

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Der Vorsitzende

Pressemitteilung

(06/2003)

Bundesausschuss beschließt zahlreiche Richtlinien- Neufassungen und -Änderungen

Umfangreiche Tagesordnung

Siegburg, den 2. Dezember 2003 – Die Tagesordnung der Sitzung am 1. Dezember war besonders umfangreich. Es ging einerseits um die Beschlussfassung neuer Richtlinien, über die der Ausschuss schon lange beraten hatte, beispielsweise die Richtlinien über Rehabilitationsleistungen. Andererseits ging es um die Änderung von Richtlinien, an deren baldigem In-Kraft-Treten ein großes gesundheitspolitisches Interesse besteht, beispielsweise um die Änderung der Heilmittel-Richtlinien, um den überhöhten Ausgaben sofort zu begegnen.

Daneben ging es um Regelungen, die im Vorgriff auf die am 1. Januar 2004 in Kraft tretenden Regelungen der Gesundheitsreform dringend notwendig sind, damit das GMG ab Januar 2004 reibungslos umgesetzt werden kann. Dabei handelt es sich um die ausnahmsweise Erstattung nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel, die ausnahmsweise Verschreibung von Sehhilfen und die ausnahmsweise Übernahme von Fahrtkosten bei ambulanter Behandlung.

Für beide Bereiche ging es dem Bundesausschuss nicht um das Unterlaufen von gesetzlichen Neuregelungen, die beispielsweise in Gestalt der Beteiligung von Patientenvertretern an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ab nächstem Jahr in Kraft treten. Es ging dabei auch nicht um eine „Nacht- und Nebelaktion“, wie von Kritikern fälschlicherweise behauptet wird. Es handelt sich vielmehr um völlig legale Entscheidungen, die der Bundesausschuss auf der Grundlage des Artikel 35 § 6 des GMG in der jetzigen Übergangszeit zu treffen hat.

Einzelne Beschlüsse

1. Ein zentraler Beschluss war die Verabschiedung einer **Bewertungsrichtlinie** für ein einheitliches Verfahren zur Bewertung medizinischer Methoden und Leistungen auch im Bereich der Prävention, Familienplanung, Heil- und Hilfsmittel auf Basis der bereits seit 1997 geltenden Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinie) des Arbeitsausschusses Ärztliche Behandlung. Der beispielhafte Beitrag dieser Richtlinie zur Sicherung der Verfahrenstreue für die Bewertungen des Bundesausschusses und die Erhöhung der Transparenz seiner Beschlussfassungen hatte von Seiten des aufsichtsführenden Ministeriums sowie der Sozialgerichtsbarkeit zu der Forderung geführt, dieses Verfahren für alle Bewertungen medizinischer Methoden anzuwenden. Die Neufassung soll auch als Basis für die Verfahrensordnung des neuen Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V dienen, der zum 1. Januar 2004 kraft Gesetzes errichtet wird und die Rechtsnachfolge der Bundesausschüsse, des Koordinierungsausschusses und des Ausschusses Krankenhaus antreten wird.

2. Außerdem wurde die **„Methadon-Richtlinie“** geändert. Der Bundesausschuss war darauf aufmerksam gemacht worden, dass sich – insbesondere in ländlichen Gebieten – nicht genügend qualifizierte Vertragsärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger bereit erklärt und sich der geforderten Fortbildung unterzogen hatten. Es wurde daher beschlossen, die Übergangsregelung in § 11 Abs. 2 der Substitutions-Richtlinie bis Ende 2004 zu verlängern, d.h. insbesondere in ländlichen Gebieten eine ärztliche Versorgung für opiatabhängige Patienten auf der Grundlage der geltenden Konsiliarregelung zu gewährleisten.

3. Auch zur Konkretisierung des gesetzlichen Leistungsanspruchs auf **Sondennahrung** nach § 31 SGB V hatte der Bundesausschuss bereits im vergangenen Jahr einen Beschluss gefasst, der allerdings vom BMGS aus methodischer Sicht beanstandet worden war. Zwar betraf die Beanstandung nur einen Aspekt, der Bundesausschuss entschied jedoch, den kompletten Beschluss zu überarbeiten. Nach intensiven Beratungen hat der Bundesausschuss nun zur Verordnungsfähigkeit von Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysaten, Elementardiäten und Sondennahrung (enterale Ernährung) beschlossen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen die enterale Ernährung ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen wird. *Zu diesem Thema wird in den nächsten Tagen eine ausführliche Information veröffentlicht.*

4. Die **Heilmittel-Richtlinien** wurden in zahlreichen Punkten geändert. Die Vorarbeiten für diese notwendigen Änderungen liefen bereits seit dem Frühjahr 2003. Die derzeit noch geltenden Richtlinien hatten auch nach Auffassung des BMGS einen zu weiten Spielraum für ärztliche Verordnungen gelassen. Dadurch kam es zu einem medizinisch nicht begründeten Ausgaben-Anstieg bei den Heilmitteln. Es gilt, diesem Anstieg von ca. 20 Prozent durch gewisse Einengungen des Ermessensspielraums wirksam entgegenzutreten. *Auch zu diesem Thema wird in den nächsten Tagen eine ausführliche Information veröffentlicht.*

5. Auch die **Hilfsmittel-Richtlinien** mussten auf Grund veränderter gesetzlicher Regelungen im SGB V geändert werden. Für Erwachsene sind zukünftig therapeutische Sehhilfen nur noch erstattungsfähig, wenn sie der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen, oder aber eine schwerwiegende Augenerkrankung beider Augen vorliegt.

6. Der Bundesausschuss hat eine Neufassung der **Rehabilitationsrichtlinien** verabschiedet. Diese schaffen die Rahmenbedingungen für eine strukturierte Kooperation von Vertragsärzten und Krankenkassen bei der Beratung und Einleitung von notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Einzelfall. Sie lösen damit die längst überholten Rehabilitations-Richtlinien nach § 368 r RVO aus dem Jahre 1975 ab, die im Wesentlichen ein Mitteilungsverfahren zwischen Ärzten und Krankenkassen über vorliegende Behinderungen regelten und den Forderungen des SGB IX nach selbstbestimmter Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen nicht gerecht werden. Mit den „neuen“ Rehabilitations-Richtlinien schaffen Ärzte und Krankenkassen ein wichtiges Instrumentarium, um den notwendigen Rehabilitationsbedarf standardisiert festzustellen, zu dokumentieren und sachgerechte und angemessenen Leistungsentscheidungen für den Einzelfall zu ermöglichen. *Detaillierte Informationen hierzu werden in den nächsten Tagen veröffentlicht*

7. Weiterhin hat der Bundesausschuss den erstmals im März 2002 vorgelegten Entwurf einer Neufassung der **Krankentransportrichtlinien** nach einer grundlegenden Überarbeitung verabschiedet, die entsprechend dem Auftrag aus dem GMG um eine Präzisierung besonderer Ausnahmefälle ergänzt wurde. Die bisherige gesetzliche Regelung, die eine Übernahme der Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen ausschließlich für von (sozialen) Härtefällen betroffenen Patienten vorsah, wird durch das GMG mit Wirkung zum 1. Januar 2004 aufgehoben. Stattdessen bestimmt das GMG, dass Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung – unter Abzug der Selbstbeteiligung gemäß § 61 Satz 1 – in Zukunft nur bei zwingender medizinischer Notwendigkeit in besonderen Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden können. Diese Fahrten bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

Der Bundesausschuss hat sich auf die Voraussetzungen für eine Verordnung und Genehmigung dieser Fahrten verständigt. Ausgenommen von der Genehmigungspflicht bleiben Verordnungen von Krankenfahrten und Krankentransporten zu einer ambulanten (vor- oder nachstationären) Behandlung im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation (Fälle gemäß §§ 115 a, 115 b SGB V). *Eine ausführliche Information folgt.*

Letzte Sitzung am 15. Dezember

Wegen der sehr umfangreichen Tagesordnung konnten nicht sämtliche anstehenden Beschlüsse am 1. Dezember gefasst werden. Der Rest der Tagesordnung wurde auf eine Sondersitzung am 15. Dezember verlegt; an diesem Tag findet die voraussichtlich letzte Sitzung des Bundesausschusses statt.

Auf dem Seidenberg 3a, 53721 Siegburg, Tel.: 02241/9388-30