

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung**

**(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**

**vom 21. Oktober 2014**

**Stellungnahme**

**des Berufsverbands**

**der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V)**

**Vorbemerkung:**

Ziele

Der BVKJ bekennt sich zu den im Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG – formulierten Zielen.

In dem vorliegenden Referentenentwurf sind Regelungen zur Verbesserung und Sicherung der ambulanten und stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen weitgehend ausgenommen. Der BVKJ hat den Eindruck, dass auch im Jahr des 25-jährigen Bestehens der UN-Kinderrechtskonvention die wichtigen Belange einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nicht den Stellenwert einnehmen, den sie eigentlich einnehmen müssten.

§ 26 Früherkennungsuntersuchungen

Es liegt zum wiederholten Mal bei Änderungen des SGB V in den letzten Jahren kein Vorschlag zur dringenden Änderung des **§ 26 SGB V** vor, obwohl wir bereits mehrfach folgenden Wortlaut vorgeschlagen haben:

*„(1) „Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf regelmäßige kinder- und jugendärztliche Untersuchungen zur Prävention und Früherkennung und von Störungen der psychischen und physischen Gesundheit, die ihre körperliche, geistige, emotionale oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Sie umfassen sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 3 Satz 2 in Form einer ärztlichen Bescheinigung. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte altersbezogene präventionsorientierte Beratung, die gesundheitliche Verhaltensweisen anspricht, die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung zu fördern versucht, die Resourcen der Familie berücksichtigt und über typische Risiken und Gefahren informiert.“ ........*

Es ist dringend erforderlich, dass auch GKV-Versicherte Kinder im Grundschulalter (Altersgruppe von 6 bis 10 Jahren) einen Rechtsanspruch auf von den Krankenkassen finanzierte Kinderfrüherkennungs- bzw. Vorsorgeuntersuchungen erhalten. Diese Ungleichbehandlung gegenüber privat versicherten Kindern verstößt gegen Art.3 des Grundgesetzes und gegen die Art. 2, 3 und 24 der UN-Kinderrechtskonvention. Der BVKJ fordert, dass der § 26 noch in diesem Gesetz entsprechend geändert wird, ein Hinauszögern in das geplante Präventionsgesetz ist nicht sachgerecht.

**Zu den einzelnen gesetzlichen Regelungen:**

§ 27 b Zweitmeinungsverfahren:

Aufgrund der Beschränkung auf planbare Eingriffe wird das Zweitmeinungsverfahren die Kinder- und Jugendärzte nur peripher betreffen. Unabhängig davon und unabhängig von der Kostenfrage stellt es eine Erweiterung der Patientenrechte dar.

§ 39 Entlassmanagement

An der Schnittstellt Krankenhaus – ambulante Versorgung kommt es immer wieder zu Reibungsverlusten. Aus Sicht des BVKJ ist es sehr begrüßenswert, dass hier dem Krankenhaus bestimmte Möglichkeiten (Verordnung von Medikamenten) an die Hand gegeben werden.

73a Strukturverträge gestrichen:

Eine Streichung des § 73 a muss die unveränderte Übernahme der entsprechenden Inhalte in den § 140a zur Folge haben.

73 b verändert:

Leider wird auch bei der jetzigen Änderung der Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendärzte, die sowohl hausärztlich als auch fachärztlich tätig sind, ignoriert. Kinder- und Jugendärzte fungieren als Hausärzte der Kinder und Jugendlichen und nehmen aufgrund ihrer speziellen 5-jährigen Weiterbildung im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin eine ganz besondere Aufgabe im hausärztlichen Versorgungsbereich wahr. Daher muss neben der Pflicht zur hausarztzentrierten Versorgung auch eine Pflicht für die Krankenkassen zur „pädiatriezentrierten“ Versorgung in das Gesetz Aufnahme finden.

**Forderung:**

Die Krankenkassen haben ihren Versicherten, soweit es sich um Kinder oder Jugendliche handelt, alternativ eine besondere pädiatriezentrierte Versorgung nach den gleichen Voraussetzungen wie die hausarztzentrierte Versorgung anzubieten.

73c gestrichen

Eine Streichung des § 73 c muss die unveränderte Übernahme der entsprechenden Inhalte in den § 140a zur Folge haben. Viele Krankenkassen haben auf der Grundlage des § 73c SGB V mit der BVKJ-Service GmbH innovative Selektivverträge zur besseren gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgeschlossen, diese Verträge dürfen nicht gefährdet, sondern sie müssen ausgebaut werden. Es handelt sich hier im Wesentlichen um Add-on-Leistungen, die im EBM nicht abgebildet sind und eine Versorgungsverbesserung darstellen.

§ 75 Terminservicestellen:

Aus pädiatrischer Sicht stellt sich die Frage, ob die Verpflichtung der Terminvereinbarung alle Kinder- und Jugendärzte oder nur die fachärztlich tätigen Schwerpunktpädiater betrifft. Bisher ist uns nicht bekannt, dass es hier Versorgungsengpässe gegeben hat und Handlungsbedarf besteht. Kinder- und Jugendarztpraxen sind gut vernetzt, auch mit Spezialambulanzen von Krankenhäusern und Kinder- und Jugendliche mit besonderem Behandlungs- und Betreuungsbedarf werden immer zeitnah im Rahmen direkter Kooperation versorgt.

Es bleibt bei der vorliegenden Formulierung unklar, ob hier nur kurative Behandlungen gemeint sind, oder ob auch die gesamte Prävention eingeschlossen ist.

§ 75 Sicherstellung

Im Bereitschafts- und Notfalldienst unterstützen wir die verpflichtende Kooperation mit Kliniken für Kinder und Jugendliche. Dadurch sehen wir vermehrte Möglichkeiten, flächendeckende Organisation eines pädiatrischen Bereitschaftsdienstes einzurichten. Hier gibt es bereits in nahezu allen Bundesländern hervorragende Kooperationen.

§ 75 a Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Da die Kinder- und Jugendärzte der hausärztlichen Versorgungsebene angehören und auch hier zunehmend Praxen nicht nachbesetzt werden, aber auch, da die nachfolgende Medizinergeneration andere Arbeitszeitmodelle hat, muss auch die Kinder- und Jugendmedizin gefördert werden. Wir schlagen hier analog zur Allgemeinmedizin die Förderung der Pädiatrie mit mindestens 800 Stellen (= 10% der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen) vor. Unsere Erfahrungen zeigen, dass junge Weiterbildungsassistentinnen und –assistenten nach einer Weiterbildung in den Praxen auch bereit sind, nach Abschluss ihrer Weiterbildung in der ambulanten Versorgung zu arbeiten. Auch die Kinder- und Jugendmedizin steuert gerade im ambulanten Versorgungsbereich auf eine Unterversorgung zu, wenn nicht umgehend gegengesteuert wird.

Die Weiterbildungsstellen in stationären Klinikabteilungen für Kinder und Jugendliche werden aufgrund des massiven Bettenabbaus in der Pädiatrie ebenfalls zunehmend gestrichen, daher muss ein Teil der Weiterbildung in den Praxen erfolgen. Zudem gewährleistet eine rein klinische Weiterbildung vielfach nicht die Weiterbildung bei Krankheitsentitäten und Vorstellungsanlässen der pädiatrischen Praxen, in denen weit über 80 % aller Patientenprobleme in der Kinder- und Jugendmedizin gelöst werden. Wer auch für das Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin, wo die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig sind, eine qualifizierte Weiterbildung gewährleisten möchte, muss sicherstellen, dass ein Teil der Weiterbildungszeit in den Praxen abgeleistet wird. Dazu muss die Finanzierung dieser Weiterbildung gewährleistet sein.

§ 76 Freie Arztwahl

Die Inanspruchnahme von Klinikabteilungen zur ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen muss davon abhängig sein, ob der niedergelassene Bereich die Versorgung sicherstellen kann oder nicht. In den dann in Anspruch genommen Klinikabteilungen ist grundsätzlich für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin Facharztstandard zu gewährleisten.

§ 79 Organe der KVen

§ 79 3a: Bei einer derartigen Paritätsregelung werden die Belange der Kinder- und Jugendärzte, die zwar im hausärztlichen Bereich angesiedelt sind, aber sowohl haus- als auch fachärztlich tätig sein können, regelhaft überstimmt werden, wenn es sich um rein „hausärztliche“ Belange handelt, über die die Vertreter der Hausärzte alleine abstimmen. Der BVKJ fordert hier einen Minderheitenschutz, der die besonderen Belange der Kinder- und Jugendmedizin ausreichend berücksichtigt.

§ 87 Bundesmantelvertrag / EBM

Bei der Aufnahme delegationsfähiger Leistungen sollten auch die besonderen Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin (Stichwort: Präventionsassistentin) Berücksichtigung finden. Auch die wichtigen Leistungen im Bereich der ambulanten Kinderkrankenpflege, die eine Betreuung schwerstbehinderter Kinder und Jugendlichen zu Hause erst ermöglichen, dürfen nicht unerwähnt bleiben.

§ 87a

Die Erhöhung des Aufsatzwertes für die KVen die einen unbegründet niedrigen Aufsatzwert 2013 hatten im Sinne eines „Add-ons“, wird ausdrücklich begrüßt, denn es gibt bisher ganz erhebliche Vergütungsunterschiede für die gleiche Leistung.

§ 87 b

In zunehmendem Maße werden von Schwerpunkt-Pädiatern rein fachärztliche Leistungen erbracht, die den hausärztlichen Topf belasten. Vor einer weiteren Vergütungstrennung muss es hier zu einem Honorartransfer vom fachärztlichen in den hausärztlichen Topf kommen, um die hier angefallenen Leistungen der Schwerpunktpädiater, die nicht mehr bei Erwachsenenfachärzten anfallen, zu kompensieren.

§ 92 a Innovationsfond, Förderung neuer Versorgungsformen, Versorgungsforschung

Hier müssen insbesondere auch Versorgungsforschungsvorhaben für Kinder und Jugendliche angeschoben werden.

§ 92 b Förderung neue Versorgungsformen

Diese Förderung könnte auch für die Kinder- und Jugendärzte vielversprechende Ansätze bieten. Die flächendeckende, wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen ist stark gefährdet. Deshalb muss mit Nachdruck nach neuen Versorgungsformen in diesem Bereich gesucht werden. Der BVKJ hat hierzu ein Zukunftskonzept vorgelegt, das unterschiedliche Modelle aufzeigt.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztliche Versorgung

Die durch Kommunen zu gründende LVZ müssen ebenfalls der Bedarfsplanung unterliegen. Sie sollten nur in unterversorgten Gebieten möglich sein und nur ausnahmsweise an Krankenhäusern angesiedelt werden. Die Möglichkeit, arztgruppengleiche MVZ zu gründen, ist eine gute Facette im Bereich der Kooperationsmöglichkeiten und wird von der Kinder- und Jugendmedizin begrüßt.

§ 103 Zulassungsbeschränkungen

Es ist ein Trugschluss, zu glauben, dass man Überversorgung so einfach definieren kann. Würde diese Sollbestimmung buchstabengetreu umgesetzt, käme es in vielen Ballungsgebieten nicht mehr zu einer Nachbesetzung florierender Praxen mit hoher Patientenakzeptanz. Viele dieser Praxen haben überdurchschnittliche Fallzahlen und sind in der Versorgung unverzichtbar. Aufgrund ausgeschöpfter Behandlungskapazitäten sind etliche Praxen in angeblich überversorgten Ballungsräumen kaum noch in der Lage, neue Patienten aufzunehmen. Diese Aspekte müssen unbedingt berücksichtigt werden. Ohne Berücksichtigung der Fallzahlen im Vergleich zur Fachgruppe kann man nicht von einer wirklichen Überversorgung sprechen. Es ist auch zu bedenken, dass in Ballungsgebieten und mittleren Versorgungsschwerpunkten die kinder- und jugendmedizinischen Praxen nahezu alle Kinder und Jugendlichen haus- und fachärztlich versorgen und somit in der Versorgung dieser Altersgruppe eine ganz andere Rolle spielen als in ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte. Dies lässt sich sehr gut an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ablesen.

Durch die Regelung, dass der Nachfolger in einer BAG mindestens 3 Jahre dort tätig gewesen sein soll, werden die Rechte eines Sitzinhabers in einer Gemeinschaftspraxis möglicherweise missachtet, denn dadurch werden eventuell Nachfolger in einer BAG zugelassen, die nicht in der BAG harmonieren. Auch die zusätzliche Einbeziehung der übrigen Behandlungsangebote eines MVZ bei der Bewerbung favorisiert diese in unzulässiger Weise

§106 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Es wird zwar die Richtgrößenprüfung abgeschafft, andererseits werden sämtliche Regelungen erneut verschärft. Auch die Bestimmung „Beratung vor Regress“ taucht nicht mehr auf. Diese Modifikation läuft auf eine deutliche Verschärfung der Prüfung hinaus und wird von uns abgelehnt. Sie strärkt erneut die Angst der jungen Kolleginnen und Kollegen, sich in eigener Praxis niederzulassen, weil das Regressrisiko unkalkulierbar erscheint.

§116 a ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

In unterversorgten Gebiete müssen Krankenhäuser auf Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtig werden. Hier ist aber grundsätzlich Facharztstandard zu gewährleisten.

§ 137f strukturierte Behandlungsprogramme

Bei der Definition der neuen DMP-Programme fehlen erneut das für die Pädiatrie wichtige ADHS/ADS und die atopische Dermatitis.

§140a Besondere Versorgung

Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen können Gegenstand von Selektivverträgen sein. Wenn hier nur die früheren Möglichkeiten des § 73a und 73c mit den bisherigen Möglichkeiten des § 140 a zusammengefasst sind, dann ist diese Neufassung zu begrüßen.

Köln, 21. Oktober 2014

Dr. W. Hartmann, Präsident