

TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM ÄNDERUNGSANTRAG 28

§§ 27, 94A SGB V – VERORDNUNGSERMÄCHTIGUNG ZUR AUFNAHME VON UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

Das BMG soll im § 94a SGB V ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die Versorgung aufzunehmen, und zwar unabhängig davon, ob sich der G-BA bereits mit der betreffenden Methode befasst hat. Im § 27 wird der Anspruch der Versicherten auf diese Leistungen niedergelegt.

Die Rechtsverordnung kann von Entscheidungen des G-BA abweichen. Das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot gem. §§ 2 und 12 SGB V stünde dem nicht entgegen. In der Rechtsverordnung können nähere Vorgaben zur Leistungserbringung (z. B. Qualitätssicherung) gemacht werden; auch die Vergütung kann geregelt werden, hierzu kann das BMG die Unterstützung des InBA und des INEK in Anspruch nehmen. Wird keine Vergütungsregelung getroffen, ist diese innerhalb von 6 Monaten durch den Bewertungsausschuss festzulegen. Im Unterschied zu neuen Leistungen, die über den G-BA eingeführt werden, beginnt der Leistungsanspruch unmittelbar mit Inkrafttreten der Rechtsverordnung. Bis zur Festlegung der Vergütung durch den Bewertungsausschuss kann die neue Leistung über die GOÄ abgerechnet werden.

Bewertung

Die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den G-BA ist die wesentliche Grundlage für die Einhaltung der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebote und eine der Kernaufgaben der Selbstverwaltung. Mit der vorgesehenen Regelung findet nicht nur eine Abkehr von den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin statt, sondern auch von dem Grundsatz eines positiven Nutzen-Schaden-Verhältnisses als Voraussetzung für die Erbringbarkeit einer Leistung zu Lasten der GKV. Dies ist für die Sicherheit der Versorgung der Patienten ein fatales Signal.

Darüber hinaus ist die vorgeschlagene Regelung ein weiterer Schritt in Richtung direkter Einflussnahme der Exekutive und öffnet dem BMG den Weg von der Rechts- zur Fachaufsicht. Es ist nicht ersichtlich, auf welcher tragfähigen wissenschaftlichen Basis das BMG negative Entscheidungen des G-BA durch die Rechtsverordnung korrigieren will. Wenn in der Begründung angeführt wird, dass „die Aufnahme einer noch nicht auf hohem Evidenzniveau belegten Methode umso eher in Betracht [kommt], wenn keine Alternativbehandlung oder jedenfalls unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungssituation keine zumutbare Alternativbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung steht“, so entspricht dies bereits der Praxis im G-BA. Die Erfahrungen mit Entscheidungen des G-BA zeigen, dass es in der Regel gute Gründe für negative Bewertungen gab, gerade auch unter dem Aspekt der Patientensicherheit.

Für Leistungen von zweifelhaftem Nutzen, die jetzt über die Rechtsverordnung eingeführt werden können, wird der Druck auf die Ärzte hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen und auch unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten sicheren Versorgung weiter steigen. Dies wird aus der Begründung

des Änderungsantrags deutlich: „Über die Anwendung einer vom BMG in der Rechtsverordnung bestimmten Methode im konkreten Einzelfall ist weiterhin von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten unter Beachtung der Regeln der ärztlichen Kunst zu entscheiden.“ Somit steigt für die Ärztin oder den Arzt insbesondere auch das Wirtschaftlichkeitsrisiko. Dies ist für die KBV nicht akzeptabel.

Trotz Umgehung der Selbstverwaltung soll das BMG bei der Vorbereitung der Rechtsverordnung auf die Institute der Selbstverwaltung zugreifen dürfen; auch dies wird von der KBV abgelehnt. Damit wird der Selbstverwaltung neben der Methodenbewertungskompetenz auch die zentrale Aufgabe der Festlegung der Vergütung entzogen. Eine Festlegung der Vergütung in der Rechtsverordnung würde darüber hinaus in das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander im EBM, das in § 87 Absatz 2 SGB V elementarer Bestandteil der vertragsärztlichen Vergütungsbestimmungen ist, eingreifen und damit zu erheblichen rechtlichen Risiken führen. Auffällig ist weiterhin die Ungleichbehandlung bezüglich des Beginns des Leistungsanspruchs. Tritt dieser bei Methoden, die durch den G-BA positiv bewertet werden, erst nach dem Vorliegen einer Vergütungsregelung im EBM bzw. spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie ein, soll dies bei Leistungen der Rechtsverordnung sofort der Fall sein. Auch wenn es gute Gründe gäbe, eine derartige Regelung auch auf Leistungen, die auf der Basis von G-BA-Beschlüssen eingeführt werden, anzuwenden – ein plausibler Grund für die Ungleichbehandlung ist nicht erkennbar. Das Auseinanderfallen der Bewertungskriterien birgt im Übrigen auch ein hohes rechtliches Risiko sowohl für die Beschlüsse des G-BA, aber auch für die Rechtsverordnung. Damit werden der G-BA und das BMG zum Spielball der Anspruchsteller. Die Frage, ob es unterschiedliche Niveaus im Bereich der Bewertungskriterien geben kann, werden die Gerichte mit Hinweis auf eine Gleichbehandlung zu Gunsten der praktisch nicht vorhandenen Kriterien der Rechtsverordnung beantworten. Damit verabschiedet sich die Gesetzliche Krankenversicherung perspektivisch vom Wirtschaftlichkeitsgebot. In diesem Fall darf dies aber nicht zu Lasten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gehen.

Daher lehnt die KBV den Änderungsantrag ab.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036, politik@kbv.de, www.kbv.de