



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)

Der Gesetzesentwurf zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune ist zu begrüßen. Den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit schweren Erkrankungen oder Behinderungen wird ausschließlich unter einem spezifischen Aspekt, nämlich der Versorgung mit Hilfsmitteln, Rechnung getragen und wird von der DGSPJ explizit begrüßt. Die Struktur der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und der Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZE) als zentrale Anlaufstelle mit hoher fachlicher Kompetenz wird erwähnt. Bei den nach §119 Abs.1 ermächtigten Einrichtungen handelt es sich um regionale Strukturen, welche aus der kommunalen Gesundheitsversorgung dieser Patienten nicht mehr wegzudenken sind. Allerdings weisen sehr lange Wartezeiten auf einen Vorstellungstermin (regelmäßig zwischen 6 und 12 Monaten) und eine nicht flächendeckende Allokation auf deutliche Engpässe in der Versorgung dieser *besonders vulnerablen Patientengruppe* hin.

Mitverantwortlich hierfür sind gesetzgeberische Vorgaben, die strukturelle Defizite verursachen, sich nachteilig auf die Patientenversorgung auswirken und die Stabilisierung oder gar den Ausbau der SPZ-Strukturen behindern. Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin folgende Ergänzungen des Gesetzesentwurfes:

1. Verlängerung der Zulassungszeiträume auf regelhaft 10 Jahre (§119 Abs. 1 SGB V)

Ermächtigungen für SPZ werden bislang nur befristet gewährleistet. Die Zeiträume für die Ermächtigung betragen im Durchschnitt 5,3 Jahre. Die Beantragung von längeren Zeiträumen wird in über 70 % der Fälle abgelehnt. Diese Zeiträume sind zu kurz, um die notwendigen langfristigen Investitionen abzusichern. Das BSG hat bereits in seiner Entscheidung vom 29.06.2011 (B 6 KA 34/10 R) festgestellt, dass die SPZ „aufgrund hoher Investitionskosten und größerer Mitarbeiterstäbe auf Planungssicherheit für längere Zeiträume angewiesen sind.“ Das BSG verweist dabei auch auf die 10-Jahresbefristung für Dialysemächtigungen nach § 9 Abs. 6 Satz 1 und 2 der Anlage 9.1 zum BMV-Ä, eine entsprechende gesetzliche Regelung muss dringend auch für die SPZ geschaffen werden.

Ergänzung des §119 Abs.1 SGB V

Bisherige Formulierung	Änderungsvorschlag
Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. ² Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie	Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen. Die

notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.	Ermächtigung wird für die Dauer von mindestens 10 Jahren erteilt.
--	--

2. Erweiterung/Flexibilisierung der Altersgrenzen von 18 auf 21 Jahre (§199 Abs.2 SGB V)

Eine Altersbegrenzung auf unter 18 Jahre bei der Versorgung von Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen und komplexen chronischen Erkrankungen ist nicht bedarfsgerecht. Der Transitionsprozess und die Einleitung der Weiterbetreuung in einem MZEB ist zu diesem Zeitpunkt regelhaft nicht abgeschlossen. Die Altersbeschränkung stellt eine *Benachteiligung von Jugendlichen und Adoleszenten mit körperlichen chronischen Erkrankungen* gegenüber solchen mit primär psychischen Erkrankungen dar, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Praxen, Psychiatrischen Institutsambulanzen, anderen) behandelt werden, in denen die Altersgrenze bei 21 Jahren liegt.

Aus der Strukturdatenerhebung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin geht hervor, dass der Altersschwerpunkt der Behandlung in SPZ zwischen 3 und 10 Jahren liegt (ca. 70 %). Nur ca. 2 % der Patienten, die in SPZ behandelt werden, benötigen auch nach dem 18. Lebensjahr eine Weiterbehandlung in einem MZEB. Da entsprechende Strukturen (noch) nicht ausreichend vorhanden sind, muss eine Weiterbehandlung in SPZ bis zum 21. Lebensjahr ermöglicht werden; wenn kein regionales MZEB zur Verfügung steht, auch darüber hinaus.

Ergänzung des §119 Abs.2 SGB V

Bisherige Formulierung	Änderungsvorschlag
Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder und Jugendlichen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.	Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder und Jugendlichen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Darüber hinaus können Heranwachsende bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres in einem Sozialpädiatrischen Zentrum weiterbehandelt werden, soweit eine Anschlussbehandlung in einem Medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene (§ 119c SGB V) oder eine Anschlussbehandlung durch Vertragsärzte nicht oder noch nicht möglich ist. Die Weiterbehandlung dient insbesondere der Sicherstellung einer auf das Patientenwohl abgestimmten Anschlussbehandlung durch die vertragsärztlichen Leistungserbringer oder eine Einrichtung gem. § 119c SGB V. ² Die Zentren sollen mit den Ärzten und Frühförderstellen sowie den Einrichtungen nach § 119c SGB V eng zusammenarbeiten.

3. Vergütung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen (§43a SGB V) durch die GKV

Die Versorgung chronisch kranker oder gehandicapter Kinder und Jugendlicher im SPZ erfolgt in interdisziplinär zusammengesetzten Teams. Es besteht allerdings eine erhebliche Rechtsunsicherheit bezüglich der Vergütung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen in SPZ, die in den letzten Jahren zu einem Rückgang der Finanzierung geführt hat.

Der §43a SGBV regelt die Vergütung eindeutig nur für die ambulante psychiatrische Behandlung (§43a SGBV Abs.2), also an einem Ort, wo primär psychiatrische Leitungen erbracht werden. Für andere Einrichtungen, also auch für die SPZ, ist das Erbringen dieser Leistungen auf die Diagnostik und das Erstellen eines Behandlungsplanes beschränkt. Dies führt dazu, dass teilweise nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen von Trägern der Eingliederungshilfe (EGH) finanziert werden. Eine flächendeckende Umsetzung würde bedeuten, dass die SPZ mit über 1000 kommunalen Körperschaften Einzelverträge abschließen müssten, was vor dem Hintergrund des immensen bürokratischen Aufwandes als nicht umsetzbar angesehen werden muss.

Aus der Strukturdatenerhebung der DGSPJ geht hervor, dass im Jahr 2022 in über 56% der SPZ keine Finanzierung der nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen erfolgte bzw. nur bis zur Erstellung des Behandlungsplanes. Das ist gegenüber dem Jahr 2012 ein deutlicher Rückgang, hier betrug dieser Anteil knapp 40%. Dort wo Zuwendungen von den Trägern der EGH erfolgten, betrug dies weniger als 10% und war somit nicht kostendeckend. Die bestehende Rechtsunsicherheit rund um die Vergütung der nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen hat die finanzielle Situation der SPZ folglich weiter verschlechtert.

Zusätzlich hat das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg (LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 55.; LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 72.; LSG BRB, Urteil v. 12.10.2018 - L 24 KA 37/17 KL.) aus dem Oktober 2018 die Situation noch weiterbelastet. Zwar hat das LSG mit seinem Urteil die vollständige Finanzierung aller Leistungen eines SPZ in Diagnostik, Beratung, Therapie und Förderung der GKV zugewiesen, also auch für die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen, in der Konsequenz führte dies aber nur dazu, dass z.B. in NRW die Landschaftsverbände flächendeckend ab 01.01.2021 die Finanzierung mit dem Verweis auf die Leistungspflicht der GKV beendeten. Insgesamt betrifft der flächendeckende Rückzug der Eingliederungshilfe in NRW 40 SPZ, in großen SPZ fehlen dadurch teilweise 6-stellige Summen im Haushalt. Bei trotz dieses Urteils weiter bestehender Rechtsunsicherheit ist es nicht gelungen, dass die GKV die Bezahlung dieser Kosten im Gegenzug übernimmt.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass der inhaltliche Hintergrund und die Intention des Gesetzgebers des §43a Abs. 1 unklar ist, es resultiert eine folgenschwere Rechtsunsicherheit, auf die die DGSPJ seit Jahrzehnten hinweist. *Auch ist das Gesetz diskriminierend.* Es benachteiligt somatisch-chronisch kranke Kinder und Jugendliche, welche in SPZ behandelt werden und nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen nur beschränkt erhalten, gegenüber denen, die eine psychisch-chronische Erkrankung haben, in psychiatrischen Einrichtungen behandelt werden und diese Leistungen erhalten. Denn bei ausbleibender Kostenzusage durch Träger der EGH müssen letztendlich die Eltern die Kosten der nicht-ärztlichen Leistungen tragen.

Ergänzung des § 43a Abs. 1 SGB V

Bisherige Formulierung	Änderungsvorschlag
Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum	Versicherte Kinder haben im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher

frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt.	Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt.
--	---

Ergänzung des § 43a Abs. 2 SGB V

Bisherige Formulierung	Änderungsvorschlag
Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.	Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung oder in ermächtigten Sozialpädiatrischen Zentren nach §119 SGB V erbracht werden.

Zusammenfassend fordert die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) in ihrer **Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune** (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG):

1. Verlängerung der Zulassungszeiträume Sozialpädiatrischer Zentren SPZ auf regelhaft 10 Jahre (§119 Abs. 1 SGB V)
2. Erweiterung/Flexibilisierung der Altersgrenzen der Behandelten von 18 auf 21 Jahre (§199 Abs.2 SGB V)
3. Vergütung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen (§43a SGB V) durch die GKV für die altersadäquate Versorgung besonders vulnerabler Gruppen von Kindern und Jugendlichen sowie die Gleichstellung mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e.V.

Geschäftsstelle

Chausseestraße 128/129

10115 Berlin

Tel. 030.4000 58 86 und 0174. 63 55 178

geschaeftsstelle@dgs pj.de

www.dgs pj.de