

1. Allgemeine Vorbemerkung

Der BVKJ hat kein Verständnis dafür, dass im Rahmen dieser Änderungen des SGB V nicht auch die seit Jahren dringend erforderliche Änderung des § 26 SGB V gleichzeitig erfolgt. Die gesetzlichen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen entsprechen nicht mehr den Anforderungen an eine zeitgemäße Prävention, weil sie nur die sekundäre Prävention beinhalten, die wichtige primäre Prävention aber völlig außer Acht lassen.

Der BVKJ hat bereits seit 5 Jahren mehrfach allen Fraktionen im Deutschen Bundestag und auch dem BMG seinen Vorschlag zur Neuformulierung des § 26 SGB V unterbreitet und wiederholt diesen Vorschlag im Zusammenhang mit den Änderungen im SGB V erneut, weil Kinder einfach keine Zeit haben:

„Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf ärztliche Untersuchungen zur primären Prävention und Früherkennung von Störungen der psychischen und physischen Gesundheit, die ihre Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden...“

Außerdem fordert der BVKJ eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten im ambulanten Bereich analog zur Regelung in der Allgemeinmedizin. Andernfalls ist eine flächendeckende pädiatrische Versorgung künftig nicht mehr gewährleistet.

2. § 40 SGB V

In § 40 sollte festgelegt werden, dass auch Kinder mit Behinderungen einen Rechtsanspruch auf Reha-Maßnahmen haben.

3. § 73 b SGB V

Der hausärztliche Versorgungsbereich ist der Kernbereich der ambulanten Versorgung. Hier werden die entscheidenden Weichen für sachgerechte und indikationsbezogene Therapie gestellt, hier entscheidet sich ganz wesentlich, wie zufrieden die Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen in

Deutschland ist. Daher bedarf dieser Versorgungsbereich auch der entsprechenden finanziellen Ausstattung, die sich an der Morbidität der Bevölkerung zu orientieren hat und so bemessen sein muss, dass es attraktiv ist, in diesem Bereich zu arbeiten. Das ist derzeit nicht gewährleistet, zumal die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten zur Unzeit und außerhalb üblicher Sprechstunden im hausärztlichen Versorgungsbereich besonders groß und mit erheblichen Einschränkungen im privaten Umfeld verbunden ist.

Der hausärztliche Versorgungsbereich beruht auf drei ärztlichen Säulen:

- Allgemeinärzten
- Internisten
- Kinder- und Jugendärzten

Diese drei Arztgruppen haben aufgrund ihrer unterschiedlichen Weiterbildung in diesem Versorgungsbereich auch unterschiedliche Aufgaben. Die Akut- und Notfallversorgung müssen alle drei Arztgruppen beherrschen, wobei die Kinder- und Jugendärzte, von Notfällen ausgenommen, ausschließlich für die Altersgruppe bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zuständig sind.

Die bisherigen Erfahrung mit Verträgen nach § 73 b SGB V zeigen, dass der Gesetzgeber bei der Formulierung dieses Paragraphen diese Aufgabenteilung nicht berücksichtigt hat. Hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte übernehmen 35 bis 40 % der Versorgung der Bevölkerung in diesem Bereich. Daher ist das Monopol eines Verbandes, der regional mindestens 50 % nur der Allgemeinärzte vertritt, nicht sachgerecht. Außerdem hat der Gesetzgeber bei dieser Konstellation nahezu ausschließlich die Belange der Erwachsenen gesehen, die besonderen Versorgungsperspektiven von Kindern und Jugendlichen gemäß der UN-Kinderrechtskonvention wurden nicht ausreichend berücksichtigt. Dies gilt, obwohl Kinder und Jugendliche, die bei einem Allgemeinarzt eingeschrieben sind, ohne Überweisung einen Kinder- und Jugendarzt aufsuchen dürfen.

Der BVKJ fordert den Gesetzgeber auf, die Alleinstellung eines Verbandes aufzuheben und mehr Wettbewerb zuzulassen. Da die Versorgungsrealität zeigt, dass Kinder und Jugendliche zum großen Teil durch Kinder- und Jugendärzte hausärztlich betreut werden, müssen diese auch in speziellen, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Versorgungsverträgen bei Ärztinnen und Ärzten eingeschrieben werden können, die über eine abgeschlossene Weiterbildung im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin verfügen. Die Einschreibung von Kindern und Jugendlichen in Verträge, die sich vorwiegend an den Bedürfnissen von Erwachsenen und multimorbiden geriatrischen Patienten orientieren und nicht an den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Entwicklungsphasen, ist nicht sachgerecht und dient nicht der Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe. Nur durch Verträge, die auf die Besonderheiten der Patienten bis zum Abschluss des somatischen Wachstums ausgerichtet sind, lassen sich Einsparungseffekte bei der Arzneimittelversorgung und bei stationärer Einweisung erzielen. Eine wohnortnahe Akut- und Notfallversorgung sollte immer im Kollektivvertragssystem möglich sein, Selektivverträge sollten spezielle Leistungen durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte anbieten, die die Grundversorgung im Kollektivvertragssystem ergänzen und nachweisbare Verbesserungen für den Patienten bringen. Dafür müssen dann auch entsprechende Vergütungen gezahlt werden.

4. § 79 c SGB V

Hier sollte verbindlich klargestellt werden, dass in den Beratenden Fachausschüssen für die Hausärztliche Versorgung ebenso wie auf der Bundesebene auch auf der Landesebene grundsätzlich alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen (Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten, Kinder- und Jugendärzte) vertreten sein müssen. Dies ist z.Zt. nicht bei allen KVen gewährleistet.

5. § 84c SGB V

Es muss verbindlich festgelegt werden, dass eine Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls, bei der die Krankenkassen auf ihr Mitspracherecht gemäß den HMR verzichtet haben, grundsätzlich von Regressen ausgeschlossen ist (s. auch § 106). Ebenso muss sichergestellt werden, dass Heilmittelverordnungen für behinderte Kinder, die ihre Heilmittel aufgrund regionaler Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen, den KVen und den Trägern von Behinderteneinrichtungen in diesen Einrichtungen erhalten, von Regressansprüchen ausgenommen sind.

6. § 87 SGB V

Bei einheitlichem Leistungskatalog für die Versicherten sollte auch ein bundesweit einheitlicher fester €Betrag zur Vergütung ärztlicher Leistungen garantiert werden. Ein Punktwert als Orientierungswert ist nicht ausreichend. Regionale Unterschiede kann es nur dann geben, wenn der Leistungskatalog und somit der Versorgungsanspruch der Versicherten regional unterschiedlich ist. Es muss sichergestellt werden, dass der Versorgungsbedarf der Bevölkerung auch angemessen vergütet wird. Heckenschnittartige Mengengrenzungen sind willkürlich und berücksichtigen weder den regionalen Versorgungsbedarf, die freie Arztwahl der Versicherten noch die individuelle Leistungsfähigkeit einer Arztpraxis.

7. § 95 SGB V

MVZ sollten nicht zwingend fachübergreifend sein. Es muss z.B. auch möglich sein, rein pädiatrische MVZ zu gründen und zu betreiben. Kinder- und Jugendärzte sind im Wesentlichen in der hausärztlichen Versorgungsebene tätig, sie übernehmen gemäß ihrer Weiterbildung aber auch die spezialärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Ärztinnen und Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzweiterbildung (Z.B. Neuropädiatrie, Kinderonkologie/-hämatologie, Kinderneurologie, Kinderreumatologie, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinderpneumologie/-allergologie, Kinderendokrinologie, Kindergastroenterologie).

8. § 101 SGB V

Für die Planung der spezialärztlichen Versorgung besteht nach Auffassung des BVKJ die Notwendigkeit, bundesweit eine Bedarfsplanung für die spezielle fachärztliche pädiatrische Versorgung im Bereich von Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen vorzunehmen. Der Begriff „flächendeckende Versorgung“ muss bei unterschiedlichen Arztgruppen auch einer differenzierten Bewertung unterliegen.

9. § 116 b

Bei den Änderungen des § 116 b muss gewährleistet sein, dass es sich hier um eine tertiäre Versorgungsstufe handelt und dass Kliniken nicht die primäre und sekundäre Versorgung der Versicherten übernehmen, es sei denn, es gibt im Bereich der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine ganz erhebliche Unterversorgung. Diese kann nur unter Einbeziehung der regionale KV festgestellt werden. Ein Investitionskostenabschlag von 5 % entspricht nicht den realen Kosten und stellt eine Subventionierung der in einer Klinik erbrachten spezialärztlichen Leistungen zum Nachteil niedergelassener Spezialisten dar.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident