



G-BA aktuell

Themen >> Fakten >> Kommentare

Nr. 1 / März 2014

> Themen

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Details zur Behandlung von gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle beschlossen

In seiner Sitzung am 20. Februar 2014 hat der G-BA eine weitere wichtige Konkretisierung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) beschlossen: Die Behandlung von gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle. Damit wurde nun erstmals eine Konkretisierung für die definitorisch schwierig abgrenzbare im SGB V vorgesehene „schwere Verlaufsform von Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf“ auf den Weg gebracht. Für diesen Beschluss konnten wichtige Grundsatzentscheidungen zur Definition schwerer Verlaufsformen getroffen werden, die nun auch bei weiteren Anlagen zur ASV-Richtlinie Anwendung finden werden. Die Konkretisierung wird nach Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. Juli 2014 in Kraft treten.

Die ASV-Richtlinie legt für entsprechend zugelassene Kliniken und Praxen einheitliche Anforderungen an Diagnostik und Therapie bei

- der Behandlung schwerer Verlaufsformen bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen,
- der Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit geringen Fallzahlen sowie
- hochspezialisierten Leistungen

fest (§ 116b SGB V). In entsprechenden Anlagen werden zu einzelnen Krankheitsbildern dann Konkretisierungen zur erforderlichen Struktur- und Prozessqualität, zum Überweisungserfordernis und zur Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand der Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemacht.

[Pressemitteilung vom 20. Februar 2014](#)

[Beschluss vom 20. Februar 2014: Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1 a\) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastro-intestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle](#)

[Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL](#)

[Themenschwerpunkt „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“](#)

Qualitätssicherung

Ergebnisse der Perinatalzentren jetzt online

Ende Februar wurde eine neue zentrale Internetplattform freigeschaltet (www.perinatalzentren.org), auf der die für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen zugelassenen Klinikabteilungen in Deutschland (Perinatalzentren) ihre Ergebnisse zeigen können. Die Website wurde vom Göttinger AQUA-Institut (Institution nach § 137a SGB V) im Auftrag des G-BA erstellt. In der Startphase ist die Beteiligung der Kliniken freiwillig, mittelfristig ist jedoch eine Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ergebnisdaten geplant. Aktuell sind auf der Plattform Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung von 93 Krankenhäusern für die Erfassungsjahre 2008 bis 2012 zu sehen. Unter perinatalzentren@aquainstitut.de können Nutzer dem AQUA-Institut Fragen stellen und Feedback geben.

[Pressemitteilung vom 28. Februar 2014](#)

Sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur Koronarangiographie geht in die Regelversorgung – Verfahren zu Katarakt-OPs und zur Konisation vorerst gestoppt

Das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)“ wird nach Erprobung in verschiedenen Bundesländern nunmehr zum Regelbetrieb weiter entwickelt. Dies beschloss der G-BA am 20. Februar 2014 nach Entgegennahme des Abschlussberichts. Der Probetrieb des Qualitätssicherungsverfahrens zur PCI war im Auftrag des G-BA durch das Göttinger AQUA-Institut vom 1. Oktober 2012 bis zum 31. Juli 2013 durchgeführt worden.

Zwei weitere geplante QS-Verfahren zur Kataraktchirurgie (Behandlung des grauen Stars durch operativen Austausch der getrübten Linse) und zur Konisation (Herausheben eines Gewebekegels aus dem Gebärmutterhals zu diagnostischen Zwecken) werden angesichts verschiedener Umsetzungsprobleme hingegen zunächst nicht in den Regelbetrieb umgesetzt.

Alle drei Abschlussberichte werden in Kürze auf der Homepage des AQUA-Instituts (www.sgg.de) veröffentlicht, die diesbezüglichen Empfehlungen des G-BA auf dessen Internetseiten.

[Pressemitteilung vom 20. Februar 2014](#)

[Beschluss vom 20. Februar 2014: Freigabe der Ergebnisberichte zu den Probebetrieben für die Qualitätssicherungsverfahren Konisation, Kataraktoperation sowie Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie zur Veröffentlichung](#)

Neue Standards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme in Klinik und Praxis

In vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Praxen sowie in Krankenhäusern gelten künftig neue Vorgaben zum Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen. Dies hat der G-BA am 23. Januar 2014 beschlossen. Er erfüllte damit einen Auftrag aus dem im Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz. Dieses sieht unter anderem vor, dass der G-BA Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme in der medizinischen Versorgung GKV-Versicherter festlegt.

So hat der G-BA in den Qualitätsmanagement-Richtlinien zur vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen sowie stationären Versorgung nach umfassender Einbeziehung von Experten für das Risikomanagement beispielsweise das Erfordernis einer Risikoanalyse, -bewertung, -bewältigung und -überwachung sowie Schulungen der Beteiligten als Mindeststandards vorgegeben. Für Fehlermeldesysteme soll gelten, dass diese für Mitarbeiter in Praxen und Kliniken niederschwellig zugänglich sind. Der Beschluss tritt nach Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Pressemitteilung vom 23. Januar 2014](#)

[Beschluss vom 23. Januar 2014: Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung: Umsetzung des § 137 Absatz 1d Satz 1 SGB V](#)

Disease-Management-Programme (DMP)

Aufruf zu neuen DMP-Vorschlägen

Der G-BA ruft mittels einer öffentlichen Bekanntmachung dazu auf, Vorschläge für Krankheiten einzureichen, für die neue strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) entwickelt werden sollen. Die Vorschläge müssen anhand des vom G-BA hierfür bereitgestellten Fragenkatalogs begründet werden. Die Einsendungen werden im Anschluss ein Priorisierungsverfahren durchlaufen.

Ziel der DMP ist die Verbesserung des sektorenübergreifenden Behandlungsablaufs und der Qualität der medizinischen Versorgung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten.

Der Beschluss und der Fragenkatalog werden nicht nur auf den Internetseiten des G-BA, sondern auch im Bundesanzeiger veröffentlicht. Vorschläge können ab sofort, aber spätestens bis acht Wochen nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger beim G-BA eingereicht werden.

[Pressemitteilung vom 20. Februar 2014](#)

[Beschluss vom 20. Februar 2014: Beratung zur Festlegung weiterer geeigneter chronischer Krankheiten für strukturierte Behandlungsprogramme gemäß § 137f Abs. 1 SGB V](#)

Arzneimittel

Arzneimittel zur Reduktion des Alkoholkonsums in engen Grenzen verordnungsfähig

Arzneimittel, die der Verringerung des Alkoholkonsums bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten dienen, sollen künftig unter bestimmten Voraussetzungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ordnungsfähig sein. Dies beschloss der G-BA auf seiner Sitzung am 20. Februar 2014. Diese Arzneimittel sollen nun auch bei alkoholkranken Patientinnen und Patienten eingesetzt werden können, die auf eine Abstinenztherapie hingeführt werden, für die aber entsprechende Therapiemöglichkeiten nicht zeitnah zur Verfügung stehen. Die Verordnung kann bis zu drei Monaten, in begründeten Ausnahmefällen längstens weitere drei Monate verlängert erfolgen und darf nur von Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden, die Erfahrungen mit der Behandlung von Alkoholabhängigkeit haben.

Alkoholentwöhnungsmittel sind generell von der Versorgung ausgeschlossen. Eine diesbezügliche Ausnahme bestand bisher lediglich, wenn diese zur Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholkranken Patientinnen und Patienten im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes eingesetzt wurden. Vor dem Hintergrund eines neu zugelassenen Arzneimittels, dessen Anwendung auf die Reduktion des Alkoholkonsums bei Alkoholabhängigen ausgerichtet ist, befasste sich der G-BA jedoch mit der Einführung eines weiteren Ausnahmetatbestandes.

Der Beschluss tritt erst nach Prüfung durch das BMG und nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Pressemitteilung vom 20. Februar 2014](#)

[Beschluss vom 20. Februar 2014: Arzneimittel-Richtlinie/Anlage III: Nummer 2 - Alkoholentwöhnungsmittel](#)

Stellungnahme des G-BA zum 14. Gesetz zur Änderung des SGB V

Der G-BA hat die vom Gesetzgeber geplante Beendigung der Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus dem Bestandsmarkt begrüßt. In einer Stellungnahme vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum geplanten 14. Gesetz zur Änderung des SGB V sprach sich der unparteiische Vorsitzende Josef Hecken für eine Kombination dieser Maßnahme mit einer Verlängerung des Preismoratoriums und der Fortführung eines modifizierten, aber gleichwohl erhöhten Zwangsrabatts aus. Er betonte ferner, dass auch weiterhin ausreichend andere Instrumente zur Bewertung eventuell untauglicher Bestandsmarktprodukte zur Verfügung stünden. Denn bei Zweifeln am Mehrwert eines Produktes könne auch in Zukunft beispielsweise eine Zuordnung zu einer Festbetragsgruppe oder ein Verordnungsaußchluss wegen Unwirtschaftlichkeit oder Unzweckmäßigkeit erfolgen.

[Stellungnahme des G-BA vom 5. Februar 2014 zur öffentlichen Anhörung zum Gesetzentwurf für ein 14. Gesetz zur Änderung des SGB V](#)

Studiennachforderung zu zwei Gliniden

Erstmals hat der G-BA zu zwei Arzneimittelwirkstoffen ergänzende versorgungsrelevante Studien zur Bewertung der Zweckmäßigkeit von Arzneimittelwirkstoffen eingefordert. Es handelt sich hierbei um zwei Arzneimittel der Wirkstoffgruppe der Glinide: Repaglinid und Nateglinid. Der G-BA hat für diese Studien Fragestellung, Endpunkte und Studiendesign vorgegeben und bis zur Vorlage der Ergebnisse eine Frist von 5 ½ Jahren gesetzt. Wenn die Hersteller innerhalb eines Jahres nicht nachweisen können, dass mit den Studien begonnen wurde, können diese beiden Wirkstoffe von der Verordnung zulasten der GKV wegen Unzweckmäßigkeit ausgeschlossen werden.

[Beschluss vom 23. Januar 2014: Forderung von ergänzenden versorgungsrelevanten Studien nach § 92 Abs. 2a SGB V: Bewertung der Zweckmäßigkeit von Gliniden \(Wirkstoffe Nateglinid, Repaglinid\)](#)

Schriftliches BSG-Urteil liegt vor

Zum Rechtsstreit zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Arzneimittelhersteller Janssen-Cilag GmbH um die Festbetragsgruppenbildung für den Wirkstoff Paliperidon liegt jetzt das schriftliche Urteil des Bundessozialgerichts (B 1 KR 54/12 R) vor.

Neben der konkreten Festsetzung des Festbetrages selbst geht es dabei auch um die zugrundeliegende Festbetragsgruppenbildung des G-BA und deren Begründungserfordernisse. Der G-BA hatte den Wirkstoff Paliperidon im Juni 2009 in die Festbetragsgruppe „Antipsychotika, andere“ eingruppiert. Das Urteil stellt klar, dass der G-BA bei der Festbetragsgruppenbildung weiterhin auch Arzneimittel zu einer Gruppe zusammenfassen kann, deren Anwendungsgebiete nur teilweise übereinstimmen (vgl. G-BA aktuell aus dem Oktober 2013).

[BSG-Urteil vom 17. September 2013 zum Rechtsstreit Janssen Cilag GmbH ./ GKV-Spitzenverband bezüglich Festbetragsgruppenbildung Paliperidon](#)

Veranlasste Leistungen

MRSA-Sanierung in der häuslichen Krankenpflege

Die ambulante Beseitigung Methicillin-resistenter Keime mit Hilfe lokal anwendbarer antiseptischer Substanzen (MRSA-Eradikationstherapie) kann künftig von Vertragsärztinnen und -ärzten für Patienten mit bestimmten Risikofaktoren als GKV-Leistung der häuslichen Krankenpflege verordnet werden. Die Verordnung kann im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren „Behandlung und Betreuung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose“ – und damit ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Vertragsärzte – vorgenommen werden. Durchführbar ist sie

- nach einem Krankenhausaufenthalt, wenn die betroffenen Patientinnen und Patienten in den letzten sechs Monaten stationär (Verweildauer: Mindestens

vier zusammenhängende Tage) im Krankenhaus behandelt wurden und verschiedene, in der Richtlinie definierte Risikokriterien erfüllen

- nach einem Krankenhausaufenthalt, wenn die Eradikationstherapie bereits vor Entlassung des Patienten im Krankenhaus begonnen wurde und die nahtlose Fortsetzung der Therapie damit sichergestellt werden kann (hier wird die Verordnung der Leistung von einem Krankenhausarzt/einer Krankenhausärztin vorgenommen)
- im Vorfeld eines geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffs, vorausgesetzt die MRSA-Besiedelung ist im Krankenhaus festgestellt worden.

Der Beschluss tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Wichtig dabei: Die bei der Eradikation verwendeten Sanierungsprodukte müssen vom Patienten derzeit noch selbst bezahlt werden. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung waren – bis auf antibakterielle Nasensalben – noch keine weiteren Sanierungsprodukte verordnungsfähig. Diese nicht verschreibungspflichtigen, sogenannten OTC (Over-the-counter)-Produkte, sind aufgrund gesetzlicher Vorgaben keine GKV-Leistungen. Der G-BA kann sie nur auf Antrag des Herstellers in eine OTC-Ausnahmeliste mit verordnungsfähigen Produkten aufnehmen, wenn durch Studien belegt ist, dass diese Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Entsprechende Herstelleranträge mit aussagekräftigen Studienbelegen stehen derzeit noch aus.

[Pressemitteilung vom 23. Januar 2014](#)

[Beschluss vom 23. Januar 2014: Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: MRSA-Eradikationstherapie](#)

In eigener Sache

Neue Broschüre zu den Aufgaben des G-BA

Mit seiner neuen Informationsbroschüre „Entscheidungen zum Nutzen von Patienten und Versicherten“ gibt der G-BA anhand ausgewählter Beispiele Einblick in seine Arbeit. Zielgruppe sind Journalistinnen und Journalisten, interessierte Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Beratungsinstitutionen sowie Studierende und Auszubildende aus Berufen des Gesundheitswesens. In einer gut verständlichen Sprache werden anhand exemplarischer Patientengeschichten Entscheidungen des G-BA vorgestellt. Leser finden zu allen Beispielen vertiefende Informationen zu den Aufgaben des Gremiums.



Die kompakte Kurzvorstellung im praktischen A5-Format ergänzt das bisherige Informationsangebot bestehend aus Website, Geschäftsbericht, Flyern und Online-Newsletter. Die Broschüre steht auf der Website zum Download bereit und kann auch

in Druckversion bestellt werden (info@g-ba.de).

[Informationsbroschüre: Entscheidungen zum Nutzen von Patienten und Versicherten](#)

Festakt zum 10-jährigen Bestehen des G-BA

Mit über 200 Gästen aus Gesundheitswesen, Politik und Wissenschaft feierte der G-BA am 14. Januar 2014 in Berlin sein zehnjähriges Bestehen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe gratulierte dem G-BA zu seinem Jubiläum und betonte die Bedeutung der Selbstverwaltung als ein modernes und zukunftsweisendes Prinzip. Der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Josef Hecken, beschrieb in seinen Begrüßungsworten die Verantwortung für Patientinnen und Patienten als die Maxime für das Handeln des G-BA. Eine Verbesserung des Status quo für die Betroffenen sei das wichtigste Leitprinzip bei jeder Bewertung.

[Pressemitteilung vom 14. Januar 2014](#)

> Kommentar

Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wird ein neuer, sektorenunabhängiger Versorgungsbereich für Patientinnen und Patienten mit komplexen – insbesondere auch onkologischen – oder seltenen Erkrankungen geschaffen. Die interdisziplinäre Bündelung der diagnosespezifisch jeweils erforderlichen verschiedenen Facharztkompetenzen in einem Team stellt den entscheidenden Mehrwert der ASV für die Patientenversorgung dar. In der Vergangenheit konnte dieses Versorgungsangebot nur durch Krankenhäuser erbracht werden, wobei die Zulassungspraxis der bis dato zuständigen Planungsbehörden der Länder zu einer regional höchst unterschiedlichen Verteilung des Versorgungsangebots geführt hat. Zukünftig können ASV-Teams nicht nur von Krankenhäusern, sondern auch von niedergelassenen Spezialisten oder über sektorenübergreifende Kooperationen gebildet werden. Dies sowie die Umstellung des Zulassungs- auf ein außerhalb der Bedarfsplanung angesiedeltes Anzeigeverfahren wird einen flächendeckenden Ausbau des Versorgungsangebots und somit erleichterten Zugang der betroffenen Patientinnen und Patienten zur medizinisch notwendigen hochspezialisierten und gleichzeitig interdisziplinär abgestimmten Behandlung ermöglichen.

Nach dem ersten Konkretisierungsbeschluss zur Tuberkulose im Dezember des letzten Jahres erfolgte nun die zweite Konkretisierung aus dem großen Indikationsbereich der Onkologie. Mit dem Beschluss zu gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle wurden gleichzeitig wichtige Grundsatzentscheidungen für weitere Konkretisierungen getroffen, beispielsweise zur Festlegung schwerer Verlaufsformen, zu Mindestmengen sowie zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die in der ASV angewendet werden können.

Diese Grundsatzentscheidungen haben nicht nur für die aktuelle sondern auch für zukünftige Konkretisierungen onkologischer Erkrankungen eine große Bedeutung, denn sie bilden die Blaupause für weitere Entscheidungen.



Darüber hinaus legte der G-BA einen sogenannten „Appendix“ zur Konkretisierung vor, bei dem der Behandlungsumfang sehr detailliert auf Basis der Leistungsbeschreibungen des EBM für alle ASV-Teammitglieder abgebildet wird. Diese vom G-BA erarbeiteten sogenannten „EBM-Ziffernkränze“ sollten es dem ergänzten Bewertungsausschuss ermöglichen, die dann noch erforderlichen Vergütungsregelungen zügig umzusetzen.

Der G-BA wird den neuen Versorgungsbereich ASV Schritt für Schritt ausbauen. Die Beratungen zu den nächsten Konkretisierungen - Gynäkologische Tumoren und Marfan-Syndrom - wurden bereits aufgenommen.

Seit Ende Februar können werdende Eltern und einweisende Ärztinnen und Ärzte auf der Website www.perinatalzentren.org die Ergebnisdaten von Krankenhäusern einsehen, die für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht zugelassen sind. Die Freischaltung dieser zentralen Website bedeutet einen erheblichen Fortschritt in Richtung Transparenz und erhöht den Überblick über das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern in diesem sensiblen Bereich. Werdende Eltern, die sich auf eine Frühgeburt vorbereiten müssen, erhalten hier wertvolle Hilfestellungen bei der Auswahl des für ihre Situation passenden Krankenhauses. Die derzeit auf freiwilliger Basis erfolgende Beteiligung der Perinatalzentren zeigt deutlich deren eigenes Interesse an Qualitätsvergleichen und Qualitätstransparenz.

Trotz schwieriger Rahmenbedingungen für die Umsetzung bleibt die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung ein zentrales Anliegen des G-BA. Im Februar wurde beschlossen, das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)“ zum Regelbetrieb weiterzuentwickeln, nachdem es in 2013 in mehreren Bundesländern erfolgreich getestet werden konnte. Das sektorenübergreifende QS-Verfahren wird bevorzugt auf der Basis von Routinedaten aufsetzen und so zusätzlichen Aufwand bei der Datenerhebung für die Leistungserbringer verringern. Flankierend werden Patientenbefragungen zum Einsatz kommen, um die Qualität der Eingriffe, insbesondere was die Indikationsstellung angeht, aus Patientenperspektive zu beleuchten. Parallel hierzu beschloss der G-BA, auch die Abschlussberichte zu zwei weiteren Probebetrieben, zur Konisation und Kataraktchirurgie, zu veröffentlichen, die zum jetzigen Zeitpunkt allerdings nicht in den Regelbetrieb überführt werden sollen. Deren Probebetriebe konnten zwar nicht erfolgreich abgeschlossen werden, doch kann auch aus diesen Verfahren viel für zukünftige Entwicklungen gelernt werden.

Für eine erfolgreiche Etablierung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sind insbesondere Voraussetzungen nötig, die eine zielgenaue, unbürokratische Identifikation des QS-Falls ermöglichen, unabhängig davon, ob sich der Patient in stationärer oder ambulanter Behandlung befindet. Um dies in Zukunft zu erleichtern, wäre eine sektorenübergreifende Harmonisierung der Dokumentationsanforderungen oder die Nutzung der Telematik-Infrastruktur hilfreich. Hierzu bedarf es der Unterstützung aller Beteiligten, auch außerhalb des G-BA.

Die Verbesserung der Patientensicherheit in Klinik und Praxis stehen im Mittelpunkt des G-BA-Beschlusses zu Vorgaben beim Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen. Fristgerecht erfüllte der G-BA hier einen Auftrag aus dem im Feb-

ruar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz. Dies sieht unter anderem vor, dass der G-BA Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme in der medizinischen Versorgung GKV-Versicherter festlegt. Die Regelungen sollen dazu beitragen, vermeidbare Fehler und Komplikationen zu verhindern. Durch die Zunahme der Komplexität der modernen Medizin und größere Arbeitsdichte in Kliniken und Praxen werden Maßnahmen zur Fehlerprävention immer wichtiger. Im Mittelpunkt steht hierbei nicht die Frage „wer..?“, sondern „was ist schuld daran, wenn Fehler passieren?“. Kritische Zwischenfälle nicht zu verschweigen, sondern im Hinblick auf fehlerbegünstigende Faktoren zu analysieren und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, ist der Dreh- und Angelpunkt von Fehler- und Risikomanagement, deren erfolgreiche Umsetzung im medizinischen Alltag die Patientensicherheit erhöhen wird.

Um die medizinische Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen weiter zu verbessern, eröffnete der G-BA nun die Möglichkeit, Vorschläge für neue strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) einzureichen. Bereits bestehende DMP sollen weiterentwickelt und neue Programme aufgelegt werden. Auch der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD erwähnt die DMP positiv, weshalb der G-BA dies als Rückenstärkung betrachtet und so proaktiv den erklärten Willen der neuen Bundesregierung aufnimmt. Die neuen DMP sollten möglichst zielgruppenspezifisch sein und müssen gleichzeitig der häufig bestehenden Komorbidität der chronisch Kranken gerecht werden. DMP sollen ein vom Hausarzt bis zum Krankenhaus abgestimmtes Versorgungsmanagement ermöglichen und gleichzeitig die Eigeninitiative und das Gesundheitsbewusstsein der Patientinnen und Patienten stärken, um trotz chronischer Erkrankung ein langes Leben mit möglichst hoher Lebensqualität zu ermöglichen. Der G-BA hofft auf eine rege Beteiligung der medizinischen Fachgesellschaften und Patientenorganisationen an dem Vorschlagsverfahren und wird nach Sichtung aller Themenvorschläge entscheiden, welche DMP prioritär neu entwickelt werden sollen.

Dr. Regina Klakow-Franck

Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, Vorsitzende der Unterausschüsse Qualitätsmanagement, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung und Disease-Management-Programme

› **Beschlüsse**

Alle aktuell in Kraft getretenen Beschlüsse finden Sie hier:

<http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/sortiert-nach/inkrafttreten/absteigend/>

> Termine

— Sitzungstermine des Plenums

20. März 2014
03. April 2014
17. April 2014
08. Mai 2014 (optional)
22. Mai 2014
05. Juni 2014 (optional)
19. Juni 2014
03. Juli 2014 (optional)
17. Juli 2014
07. August 2014 (optional)
21. August 2014
04. September 2014 (optional)
18. September 2014
02. Oktober 2014 (optional)
16. Oktober 2014
06. November 2014 (optional)
20. November 2014
04. Dezember 2014 (optional)
18. Dezember 2014

[Sitzungstermine 2015](#)

Das Plenum des G-BA tagt in der Regel an jedem ersten und dritten Donnerstag im Monat.

Die Sitzungen des Plenums sind öffentlich. Besucher können sich ab 20 Tage vor der Sitzung über die G-BA-Website online anmelden, die verfügbaren Zuschauersitze werden in der Reihenfolge der Anmeldung vergeben. Anmelde­möglichkeit und Tages­ordnung finden Sie hier:

<https://sitzungen.g-ba.de/>

> Impressum

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Die Geschäftsführerin (V.i.S.d.P.)

Dr. Dorothea Bronner

Redaktion: Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Sybille Golkowski

Telefon:

+49-30-275838-822

Telefax:

+49-30-275838-805

E-Mail:

Sybille.Golkowski@g-ba.de