



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Der Vorsitzende

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 1763, 53707 Siegburg

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Besuchsadresse:
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Ansprechpartner/in:
Melanie Söntgerath
Sekretariat

Telefon:
02241 938846

Telefax:
02241 938835

E-Mail:
melanie.soentgerath@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
he

Datum:
17. September 2008

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

für den Gemeinsamen Bundesausschuss nehme ich, mangels Abstimmungsmöglichkeit im Plenum, zu dem genannten Entwurf (BT-Drucks. 16/9559) und den hierzu eingegangenen Stellungnahmen des Bundesrates (BR-Drucks 342/08) sowie den vom BMG eingebrachten Formulierungshilfen für Änderungsanträge (Stand 12. 9. 2008), soweit die Richtlinienzuständigkeit des G-BA davon betroffen ist, in der Reihenfolge der betreffenden Vorschriften des SGB V wie folgt Stellung:

1. § 33a i. d. F. Änderungsvorschlag BMG

Die enterale Ernährung ist bisher in § 31 Abs. 1 S. 2 SGB V als Ausnahmeregelung in die Arzneimittelversorgung einbezogen. Durch diese Zuordnung stellt der Gesetzgeber klar, dass eine Leistungspflicht der Krankenkassen für Ernährungsmittel grundsätzlich ausgeschlossen sein muss und ihr Einsatz in der Krankenbehandlung nur in den seltenen Ausnahmen zu Lasten der Krankenkassen erfolgen kann, in denen sie wie Arzneimittel zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung eingesetzt werden müssen. Die vom BSG bestätigte enumerative Auflistung der vier Produktgruppen diätischer Lebensmittel § 31 Abs. 1 S. 2 SGB V soll dabei verhindern, dass durch Beimischung weiterer Lebensmittelprodukte die Krankenkassen für eine Vollernährung leistungspflichtig würden, und damit auch Kosten übernehmen müssten, die den Aufwendungen für den normalen Lebensunterhalt zuzuordnen sind.

Die Herauslösung der enteralen Ernährung aus dieser engen Verbindung zur Arzneimittelversorgung in einen eigenständig geregelten Leistungsbereich würde diesen Ausnahmecharakter einer Leistungspflicht der Krankenkassen für Ernährungsmittel beseitigen und durch die Verknüpfung der Leistungspflicht mit der Begriffsbestimmung für Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke in der Diätverordnung gegenüber der Arzneimittelversorgung noch dazu deutlich privilegieren. Die Diätverordnung regelt vergleichbar dem Arzneimittelgesetz die Marktzulassung diätischer Lebensmittel. Die Zulassung eines Arzneimittels nach dem AMG begründet aber für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht

deren Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenkassen. Sie ist vielmehr grundsätzlich sogar ausgeschlossen. Zur Begründung einer Ausnahme bedarf es einer ausdrücklichen Aufnahme in die OTC-Übersicht nach § 34 Abs. 1 SGB V durch den G-BA, die ihrerseits hohe Anforderungen zu erfüllen hat. Vergleichbares gilt nach §§ 31 Abs. 1 und 34 SGB V für arzneimittelähnliche Medizinprodukte. Demgegenüber will der Formulierungsvorschlag für bilanzierte Diäten im Gesetz selbst einen Rechtsanspruch auf Versorgung mit bilanzierter Diäten schaffen, wobei die Anspruchsvoraussetzungen so allgemein formuliert sind („fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden Ernährung“), dass jeder Versuch durch den G-BA, diesen Anspruch durch Richtlinien einzuschränken, zum Scheitern verurteilt ist und jahrelange Rechtsstreite provoziert.

Abgesehen davon, dass eine derartige Ausweitung der Leistungspflicht der Krankenkassen in einem Organisations-Weiterentwicklungsgesetz nicht erfolgen sollte und auch durch die zitierte Entscheidung des BSG in keiner Weise zu rechtfertigen ist, fragt es sich, wie die ungleiche Bevorzugung diätischer Lebensmittel gegenüber Arzneimitteln und Medizinprodukten zu rechtfertigen ist.

2. § 95 Abs. 7 S. 3 bis 9 SGB V

Die zu Art. 1 Nr. 1b –neu- vom Bundesrat vorgeschlagene Aufhebung der Altersgrenze von 68 Lebensjahren für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung beseitigt verfassungsrechtliche Bedenken, die seit Einführung dieser Altersgrenze insbesondere von Seiten der Ärzte und Zahnärzte hiergegen erhoben werden. Die verfassungsrechtliche Legitimation dieser Altersgrenze kann nur damit begründet werden, dass bei objektiven Zulassungsbeschränkungen für den ärztlichen Nachwuchs in überversorgten Planungsbereichen, diesem durch eine Altersgrenze für die Zulassung ebenfalls aus verfassungsrechtlichen Gründen zumindest die gesicherte Chance gegeben werden muss, sich um eine aufgrund der Altersgrenze frei werdende Zulassung bewerben zu können. Diese Legitimationsgrundlage ist für die ärztliche Bedarfsplanung entgegen der Begründung des Bundesrates nicht entfallen. Dies spricht nicht gegen die Aufhebung der Altersgrenze, erhöht jedoch die schon durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz begründeten Risiken einer Verfassungswidrigkeit vertragsarztrechtlicher Zulassungsbeschränkungen insgesamt.

3. § 101 Abs. 4 S. 5 SGB V

Entsprechend der Begründung in der Stellungnahme des Bundesrates zu Art. 1 Nr. 2 Buchstabe a) würde die im Gesetzentwurf vorgesehene Mindestquote für die Zulassung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von 10 vH die bestehende Versorgungssituation nicht wesentlich verändern. Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit entsprechend spezialisierten Psychotherapeuten müsste die Mindestquote daher insoweit angehoben werden. Für die im Gesetzentwurf vorgesehene erneut befristete Beibehaltung einer Mindestquote für die Zulassung ärztlicher Psychotherapeuten von 20 vH (statt bisher 40 vH) sprechen die nicht deckungsgleichen Berufsbilder und ein behutsamer Abbau dieser für die Koexistenz beider Berufe bei Einführung des PsychThG besonders wichtigen Mindestquote.

4. § 103 Abs. 4 S. 1 SGB V

Die mit dem Vorschlag des Bundesrates zu Art. 1 Nr. 2a – neu – beabsichtigte Ausschreibungsmöglichkeit „halber Zulassungen“ bei einer nach § 95 Abs. 3 S. 1 SGB V möglichen Selbstbeschränkung der Zulassung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag würde in ihren Auswirkungen auf die Bedarfsplanung weit über die bestehende Regelung hinausgehen

und daher keineswegs nur der Rechtsklarheit dienen. Wenn statt der bisherigen Selbstbeschränkung der Zulassungsausübung ein „Teilverzicht“ ermöglicht werden soll, müsste dies deswegen durch eine Neuformulierung der §§ 95 Abs. 3 SGB V und 19a Abs. 2 Ärzte-ZV mit den entsprechenden Rechtskonsequenzen einer Verzichtserklärung erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Rainer Hess
Vorsitzender