



**Deutsche Akademie  
für Kinder- und  
Jugendmedizin e.V.**

Dachverband der kinder- und  
jugendmedizinischen Gesellschaften

DAKJ e.V., Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

An die  
Bundesministerin für Gesundheit  
Frau Ulla Schmidt, MdB  
Friedrichstraße 108

10117 Berlin

**Geschäftsstelle**

Chausseestr. 128/129  
10115 Berlin  
Tel. 030.4000588-0  
Fax 030.4000588-88  
Mail: kontakt@dakj.de  
Internet: www.dakj.de

**Geschäftsführerin**

Dr. med. Henriette Högl

Berlin, den 06.11.2007

**Darstellung des Fachgebiets „Kinder- und Jugendmedizin“ im  
EBM 2008 in der Version nach der abschließenden Beschlussfassung im erweiterten  
Bewertungsausschuss am 19.10.2007.  
Aufsichtsrechtliche Beanstandung gemäß § 87, Abs. 6, SGB V.**

Sehr verehrte Frau Ministerin Schmidt,

die Veröffentlichung der Beschlussfassung des erweiterten Bewertungsausschusses (BWA) zum EBM 2008 vor einer Woche hat bei den in der **Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ e.V.)** zusammengeschlossenen pädiatrischen Verbänden, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (**DGKJ e.V.**), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (**BVKJ e.V.**) und Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (**DGSPJ e.V.**) große Empörung ausgelöst.

Seit der Beschlussfassung zum EBM 1996 müssen wir Kinder- und Jugendärzte in Deutschland feststellen, dass es die Selbstverwaltungsorgane offensichtlich darauf angelegt haben, unser Fachgebiet nach und nach auszumerzen und in der Allgemeinmedizin sowie den Subspezialitäten der Inneren Medizin aufgehen zu lassen.

Bereits im EBM 1996 wurden uns wesentliche Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Diagnostik von Sprachstörungen gestrichen. Im EBM 2000<sub>plus</sub> ist es im letzten Moment nur durch Intervention der Politik beim Bewertungsausschuss gelungen, dass das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin mit einem eigenen Kapitel und noch einigen wenigen Leistungen, deren Abrechnung an eine abgeschlossene pädiatrische Weiterbildung gebunden waren, im EBM abgebildet wurde und nicht in einem allgemeinen hausärztlichen Kapitel untergegangen ist, in dem für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen keinerlei Qualifikationsnachweis mehr erforderlich war. Dies hatten die Krankenkassen im BWA gefordert.

Die Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunktbezeichnungen und Zusatzweiterbildungen, die Kinder und Jugendliche mit chronischen und/oder seltenen Erkrankungen betreuen, tun dies auf hohem wissenschaftlichen Niveau, das international große Anerkennung findet und leisten damit ganz Wesentliches in der Versorgung dieser Patienten. Sie wurden jedoch zur Abrechnung dieser besonderen Leistungen auf die Schwerpunkte der Inneren Medizin und auf die Erwachsenenneurologie verwiesen. Die Leistungslegenden dieser Leistungen der Erwachsenenmedizin beschreiben auch nicht annähernd die speziellen Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin.

Man hatte uns seitens der KBV, Dr. Köhler, damals zugesagt, dass die fachärztliche Kinder- und Jugendmedizin eigene Leistungen in einem eigenen Kapitel im EBM bekäme, sobald die neue Weiterbildungsordnung in den Landesärztekammern umgesetzt worden sei. Dies ist seit diesem Jahr geschehen.

Nun stellen wir mit großer Empörung fest, dass der erweiterte BWA im hausärztlichen Versorgungsbereich den Kinder- und Jugendärzten im Grunde nur noch gespiegelte Leistungen aus dem allgemeinärztlichen Kapitel zur Verfügung stellt, zudem mit den GNrn. 04241, 04242, 04243, 04321, 04322, 04324, 04331 und 04332 Leistungen in unser Kapitel eingestellt hat, die in den Praxen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte nicht die geringste Rolle spielen und bis auf die GNrn. 04242 und 04243 aus der Erwachsenenmedizin stammen. Die beiden GNr. 04242 und 04243 (Entwicklungstherapie) sind aufgrund ihrer indiskutablen Bewertung bei dem hohen Zeit- und Personalaufwand in der Praxis nicht erbringbar und spielen deshalb keine Rolle. Die wichtigen entwicklungsdiagnostischen Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sowie die differenzierte Sprachdiagnostik sind in der Versichertenpauschale untergegangen, die für alle Altersgruppen bei Allgemeinärzten ohne jegliche Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin, die zudem einen völlig anderen Versorgungsauftrag haben, und Kinder- und Jugendärzten mit den identischen Punktzahlen ausgestattet wurden. Kinder- und Jugendärzte sollen also für die gleichen Pauschalen ein wesentlich umfangreicheres Leistungsvolumen bei Kindern und Jugendlichen erbringen wie Allgemeinärzte. Auch Erschwerniszuschläge für kindgerechte Hilfen, die es z.B. in der Augenheilkunde, der HNO-Heilkunde, der Chirurgie und der Pädaudiologie und Phoniatrie gibt, hat man uns Kinder- und Jugendärzten nicht zugestanden.

Den Hausärzten hat der BWA mit den GNrn. 03240 (Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment - 370 Punkte) und 03242 (Testverfahren bei Demenzverdacht im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 03240 – 55 Punkte) besonders förderungswürdige Einzelleistungen eingeräumt.

Sie werden verstehen, dass wir uns fragen, welchen Stellenwert die immer umfangreichere hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte mit einer eigenständigen fünfjährigen Weiterbildung noch bei den Gremien der Selbstverwaltung hat.

Auch im Bereich der fachärztlichen Kinder- und Jugendmedizin

*Schwerpunkte:*

- Neuropädiatrie (36 Monate)
- Kinder-Hämatologie/-Onkologie (36 Monate)
- Kinder-Kardiologie (36 Monate)

*Zusatzweiterbildungen:*

- Kinder-Endokrinologie und –Diabetes mellitus (36 Monate)
- Kinder-Nephrologie (36 Monate)
- Kinder-Pneumologie (36 Monate)
- Kinder-Gastroenterologie (18 Monate)
- Kinder-Rheumatologie (18 Monate)

müssen wir leider feststellen, dass der BWA trotz zeit- und personalaufwändiger Vorarbeiten aller pädiatrischen Subdisziplinen erneut im Wesentlichen Leistungen aus den Schwerpunkten der Inneren Medizin und der Erwachsenenneurologie gespiegelt hat, die auch nicht annähernd das beschreiben, was in den Spezialdisziplinen der Kinder- und Jugendmedizin an hervorragender Arbeit geleistet wird. Dem BWA lagen entsprechende, mit dem Dezernat 3 der KBV abgestimmte Vorschläge vor.

Um nicht missverstanden zu werden: Es geht uns hier nicht um Bewertungen und zusätzliche Punkte, denn die finanziellen Auswirkungen dieses EBM lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt auch nicht annähernd seriös abschätzen, es geht uns allein um die Abbildung der Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin, die im Kanon der EU-Länder in Deutschland noch auf einem sehr hohen Niveau arbeitet.

Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen. Sie haben besondere Erkrankungen, befinden sich noch in der Entwicklung und bedürfen einer qualifizierten Versorgung durch entsprechend qualifizierte Kinder- und Jugendärzte. Diese Leistung muss auch in einer Gebührenordnung adäquat abgebildet werden.

Die an der Basis arbeitenden Kinder- und Jugendärzte stellen sich zunehmend die Frage, in welchem Umfang sie durch eigenes Engagement die Defizite die in den Gebührenordnungen deutlich werden, ausgleichen sollen. Nur durch diese zusätzlichen, über die abrechenbaren Leistungen hinausgehenden Tätigkeiten, ist im jetzigen System überhaupt noch eine einigermaßen ausreichende Versorgung zunehmend komplexerer Probleme von Kindern und Jugendlichen, vor allem auch im sozialpädiatrischen Bereich, möglich. Bei weiter fehlender Anerkennung der besonderen pädiatrischen Fähigkeiten und Leistungen ist die Basis der Kinder- und Jugendärzte nicht mehr zu einer weiteren gleich bleibend umfangreichen Versorgung bereit. Gerade bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen darf es aber nicht von den finanziellen Möglichkeiten der Eltern abhängen, Defizite im Leistungsumfang der GKV aufzufangen. Es ist durch wissenschaftliche Studien belegt, dass die zunehmende Armut von Kindern in Deutschland ganz erhebliche Auswirkungen auf ihre Gesundheit hat.

Der vor 1 Woche in Budapest zu Ende gegangene 18. Kongress der European Society of Ambulatory Paediatrics (ESAP) hat überdeutlich gezeigt, wie schlecht die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Ländern der EU ist, die keine eigenständige ambulante Kinder- und Jugendmedizin vorhalten. Die Kindersterblichkeit ist in diesen Ländern höher, ebenso die stationäre Einweisungsrate und die Arzneimittelkosten. Die Durchimpfungsrate lässt mit Ausnahme der skandinavischen Länder, die eine engmaschige aufsuchende Gesundheitsfürsorge haben, ebenfalls zu wünschen übrig. Großbritannien arbeitet intensiv daran, eine eigenständige ambulante Kinder- und Jugendmedizin möglichst rasch im ganzen Land zu etablieren, da die Versorgung durch die GP völlig unzureichend ist.

Möglicherweise wird Großbritannien in absehbarer Zeit ein interessantes Arbeitsgebiet für deutsche Kinder- und Jugendärzte, die offensichtlich in ihrem Land keine besondere Beachtung mehr finden.

Wir Kinder- und Jugendärzte haben uns in den letzten Jahren immer uneigennützig weit über unseren medizinischen Versorgungsauftrag hinaus für das Wohl von Kindern und Jugendlichen engagiert, in Regierungskommissionen mitgearbeitet, unsere Sachkenntnis in Anhörungen im Bundestag und in den Länderparlamenten zur Verfügung gestellt, primäre Präventionskonzepte vorangetrieben, obwohl es dafür keine Bezahlung gab, usw.

Wir erwarten jetzt von der Politik, dass sie ein eindeutiges Bekenntnis zu einer dauerhaften qualifizierten Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland, basierend auf dem Antrag der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

**„Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sichern und verbessern“**

vom 25.06.2002, abgibt und den Beschluss des erweiterten BWA vom 19.10..2007 gemäß § 87, Abs. 6, SGB V aufsichtsrechtlich beanstandet und dem BWA auferlegt, die Kinder- und Jugendmedizin sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich mit eigenen, dem Versorgungsauftrag und –umfang entsprechenden Leistungen abzubilden und ihr damit den Stellenwert einzuräumen, der ihr bei der wichtigen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zukommt. Der Beschluss der erweiterten BWA vom 19.10.2007 verstößt nach unserer Auffassung gegen die Bestimmungen in den Abs. 2, 2a, 2b und 2c des § 87 SGB V.

Wir dürfen Sie auch auf die Artikel 23, 24 und 26 der

**„UN-Kinderrechtskonvention** vom 20. November 1989 am 26. Januar 1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet (Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 - BGB1. II S.121) am 6. März 1992 Hinterlegung der Ratifikationsurkunde beim Generalsekretär der Vereinten Nationen am 5. April 1992 für Deutschland in Kraft getreten (Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 - BGBl. II S. 990)“

hinweisen, in der Deutschland dem Recht des Kindes auf eine **„bestmögliche gesundheitliche Versorgung“** zugestimmt hat.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dietrich Niethammer  
Generalsekretär DAKJ



Dr. Wolfram Hartmann  
Präsident BVKJ