DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Herrn
MinDir Dr. Ulrich Orlowski
Herrn Till-Christian Hiddemann
Bundesministerium für Gesundheit

Per Mail an:
Till-Christian.Hiddemann@bmg.bund.de

Der Präsident
Prof. Dr. Norbert Wagner

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax:+49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:
Universitätsklinikum Aachen
Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin
Pauwelsstr. 30
52074 Aachen
Tel. +49 241 80-88700
Fax: +49 241 80-82492
n.wagner@dgkj.de

Aachen, 05.11.2014

Stellungnahme der DGKJ zum Referentenentwurf für ein Versorgungsstärkungsgesetz

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchten wir die Zielsetzung des Gesetzgebers, für eine Weiterentwicklung der Versorgung und eine bessere medizinische Behandlung zu sorgen, sehr anerkennen und hierfür unsere große Zustimmung signalisieren. Doch befürchten wir, dass sich dies weitgehend auf die Versorgung erwachsener Patienten auswirken wird. Dabei geht es uns nicht um die Berücksichtigung eines medizinisches Fachgebietes, das wir vertreten, sondern um die Belange der kindlichen und jugendlichen Patienten – die im vorliegenden Gesetzentwurf nicht genügend berücksichtigt wurden. Dies werden wir unten erläutern.

Da das Versorgungsstärkungsgesetz viele Facetten beinhaltet, fokussieren wir unsere Bemerkungen auf wenige Punkte, die für die pädiatrische Versorgung relevant sind.

Unsere Kommentare zu den einzelnen Punkten:

Zu § 92a und 92b
Die DGKJ ist dem Netzwerk Versorgungsforschung beigetreten und hat hier eine Pädiatrie AG initiiert. Wir unterstützen daher die Idee für einen Innovationsfonds, der neue Versorgungsformen und die Versorgungsforschung belebt, nachdrücklich. In der Art und Weise wie dieser institutionalisiert und tätig werden soll, befürchten wir aber eine Vernachlässigung der pädiatrischen Belange, wenn hier nicht auch Kinder und Jugendliche explizit genannt werden. Diese machen 16% der Bevölkerung aus. – Es wäre nachvollziehbar, die Forderung aufzustellen, dass 16 % der Mittel, die dieser Fonds verteilt, auf die Erprobung neuer Versorgungs-formen für Kinder und Jugendliche bzw. der Versorgungsforschung für diese Patienten aufgewendet werden sollte.

Auch die Zusammensetzung des Innovationsausschusses lässt nicht wirklich vermuten, dass hier auch auf die Bedürfnisse und Fragestellungen, die für pädiatrische Patienten bzw. für deren Versorgung von Belang sind, eingegangen wird. Wir erwarten vom Gesetzgeber eine entsprechende Nachjustierung und explizite Nennung von Kindern und Jugendlichen.

Zu § 117

Die Neuregelung des § 117 (mit Ermächtigung durch eine gesetzliche Grundlage) findet unsere große Zustimmung; insbesondere begrüßen wir, dass hier auf die Bedürfnisse der Patienten eingegangen wird, wenn sie „wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankungen einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen“ diese auch unabhängig von „dem für die Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“ erhalten sollen.

Zu § 117, Absatz 1, Punkt 2: Wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die KBV und die DKG aber die „Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen“, vereinbaren, fürchten wir, dass hier pädiatrische Patienten vergessen bzw. nicht genügend berücksichtigt werden. Unsere Erfahrung ist, dass viele Gremienvertreter ausschließlich Erwachsene im Blick haben (weil sie an die kindlichen Patienten schlichtweg nicht denken). Es gibt aber im Kindesalter Erkrankungen, die die Erwachsenenmedizin nicht kennt. Wir plädieren daher dringend dafür, pädiatrische Expertise mit einzubeziehen und dies im Optimalfall auch in das Gesetz zu schreiben.

Zu § 119c

Die Etablierung von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene begrüßen wir außerordentlich. Denn nur dadurch erhalten die Patientinnen und Patienten, die in den Sozialpädiatrischen Zentren behandelt werden, eine adäquate anschließende Behandlung, wenn sie erwachsen werden. Doch fehlt in dem Gesetzentwurf die Ausgestaltung der Transition selbst oder eine Regelung, wie diese „systematische Transition vom kinder- und jugendmedizinischen Versorgungskontext zum erwachsenenmedizinischen Versorgungskontext erfolgen“ (S. 107) soll.

Sorgen bereitet uns allerdings ebenso die Transition derjenigen jugendlichen Patienten in die Erwachsenenmedizin, die als Kinder nicht im SPZ behandelt werden/wurden und die als Erwachsene durchaus ein autonomes Leben führen können. Diese bedürfen aber dennoch einer mehr oder weniger engmaschigen Begleitung durch spezialisierte Fachärzte, auch wenn sie erwachsen sind. Die Transition dieser Patienten ist in keiner Weise geregelt; durch die zunehmende Zahl chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher ist die Problematik aber sehr akut: Einzelne Untersuchungen zeigen, dass der gesundheitliche Zustand junger Erwachsener sich verschlechtert, wenn sie keine hinreichende medizinische Versorgung in der Erwachsenenmedizin finden.
Die Transition Jugendlicher aus der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin sollte geregelt erfolgen und strukturell und finanziell durch die GKV abgedeckt werden. Hierzu haben wir einen Textvorschlag für eine Ergänzung des § 43 SGB V entwickelt; siehe dazu Anlage 1.

Zu § 120
Zur Finanzierung der Hochschulambulanzen:
Wir hoffen sehr, dass die nun vorgesehenen Regelungen für die Finanzierung der Hochschulambulanzen mit der sehr begrüßenswerten Zielsetzung, dass diese kostendeckend arbeiten sollen, auch tatsächlich in der Realität ihr Ziel erreichen.
Allerdings plädieren wir dringend dafür, auf Fallzahlobergrenzen bei Kindern und Jugendlichen als Patienten zu verzichten, vor allem wenn diese die Behandlung in der Hochschulambulanz auf Überweisung erhalten.

Zu den pädiatrischen Ermächtigungsambulanzen:
Auch wenn der Gesetzgeber vor einigen Jahren die besondere Behandlung von Kindern und Jugendlichen an pädiatrischen Ermächtigungsambulanzen in § 120a SGB V geregelt hat, ist die Situation der pädiatrischen Ambulanzen weiterhin sehr unbefriedigend. Die an Kinderkliniken oder Kinderabteilungen tätigen Fachärzte berichten über erhebliche Probleme mit den notwendigen KV-Ermächtigungen:

1. Sie werden teilweise gar nicht mehr erteilt oder entzogen, obwohl eindeutig ein spezieller Versorgungsbedarf für Kinder und Jugendliche besteht.
2. Fallzahlbegrenzungen werden willkürlich gewählt.
3. Auch fachlich nicht nachvollziehbare Altersbeschränkungen werden vorgenommen, z.B. auf 6 oder 12 Jahre, so dass ältere Kinder gezwungen werden, zum Erwachsenen-Mediziner zu gehen.

Dies wirkt sich entsprechend negativ auf die Patientenversorgung aus. In der Inanspruchnahme der ambulanten Behandlung unterscheidet sich die pädiatrische Versorgung von der Erwachsenen-Medizin, wo dies zu einem ganz überwiegenden Teil die niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte übernehmen.
Um eine gute ambulante fachärztliche Versorgung chronisch kranker Kinder- und Jugendlicher in Wohnortnähe dauerhaft zu sichern, schlagen wir „Pädiatrische Institutsambulanzen“ vor – analog den sog. „Geriatrische Institutsambulanzen“ nach § 118a SGB V. Einen entsprechenden Textvorschlag für einen neuen § 118a SGB V finden Sie in Anlage 2.

Zu § 134a
Den Ausschluss eines Regressanspruches ausschließlich für Hebammen können wir auch bei wohlwollender Betrachtung der Thematik nicht nachvollziehen. Dieser müsste konsequenterweise auch auf Geburtshelfer und alle an einer Geburt Beteiligten ausgedehnt werden. Hier plädieren wir für eine Fonds-Lösung, wie sie die Bundesärztekammer vorschlägt.

Über die Berücksichtigung unserer Vorschläge würden wir uns sehr freuen und stehen Ihnen jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Norbert Wagner

Anlage 1 und 2

Anlage 1: Transition

Dieser Problematik hat sich eine AG, zusammengesetzt aus Vertretern der DGKJ und der Dt. Ges. für Innere Medizin sowie der DG für Neurologie, angenommen. Eine gute und strukturierte Transition beinhaltet neben den ärztlichen Leistungen auch ein Fallmanagement, das die Jugendlichen begleitet bis sie in der Erwachsenenmedizin eine gute ärztliche Versorgung gefunden haben. Die Finanzierung dieser Transitionsphase und der Leistungen des Fallmanagements sind jedoch nicht durch die GKV-Regelversorgung abgedeckt. Wir plädieren deshalb für eine Erweiterung des § 43 SGB V um einen Absatz 43c, der die Transitionsproblematik aufgreift.

Text-Vorschlag der AG Transition für eine Ergänzung des § 43 SGB V:

§ 43 c Leistungen zur Transition

(1) Versicherte in einem Lebensalter von 16 bis 20 Jahren mit einer chronischen, fortschreitenden Erkrankung und besonderem Betreuungsbedarf haben Anspruch auf eine strukturierte Transition aus der Betreuung des Kinder- und Jugendarztes in die Betreuung eines Vertragsarztes mit Schwerpunkt- und/oder Zusatzweiterbildungsqualifikation aus der Erwachsenenmedizin.

(2) Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.

(3) Die Transitionsversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in einer strukturierten Weise in die Erwachsenenmedizin zu gewährleisten. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der Transitionsversorgung,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden/überweisenden Arztes mit dem Leistungserbringer und dem Adressaten der Verordnung/ Überweisung.

Anlage 2: Pädiatrische Institutsambulanzen

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche, die auf eine spezialärztliche Versorgung angewiesen sind, sollten diese in zumutbarer Entfernung zum Wohnort erhalten. Hierfür schlagen wir sog. „Pädiatrische Institutsambulanzen“ vor.
Diese müssten auf Antrag im Rahmen des Versorgungsauftrags einer Kinderklinik oder Kinderabteilung genehmigt werden ohne Entscheidungswillkür der Zulassungsausschüsse. Damit könnte sichergestellt werden, dass Kinder und Jugendliche möglichst wohnortnah Spezialambulanzen an Kinderkliniken und Kinderabteilungen aufsuchen könnten. Der Bedarf regelte sich unverändert über den Überweisungsvorbehalt. Eine Steigerung der Fallzahlen ist aufgrund der tendenziell rückläufigen Geburtenzahlen nicht zu erwarten. Fallzahlbegrenzungen und inhaltliche Beschneidungen der fachärztlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugunsten der Erwachsenen-Medizin müssten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr unterbunden werden.

§ 118b Pädiatrische Institutsambulanzen
(erarbeitet von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser in Deutschland, GKinD)

(1) Krankenhäuser mit kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen, kinderorthopädischen, pädaudiologischen oder kinderradiologischen Abteilungen sind auf Antrag vom Zulassungsausschuss zur ambulanten fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zu ermächtigen. Die Ermächtigungen sind inhaltlich auf Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag für Kinder und Jugendliche zu beschränken. Weitere Beschränkungen, etwa zur Fallzahl, sind nicht zulässig.
(2) Die Ermächtigung nach Absatz 1 ist auf Antrag um die Versorgung von Patienten nach Vollendung des 18. Lebensjahres zu erweitern, soweit zur Versorgung schwerer und chronischer Erkrankungen keine zumutbaren ambulanten Versorgungsalternativen bestehen.