

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(43)

gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2024

12.11.2024



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen

Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines

**Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsversorgung in der Kommune**

**(GVSG) (Drucksache 20/11853,
vom 17.06.2024)**

11. November 2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Vorbemerkung

Vor dem Hintergrund des medizinischen und technologischen Fortschritts, der seit Jahren die Ambulantisierung der medizinischen Versorgung beschleunigt, muss der Gesetzgeber ein erhebliches Interesse daran haben, die Attraktivität der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte zu erhöhen, um zukünftig die Versorgungssicherheit in der ambulanten Versorgung im Sinne der Patienten aufrechtzuerhalten.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) wird durch eine Reihe gesetzlicher Maßnahmen die Stärkung der Gesundheitsversorgung insbesondere im hausärztlichen Versorgungsbereich beabsichtigt.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin ist es für hier unverzichtbar, das Versorgungs- und Nachwuchsproblem bei Kinder- und Jugendärzten in Angriff zu nehmen. **Deshalb hält es der BVKJ für dringend geboten, zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, eine Weiterbildungsförderung in der Kinder- und Jugendmedizin analog zur Allgemeinmedizin zu etablieren.** Bisher fehlt hierfür jedoch die Gesetzesinitiative.

Die Vorhalte- und Chronikerpauschalen in der hausärztlichen Versorgung sind in der gewählten Form für die Kinder- und Jugendmedizin ungeeignet. Der BVKJ begrüßt deshalb, dass Ausnahmen für Kinder und Jugendliche bzw. für die Kinder- und Jugendmedizin gemacht werden. Darüberhinausgehend empfiehlt der BVKJ weitere Möglichkeiten für Strukturveränderungen in der vertragsärztlichen Honorierung.

Weiterhin macht der BVKJ weitergehende Vorschläge für einen Bürokratieabbau, die über die positiven Schritte bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen hinausgehen.

Im Einzelnen:

1. Weiterbildung in § 75a

In der ambulanten und stationären Pädiatrie droht ein Ärztemangel, der dringend Gegenmaßnahmen erfordert. Hierzu gehört, neben der bereits umgesetzten Entbudgetierung, insbesondere eine Stärkung der ambulanten pädiatrischen Weiterbildung.

In der Weiterbildungsförderung nach § 75 a SGB V bestehen derzeit noch große Unterschiede zwischen Allgemeinmedizin und Pädiatrie, die sachlich nicht begründet werden können und die

sich angesichts des Pädiatermangels verbieten. **Der BVKJ fordert daher, die Pädiatrie in der Förderung der Weiterbildung der Allgemeinmedizin gleichzustellen.**

1.1. Hausarztzentrierte Versorgung

In der hausarztzentrierten Versorgungsrealität spielen Kinder- und Jugendärzt*innen eine existentielle Rolle, als Primärärzt*innen, die Aufgaben der Patientensteuerung im Gesundheitssystem übernehmen (Lotsensystem). **Soll die Pädiatrie in Zukunft weiterhin in die Lage versetzt werden, ihre primärärztliche Funktion zu erfüllen, braucht sie die primärärztliche Weiterbildungsförderung.**

Obwohl die Pädiatrie, neben der Allgemeinmedizin, die einzige Fachgruppe ist, die komplett in der hausärztlichen Versorgung angesiedelt ist, werden Kinder- und Jugendärzt*innen bei der Weiterbildung als „grundversorgende Fachärzte“ behandelt. Dies gefährdet die Nachwuchsgenerierung in der Pädiatrie und damit das parteiübergreifend verfolgte Ziel der Politik, die hausarztzentrierte Versorgung zu stärken.

1.2. Weiterbildungsordnung

In der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) (2018) ist der Erwerb von Kompetenzen Grundvoraussetzung für Erlangung des Facharztstitels. In der Kinder- und Jugendmedizin gibt es mehrere Kompetenzfelder, für deren Erwerb eine **ambulante Praxiserfahrung zwingend erforderlich** ist: Impfungen, Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen, die Diagnostik und Therapie in der Sozialpädiatrie sowie große Teile der Kompetenzen der Behandlung der psychischen und psychosomatischen Störungen.

Mindestens einen hälftigen Anteil machen ambulante Praxiserfahrungen bei weiteren Kompetenzen aus, eine rein klinische Weiterbildung garantiert keine volle Punktzahl. Hierzu gehören u.a. Infektionskrankheiten, Diabetologie, Erkrankungen des Verdauungstraktes, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diagnostische Verfahren. **Ein ambulanter Weiterbildungsabschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ist praktisch unumgänglich, um die Weiterbildungsinhalte vollständig erwerben zu können.**

Auch vor dem Hintergrund der **reduzierten Weiterbildungskapazitäten in den Kinderkliniken** werden Weiterbildungsverbünde zwischen Kliniken und weiterbildenden Praxen essentiell sein, um zukünftig noch ausreichend pädiatrischen Nachwuchs für die primärärztliche Versorgung, die Kinderkliniken und die mittlerweile gut etablierte pädiatrische Schwerpunktversorgung weiterzubilden. **Ohne eine verlässliche Förderung der ambulanten Weiterbildung droht eine Gefährdung der pädiatrischen Versorgung in Praxis und Klinik schon bald einzutreten.**

1.3. Formulierungsvorschlag

Wo im § 75a die Allgemeinmedizin erwähnt ist, muss entsprechend die Kinder- und Jugendmedizin Aufnahme finden. Insbesondere ist in Abs. 3 die Anzahl der zu fördernden Stellen auf 8.250 zu erhöhen, wovon mindestens 750 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin geschaffen werden sollen.

Der BVKJ empfiehlt folgende Änderungen in § 75a (Ergänzungen in **Grün**, Streichungen in **Rot**):

(1) 1Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die **allgemeinmedizinische und kinder- und jugendmedizinische** Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. 2Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tragen die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin **und Kinder- und Jugendmedizin** im ambulanten Bereich je zur Hälfte. 3Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt. 4Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszusahlen.

(2) 1Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die **allgemeinmedizinische und kinder- und jugendmedizinische** Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, zu fördern. 2Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

(3) 1Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens **8 250** betragen, **davon mindestens 750 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin**. 2Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.

(4) 1Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach den Absätzen 1 bis 3. 2Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über

1. die Höhe der finanziellen Förderung,
2. die Sicherstellung einer durchgängigen Förderung auch bei einem Wechsel in eine andere Weiterbildungsstelle in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen,
4. ein finanzielles Ausgleichsverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind, sowie
5. die zu fördernden Fachärzte aus dem Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, die an der Grundversorgung teilnehmen (grundversorgende Fachärzte).

3Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen. 4Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(5) 1Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der **allgemeinmedizinischen und kinder- und jugendmedizinischen** Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. 2Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung anzustreben.

(6) 1Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach den Absätzen 1 und 2 eine angemessene Vergütung erhalten. 2In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. 3Die Vertragspartner haben die Angemessenheit der Förderung regelmäßig zu überprüfen und soweit erforderlich anzupassen.

(7) In den Verträgen nach Absatz 4 kann auch vereinbart werden, dass

1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,
2. eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin erfolgt,
3. bis zu 5 Prozent der vorgesehenen Fördermittel überregional für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, und für die Qualifizierung von Weiterbildern bereitgestellt werden,
4. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben kooperieren oder eine Kassenärztliche Vereinigung mit der Durchführung der Aufgaben nach Absatz 1 beauftragen.

(9) 1Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten für die Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 entsprechend. 2Es sind bundesweit bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen, ~~davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin~~, zu fördern.

2. Hilfsmittelverordnung in § 33

Der BVKJ begrüßt, dass die Bewilligungsverfahren bei der Hilfsmittelversorgung vereinfachen werden sollen. Kinder und Jugendliche mit Behinderung haben heute noch mit viel Bürokratie und Verzögerungen bei der Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln zu kämpfen. Die in § 33 Absatz 5c neu gefundene Regelung, die eine Erforderlichkeitsvermutung vorsieht, hält der Verband für sachgerecht.

3. Bonus in der hausarztzentrierten Versorgung in § 65a

Der BVKJ bedauert, dass die Einführung eines Bonussystems für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b im Gegensatz zum Referentenentwurf nun nicht mehr enthalten sind. Wir halten einen Bonus in Höhe von mindestens 100 Euro für sinnvoll. Gleichzeitig muss zuverlässiger als heute sichergestellt werden, dass nur die Patienten den Bonus erhalten, die wirklich keine Leistungen außerhalb der hausarztzentrierten Versorgung in Anspruch genommen haben, sonst geht die Steuerungswirkung verloren. Patienten sollten von den Kassen außerdem auf die neue Möglichkeit hingewiesen werden müssen, um hohe Einschreibungsraten zu erreichen.

Der mit einer hausarztzentrierten Versorgung verbundene Steuerungsgedanke bedarf darüber hinaus weiterer gesetzlicher Verbesserungen.

Um die qualitätsgesicherte und leitlinienorientierte Steuerung der Versorgung auch in der Pädiatrie zu verbessern, muss es eine Gleichbehandlung der Kinder- und Jugendmedizin mit der Allgemeinmedizin bei den Hausarztmodellen nach § 73 b SGB V geben.

Der BVKJ empfiehlt folgende Änderungen in § 73b in der Fassung des Referentenentwurfs.

In Abs. 3 Satz 2 sind das Semikolon sowie die Wörter „die direkte Inanspruchnahme eines Kinder- und Jugendarztes bleibt unberührt“ zu streichen.

In Abs. 4 ist nach Satz 1 folgender Satz 2 einzufügen:

„Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 für Kinder und Jugendliche haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2025 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder und Jugendärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.“

In Satz 3 sind die Wörter „oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden“ zu streichen.

4. Chronikerpauschale in § 87 Abs. 2b

Der BVKJ begrüßt, dass die neue Versorgungspauschale nur für die Behandlung chronisch kranker erwachsener Patienten vorgesehen ist.

Während bei den Erwachsenen Zivilisationskrankheiten dominieren, sind die chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen breiter gestreut. Bei Patienten mit seltenen Erkrankungen oder Behinderungen ist ein hoher Betreuungsaufwand die Regel. Häufige chronische Erkrankungen (wie z. B. Neurodermitis oder Asthma) hingegen verursachen gerade bei guter Betreuung nicht unbedingt hohe Medikamentenkosten.

Ein wichtiges Chronikermerkmal sind auch die Sozialpädiatrie und die Behandlung der sogenannten „Neuen Morbiditäten“. Hierunter verstehen wir Entwicklungsstörungen, die sich auf das Sozial- und Lernverhalten sowie die zwischenmenschliche Interaktion und die Emotionen beziehen – wie ADHS, Teilleistungsstörungen, soziale Ängste, Bindungs- und Regulationsstörungen. Diese Erkrankungen spielen nicht erst seit der Pandemie eine große Rolle in pädiatrischen Praxen.

All diese jungen Patient*innen wären von der Chroniker-Definition des Gesetzentwurfes nicht erfasst, weshalb die Einschränkung auf erwachsene Patienten sachgerecht ist.

5. Vorhaltepauschale in § 87 Abs. 2 q

Der BVKJ begrüßt ausdrücklich, dass die Regelungen zur Vorhaltepauschale nach diesem Absatz die Kinder- und Jugendärzte ausnehmen. Die Zielrichtung, mit einer Vorhaltepauschale besonders diejenigen Praxen zu stärken, die die Grundversorgung im hausärztlichen Bereich sicherstellen, begrüßt der BVKJ ausdrücklich. Aber in der konkreten Ausgestaltung wäre die Pauschale in der Kinder- und Jugendmedizin nicht anwendbar.

Zwar lassen sich „Versorgerpraxen“ in der Kinder- und Jugendmedizin wie in der Allgemeinmedizin über hohe Scheinzahlen bestimmen, der BVKJ weist aber darauf hin, dass die anderen Voraussetzungen für die Vorhaltepauschale insbesondere bei Praxisöffnungszeiten und Hausbesuchen deutlich zu eng gefasst wären als dass sie auf pädiatrische Praxen zutreffen könnten.

Das Erfordernis einer Abendsprechstunde geht im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin von vornherein an den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen vorbei. Es ist Kindern nicht zuzumuten, in den Abendstunden Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen.

Gänzlich ungeeignet ist auch die Anzahl der Hausbesuche, welche in der Pädiatrie wegen der geringen Zahl immobiler Patienten, sowie der bei akut kranken Kindern oft indizierten Point-Of-Care Diagnostik (Blut- und Urinuntersuchungen, Infektionsdiagnostik, Ultraschall), eine marginale Rolle spielen.

5.1. Pädiatriegerechte Vorhaltepauschale

Sollte der Gesetzgeber eine Vorhaltepauschale für eine bessere Versorgung auch von Kindern und Jugendlichen einführen, würde das der BVKJ sehr begrüßen. Für die konkrete Ausgestaltung regt der BVKJ an, neben der Scheinzahlen die Anzahl der durchgeführten Präventionsleistungen, insbesondere Kindervorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen als weiteres Kriterium für Versorgerpraxen festzulegen.

Dabei ist zu beachten, dass in der Pädiatrie (anders als in der Erwachsenenmedizin) auch die fachärztlich arbeitenden Pädiater hausärztlich tätig sind. Die Schwerpunktpädiatrie (Kinderkardiologie, Kinderpneumologie, Kinderneuropädiatrie, Kindergastroenterologie, etc.) muss deshalb auch abgebildet werden.

Dies bedeutet, dass die Anrechnung des Präventionskriteriums für den Schwerpunkt-Anteil einer Praxis bei der Vorhaltepauschale nicht gelten kann und dass die differenten Tätigkeiten bei der Versorgungspauschale in den einzelnen Schwerpunkten abgebildet werden müssen.

Gesonderte Anforderungen für Kinder- und Jugendärzte mit wesentlicher Tätigkeit in der Schwerpunktpädiatrie sind deshalb zu finden.

6. Weiterer Regelungsbedarf im EBM in § 87 und § 87a

Der Gesetzgeber sollte eine Strukturpauschale für den ländlichen Raum sowie eine Strukturpauschale für soziale Brennpunkte vorsehen. Die bestehende Gesetzesgrundlage in § 87a Abs. 2 Satz 2 müsste entsprechend geschärft werden. Aus Sicht des BVKJ muss klargestellt werden, dass die Selbstverwaltung zum Abschluss entsprechender Zuschläge verpflichtet ist.

Konkret hält der BVKJ einen prozentualen Zuschlag auf jeden Ordinationskomplex für sachgerecht. Außerdem wäre es für eine bessere Versorgung von Patienten mit Sprachbarriere und sozial benachteiligten Familien gerechtfertigt, einen Aufschlag auf das *problemorientierte Gespräch* und die *Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung* vorzusehen. Zu den aktuellen Diagnosen könnte man dann das Vorhandensein einer Sprachbarriere als Zugangsvoraussetzungen für die Zusatz-Ziffern definieren,

Um eine Verbesserung der pädiatrischen Versorgung zu ermöglichen, empfiehlt der BVKJ außerdem die **Reduzierung der Leistungspauschalierung**. Insbesondere sollte die EBM-Ziffer 04230 („Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist“) bei jeder Arzt-Patienten-Konsultation abrechenbar sein.

Außerdem sollte die Problematik der medizinischen Mehrbesuche sozial benachteiligter Kinder im EBM Berücksichtigung finden. Damit könnte erreicht werden, dass sich die Versorgung von besonders beratungsbedürftigen sozial benachteiligten Kindern verbessert.

Um die Potentiale der Digitalisierung besser zu nutzen, muss die Vergütung der Telemedizin, einschließlich der Beratung am Telefon und über sichere Chat-Verbindungen verbessert und gleichberechtigt zur analogen Beratung vergütet werden.

7. Zuschläge nach § 87a

Aus Sicht des BVKJ ist die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Neuformulierung des § 87a, Abs. 3b Satz 3 nicht ersichtlich. Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin sollen nur noch gezahlt werden, wenn der Leistungsbedarf das zur Verfügung stehende Honorar

insgesamt vier aufeinander folgende Quartale unterschreitet. Außerdem sollen Ausgleichszahlungen verrechnet werden. Damit wird aus Sicht des BVKJ die Chance einer strukturellen Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, unabhängig von einer Quartalslogik, verpasst.

Der BVKJ empfiehlt folgende Änderungen in § 87a:

Die Neuformulierung von 3b Satz 3 ist zu streichen.

8. Entbudgetierung der Allgemeinmedizin § 87a

Der BVKJ begrüßt, dass mit der Allgemeinmedizin eine weitere ärztliche Gruppe von der Budgetierung befreit wird. Um die Versorgung sicherzustellen und für die Zukunft zu erhalten, ist die Vergütung aller ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen zentrale Grundvoraussetzung und daher auch Erwartung aller Ärztinnen und Ärzte gegenüber der Politik. Aus Sicht des BVKJ sind darin mittelfristig auch Fachärztegruppen, wenn sie auf Überweisung aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich tätig werden, einzubeziehen.

9. Wirtschaftlichkeitsprüfungen in § 106 und § 106b

9.1. Geringfügigkeitsgrenze

Der BVKJ begrüßt die Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze von 300 Euro bis zu deren Erreichung keine Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich Verordneter Leistung beantragt werden sollen. Damit wird ein wichtiger Schritt für Bürokratieabbau geleistet. Es wäre aus Sicht des BVKJ aber sinnvoll, den **Behandlungsfall** entsprechend der Definition im Bundesmantelvertrag-Ärzte zugrunde zu legen. Die dort gefundene Definition schließt die angestrebte Differenzierung nach Arztpraxis, Krankenkasse und Quartal bereits ein.

9.2. Fristverkürzungen

Weiterhin möchte der BVKJ anregen, neben der Geringfügigkeitsgrenze auch die **Frist** nach § 106 Abs. 3 von derzeit **zwei Jahren deutlich zu verkürzen**. Diese führt zu einem großen wirtschaftlichen Schaden für die Praxen und einem unverhältnismäßigen Bürokratieaufwand.

Wenn nach fast zwei Jahren Beanstandungen erfolgen, lassen sich nachträglich die Gründe, die zum Einsatz eines bestimmten Medikaments geführt haben, nur schwer rekonstruieren, auch wenn diese absolut sachgerecht und notwendig waren. Das bestehende Regelwerk beispielsweise bei den Sprechstundenbedarfsvereinbarungen ist überkomplex, fehleranfällig und erfordert einen ausufernden Dokumentationsaufwand. Beanstandungen sollten daher innerhalb einer

deutlich kürzeren Frist beanstandet werden müssen, so dass im Praxisteam gegebenenfalls auch tatsächlich gegengesteuert werden kann. Aus Sicht des BVKJ sollten 6 Monate in der Regel dafür ausreichen.

Folgeprüfverfahren zum identischen Sachverhalt sollten explizit ausgeschlossen sein.

9.3. Off-Label-Medikamente ohne Regress

Daneben sollten für eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen Prüfverfahren bei einer Weiterverschreibung von in der Klinik verordneten Off-Label-Medikamenten explizit ausgeschlossen sein. Der Sachverhalt soll ggf. von den Krankenkassen anhand eigener Daten geprüft werden.

9.4. Clearingstelle bei Fehlbuchung

Außerdem sollten berechnete Leistungen, die nur dem falschen Kostenträger in Rechnung gestellt wurden, zukünftig nicht mehr zu einem Regress gegen Ärzte führen. Dies ist derzeit etwa bei einem fehlerhaft ausgestelltem Impfstoffrezept der Fall (statt Sprechstundenbedarf z.B. auf den Patienten). Obwohl keine tatsächlichen Kosten für das Gesamtsystem entstanden sind, wird derzeit ein Schaden in Höhe der Impfstoffkosten gegenüber der Praxis geltend gemacht. Solche Fälle sollten systemintern (z.B. über eine Clearingstelle) dem richtigen Kostenträger in Rechnung gestellt werden.

Kontakt:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)

Lobbyregister beim Deutschen Bundestag: Registernummer R000638

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Telefon: 0221/68909-0

E-Mail: info@bvkj.de

Internet: www.bvkj.de

Präsident:

Dr. Michael Hubmann

Vizepräsident*innen:

Dr. med. Anke Steuerer (kommissarisch)

Dr. med. Stefan Trapp

Hauptgeschäftsführer:

Tilo Radau

Referent Gesundheitspolitik:

Simon K. Hilber

Tel.: [030 280 475 10](tel:03028047510)

E-Mail: simon.hilber@bvkj.de