



Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Deutschland hat einen der umfangreichsten Leistungskataloge der Welt. Gemeint sind alle Leistungen, für die die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich die Kosten übernehmen. Dazu gehören die ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Behandlungen genauso wie die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Darüber hinaus gibt es so genannte Satzungsleistungen, für die nur einzelne Krankenkassen die Kosten übernehmen. Für die Festlegung des Leistungskatalogs gibt der Staat lediglich Rahmenbedingungen vor, Details hat die gemeinsame Selbstverwaltung zu regeln. Während im Krankenhaus-Sektor ein so genannter Verbotsvorbehalt gilt („Alles, was nicht ausdrücklich verboten ist, ist – soweit wirtschaftlich – erlaubt“), dürfen die Ärzte im ambulanten Bereich nur das tun, was man ihnen ausdrücklich gestattet hat („Erlaubnisvorbehalt“). Daher gibt es eine Vielzahl von Richtlinien und Beschlüssen zur Festlegung, welche Leistungen niedergelassene Ärzte zu Lasten der GKV erbringen können. Diese auszuarbeiten ist nach § 92 des Fünften Sozialgesetzbuches Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Der G-BA wurde mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) und der Neufassung von § 91 des Fünften Sozialgesetzbuches zum 1. Januar 2004 errichtet. Anders als die Vorgängerausschüsse ist der G-BA eine juristische Person des öffentlichen Rechts, d. h. eine von seinen Trägerorganisationen rechtlich unabhängige, eigenständige Organisation. Die Finanzierung wird durch die Abkoppelung von den Verwaltungshaushalten der Trägerorganisationen des G-BA auf eine unabhängige Grundlage gestellt. Entscheidungen werden von Leistungserbringern (den Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern) und Kostenträgern (den Krankenkassen) herbeigeführt. Diese „Bänke“ beraten gemeinsam mit Patientenvertretern über die medizinisch notwendige und sinnvolle Versorgung einerseits und den wirtschaftlichen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Finanzmitteln andererseits. Der Ausschuss hat einen neutralen Vorsitzenden und zwei weitere neutrale Mitglieder, die unparteiisch zur Entscheidungsfindung beitragen.

Die Bewertungs- und Entscheidungskompetenzen der Selbstverwaltung wurden im Zuge der Gesundheitsreform erheblich ausgeweitet. Dazu gehören die Zuständigkeit zur evidenzbasierten Leistungsbewertung mit entsprechenden Konsequenzen für einen Ausschluss oder eine Einschränkung der Leistungserbringung zu Lasten der GKV, eine umfassende Richtlinienkompetenz zur Regelung der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung wie in der Krankenhausbehandlung, eine sektorübergreifende Empfehlungskompetenz für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete, sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung sowie eine wesentlich erweiterte Kompetenz zur Steuerung der Arzneimittelversorgung über Festbetragsgruppen, eine Übersicht der verordnungsfähigen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, Lifestylepräparate-Listen und Verordnungseinschränkungen in den Arzneimittel-Richtlinien. In der Vergangenheit waren die Entscheidungen der Öffentlichkeit weitgehend entzogen und die Möglichkeiten der Patientenvertreter, auf Richtlinien Einfluss zu nehmen, äußerst gering. Die Frage nach der Rechtfertigung der Beschlüsse der Selbstverwaltung hat sich mit der Kompetenz-Ausweitung jedoch verschärft. Seit der G-BA im Januar 2004 seine Arbeit aufgenommen hat, werden deshalb

Patientenvertreter (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen) in den Entscheidungsprozess einbezogen, um einem Ziel der Gesundheitsreform 2004 entsprechend die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu verbessern. Obwohl die PatientenvertreterInnen ohne Stimmrecht nur mitberatend tätig sind, werden sie an den Plenar- und Ausschusssitzungen gleichberechtigt beteiligt.

Die Richtlinien des G-BA beschäftigen sich jeweils mit einem konkreten medizinischen Thema, z. B. Krebsfrüherkennung. Welche Richtlinien gelten, welche Beschlüsse gefällt wurden und welche Themen bei künftigen Beratungen anstehen, ist öffentlich. Die so genannte OTC-Übersicht, in der die verordnungsfähigen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aufgelistet sind, ist Teil der Arzneimittel-Richtlinien. Der G-BA hat den Auftrag, die Richtlinien ständig zu überprüfen. Dabei geht es sowohl um die Zulassung neuer Behandlungsmethoden als auch um alle bislang zulasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen. Ergibt die Überprüfung, dass die Kriterien diagnostischer bzw. therapeutischer Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllt sind, nimmt das Gremium sie aus dem Leistungskatalog heraus.

Der G-BA hat sich bei seiner Bewertung an den Kriterien so genannter evidenzbasierter Medizin zu orientieren. Die Neutralität der wissenschaftlichen Beurteilung als Grundlage der Bewertungsentscheidungen des G-BA wird durch das unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gewährleistet und durch die von ihm zu erarbeitenden Empfehlungen an den G-BA transparent gemacht. Das nach § 139a SGB V durch den G-BA zu gründende Institut, das im Herbst 2004 seine Arbeit aufgenommen hat, soll die Qualität medizinischer Maßnahmen und den Nutzen von Arzneimitteln wissenschaftlich beurteilen. Dabei konzentriert es sich auf die Nutzenbewertung und die Beschreibung des potenziellen Schadens und stellt heraus, wie wahrscheinlich es ist, dass Patienten einen Nutzen haben oder Schaden nehmen. Weitere wichtige Aufgaben sind die Beurteilung von Leitlinien und die Erarbeitung einfach verständlicher Informationen für Bürger und Patienten. Während die Kosten von Maßnahmen und Arzneimitteln nicht in die Bewertungen des IQWiG einfließen, ist der G-BA stets gehalten, die Frage der Wirtschaftlichkeit oder Versorgungsgesichtspunkte mit zu berücksichtigen. Bewertungen des IQWiG sind deshalb nicht verbindlich für den G-BA, sondern stellen eine Empfehlung dar.

Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen, d. h., sie gelten für die gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte und die behandelnden Ärzte sowie andere Leistungserbringer verbindlich. Die Aufsicht über den G-BA führt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), das in dieser Funktion am 1. September 2005 eine Richtlinie erlassen hat, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Trink- und Sondennahrung („enterale Ernährung“) in der ambulanten Versorgung von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt wird: Der G-BA hatte den Beanstandungen des BMGS nicht in dem Maße Rechnung getragen, dass das BMGS den gesetzlich verankerten Anspruch der Versicherten auf eine medizinisch notwendige enterale Ernährung gewährleistet gesehen hätte. Die dreiteilige Entscheidungsfindung – Vorbereitung durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut sowie Beschlussfassung durch die Selbstverwaltung von Krankenkassen, Kliniken und Ärzteschaft mit Patientenbeteiligung unter staatlicher Rechtsaufsicht – zeichnet sich nach Experten-Meinung im internationalen Vergleich durch ein hohes Maß an Transparenz und Manipulationssicherheit aus.

Quellen:

Beiträge von Dr. Rainer Hess/Prof. Dr. Peter Sawicki/Dr. Stefan Etgeton u. a. in: Die Krankenversicherung, Nr. 3/05. KBV, „Der Leistungskatalog der GKV: Ständig in Bewegung – immer Up-to-date“, in: medizin heute, Nr. 4/2005, S. 20f.

Thomas Gerst, „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit – Hilfe bei der Entscheidungsfindung“, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 34-35, S. A2277f.

Verfasserin: RRn Andrea Steenbrecker, Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung