

Per Mail (221@bmg.bund.de)

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 221 - Gesundheitsversorgung
Krankenversicherung
z. H. Frau Kossebau
53107 Bonn

Bettina am Orde

Direktorin

Knappschaft
Pieperstraße 14 - 28 • 44789 Bochum
www.kbs.de

Tel. 0234 304-80080
Fax 0234 304-80100
bettina.am-orde@kbs.de

Bochum, 10. November 2014

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG)

hier: Verbändebeteiligung

Sehr geehrte Frau Kossebau,

zu dem mit Schreiben vom 21. Oktober 2014 übersandten Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) erhalten Sie anliegend die Stellungnahme der Knappschaft zur weiteren Verwendung.

Die namentliche Benennung der Teilnehmer (Herr Wissotzky und Herr Mundt) ist bereits erfolgt.

Mit freundlichen Grüßen



Bettina am Orde
Direktorin

Anlage (**Stellungnahme**)

Stellungnahme

**zum
Referentenentwurf**

**eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der
gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**

I. Allgemeine Anmerkungen

Die Knappschaft begrüßt die mit dem vorliegenden Referentenentwurf verbundene Zielsetzung eines weiteren Ausbaus der bedarfsgerechten Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten.

In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Bemühungen des Gesetzgebers zur Sicherstellung der im § 2 Absatz 2 SGB V normierten Leistungserbringung als Sach- und Dienstleistung zu unterstützen.

Das schließt die unter der lfd. Nummer 24 zu § 87 SGB V vorgesehenen verpflichtenden Regelungen zur zeitnahen Aufnahme von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch den GKV-Spitzenverband ausdrücklich mit ein.

II. Anmerkungen zu ausgewählten Paragraphen

§ 87 SGB V - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Nach der Ergänzung soll gesetzlich verankert werden, dass nach Inkrafttreten von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (neue Leistungen) der Einheitliche Bewertungsmaßstab innerhalb von 6 Monaten anzupassen ist.

Für bereits bestehende Beschlüsse soll die 6-Monatsfrist ab Inkrafttreten des Gesetzes gelten.

Es ist darauf hinzuweisen, dass in der Vergangenheit von der Beschlussfassung des G-BA bis zur Vereinbarung einer abrechenbaren Gebührenordnungsposition und deren Aufnahme in den EBM zum Teil Jahre vergangen sind.

Für einige Leistungen (z. B. PET) besteht - aus der Knappschaft nicht bekannten Gründen - nach wie vor keine Abrechnungsmöglichkeit im Sachleistungssystem.

Aus leistungsrechtlicher Sicht kann Versicherten der Zugang zu einer „neuen“ Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, deren Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Gemeinsamen Bundesausschuss rechtskräftig festgestellt hat, spätestens nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger (§ 94 SGB V) jedoch nicht vorenthalten werden, insbesondere nicht mit der Begründung einer noch fehlenden Legendierung der jeweiligen Leistung in den EBM.

Dies gilt vor allem bei Verfahren, die zur Diagnostik oder zur Behandlung möglicherweise lebensbedrohlicher Erkrankungen (z.B. in der Onkologie) eingesetzt werden.

Neben der PET ist hier zu denken, z.B. an die Kapselendoskopie bei unklaren Dünndarmblutungen (GBA-Beschluss vom 11. November 2010; Aufnahme in den EBM zum 1.7.2014) oder auch an die neuen Strahlentherapien mit Protonen bzw. im GammaKnife oder CyberKnife.

Die Leistungserbringer haben dies dazu benutzt Privatliquidationen auf der Grundlage der Ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) auszustellen, wobei entsprechenden Honorarforderungen in der Annahme eines Systemversagens nach § 13 Absatz 3 SGB V in Höhe der entstandenen Kosten zu entsprechen war.

Unabhängig von den mit den einzelfallbezogenen Fallabwicklungen in der Kasse verbundenen Mehraufwendungen durch

- vermeidbaren Verwaltungsaufwand, auch in der medizinischen Prüfung durch den Ärztlichen Beratungsdienst (MDK)
- nicht hinreichende Beachtung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V
- Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V (in Höhe der entstandenen Kosten)
- fehlende Berücksichtigung der Erstattungsleistungen bei Ermittlung der Finanzzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

besteht bzw. bestand in dieser Situation auch für die Preisverhandlungen im Bewertungsausschuss zur EBM-Aufnahme kaum noch ein Spielraum.

Aus diesen Gründen hatte der Bewertungsausschuss bereits beschlossen, dass die Höhe der Bewertung und die entsprechenden Leistungslegenden innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Inkrafttreten der G-BA-Beschlüsse zu vereinbaren sind.

Der Gesetzgeber hat diesen Beschluss aufgegriffen und eine gesetzliche Regelung vorgesehen, die im Sinne der Kassen und betroffenen Versicherten sehr zu begrüßen ist. Vorgesehen ist jedoch eine verlängerte Frist von 6 Monaten.

Im Sinne aller Beteiligten sollte auch im Gesetz die Frist von 3 Monaten vorgegeben werden.

Dies wird bei den Bestimmungen zum Zweitmeinungsverfahren auch vom Gesetzgeber so gesehen. Hier sollte einheitlich verfahren werden.

In der der Knappschaft vorliegenden Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes wird auf die Kommentierung zu dem oben genannten Beschluss verwiesen; eine gesetzliche Regelung wird dort nicht für erforderlich angesehen.

Aus unserer Sicht hat eine gesetzliche Regelung jedoch wesentlich mehr Bedeutung als die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses, sodass an der geplanten Ergänzung des § 87 SGB V festgehalten werden sollte.

Zur Vereinheitlichung sollte hier die zum Zweitmeinungsverfahren vorgesehene 3-Monats-Regelung vorgesehen werden.