



G-BA aktuell

Themen >> Fakten >> Kommentare

Nr. 1 / Januar 2015

> Themen

Qualitätssicherung

Minimalinvasive Herzklappeninterventionen - G-BA beschließt neue Richtlinie mit Mindeststandards für Krankenhäuser

Für minimalinvasive Herzklappeninterventionen gelten künftig qualitätssichernde Mindeststandards. Krankenhäuser, die kathetergestützte Aortenklappenimplantationen (TAVI) oder Clipverfahren an der Mitralklappe durchführen wollen, müssen nachweisen, dass sie entsprechende strukturelle, fachliche und personelle Anforderungen erfüllen, um diese Leistungen weiterhin anbieten zu dürfen. Entsprechende Qualitätsvorgaben enthält die neue Richtlinie zu minimalintensiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL), die der G-BA am 22. Januar 2015 beschlossen hat. Die Qualitätsvorgaben betreffen die Indikationsstellung, die Durchführung der Eingriffe sowie die stationäre Nachbehandlung der Patientinnen und Patienten.

Aufgrund der unterschiedlichen Komplikationsprofile der verschiedenen Eingriffe werden an die im Krankenhaus vorzuhaltenden Strukturen abgestufte Anforderungen gestellt. TAVI-Eingriffe dürfen nur noch von Kliniken vorgenommen werden, die sowohl über eine Fachabteilung für Innere Medizin und Kardiologie als auch über eine Fachabteilung für Herzchirurgie verfügen. Zu dieser speziellen Vorgabe gibt es eine Übergangsregelung: Bei der Anwendung des TAVI-Verfahrens kann unter bestimmten Voraussetzungen die Verfügbarkeit einer herzchirurgischen Versorgung bis zum 30. Juni 2016 durch Kooperationsvereinbarungen sichergestellt werden. Nach Ende dieser Übergangsfrist muss dies auch in diesen Krankenhäusern durch eine eigene bettenführende herzchirurgische Abteilung erfolgen.

Beim Clipverfahren an der Mitralklappe muss die durchführende Klinik zumindest eine der beiden Fachabteilungen im Hause haben. Ergänzend sind in diesem Fall Kooperationsvereinbarungen mit externen Fachabteilungen zu schließen.

Nach Erkenntnissen aus der externen stationären Qualitätssicherung waren von 10.426 Patienten, die sich 2013 einem kathetergestützten Aortenklappeneingriff unterzogen,

knapp 58 Prozent zwischen 80 und 89 Jahre und über 5 Prozent sogar über 90 Jahre alt (Qualitätsreport 2013, S. 74).

[Der Beschluss vom 22. Januar 2015 wird in Kürze hier veröffentlicht](#)

[Pressemitteilung des G-BA vom 22. Januar 2015](#)

[Qualitätsreport 2013](#)

Qualitätsmanagement: Jahresberichte 2013 erschienen

Die Jahresberichte 2013 zur Umsetzung des Qualitätsmanagements in vertragsärztlichen, -psychotherapeutischen und -zahnärztlichen Praxen wurden pünktlich vorgelegt und mit Beschluss vom 22. Januar 2015 vom G-BA zur Veröffentlichung freigegeben. Auf Basis des Berichts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für den vertragsärztlichen Bereich konnte der G-BA feststellen, dass erhebliche Anstrengungen zur Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung unternommen wurden und im Berichtsjahr 2013 nahezu alle Praxen ein Qualitätsmanagement-System anwandten. Der G-BA merkte jedoch an, dass es wünschenswert wäre, wenn aus dem bundesweiten Gesamtbericht künftig hervorginge, nach welchen Kriterien in den Kassenärztlichen Vereinigungen Beratungen der Qualitätsmanagement-Kommissionen ausgelöst werden.

Auf Basis des Berichts der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) für den vertragszahnärztlichen Bereich konnte der G-BA feststellen, dass auch hier im Jahr 2013 die geforderten Qualitätsmanagement-Instrumente gut umgesetzt wurden. In seinem Kommentar merkte der G-BA jedoch an, dass aus dem Bericht künftig hervorgehen sollte, wie jene Zahnärztinnen und -ärzte gefördert werden, die Qualitätsmanagement noch nicht systematisch nutzen. Die zusammenfassenden Berichte der KBV und der KZBV sind gemeinsam mit der Bewertung des G-BA auf dessen Website zu finden.

[Der Beschluss vom 22. Januar 2015 wird in Kürze hier veröffentlicht](#)

[Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des G-BA mit Links zu allen publizierten Jahresberichten](#)

[Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung des G-BA mit Links zu allen publizierten Jahresberichten](#)

Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung - Fünf-Jahres-Auswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Ein aktuell zur Veröffentlichung freigegebener KBV-Bericht fasst die Ergebnisse der KV-Qualitätsprüfungen von 2008 bis 2012 bundesweit zusammen. Am 22. Januar 2015 nahm das Plenum diesen gemeinsam mit dem aktuellen Jahresbericht der KBV zur Qualitätsprüfung 2013 ab. Es zeigt sich, dass sich die Stichprobenprüfung als Instrument der Qualitätssicherung und -förderung im ambulanten Bereich etabliert hat. Allerdings bestehen zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen deutliche Unterschiede bei den Prüfquoten. Generell konstatiert der Bericht, dass das Potenzial der Stichprobenprüfung zur verlässlichen Erhebung und zur Verbesserung der Versorgungs-

qualität noch nicht ausgeschöpft sei. Es wird deshalb zeitnah eine Weiterentwicklung der Richtlinie empfohlen.

Zum Hintergrund: Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen mit ihren Qualitätssicherungskommissionen jährlich Stichprobenprüfungen in Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren durch. Die Maßnahme dient der Qualitätsbeurteilung in ausgewählten Leistungsbereichen. Die Ergebnisse werden von der KBV in einem Jahresbericht zusammengefasst und vom G-BA abgenommen und kommentiert. Der Fünf-Jahres-Bericht wurde wie alle Jahresberichte der KBV zur Qualitätsprüfung auf der G-BA-Website veröffentlicht.

[Beschluss vom 22. Januar 2015: Veröffentlichung einer 5-Jahres-Auswertung der KBV über die Berichte gemäß § 9 Abs. 3 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung über die Jahre 2008 bis 2012](#)

[Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des G-BA mit Links zu allen publizierten Jahresberichten](#)

Krankenhaus-Qualitätssicherung: Länderauswertung mit Geodarstellung online

Die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung der Krankenhäuser für das Erfassungsjahr 2013 liegen jetzt auch als Länderauswertung mit Geodarstellung vor. Sie wurde vom G-BA zur Veröffentlichung freigegeben und ist ab sofort auf der Website des AQUA-Instituts (www.sqg.de) verfügbar.

Dargestellt werden alle derzeit verpflichtend zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren. Für jeden der 30 Leistungsbereiche werden die rechnerischen Auffälligkeiten auf einer Landkarte über ein abgestuftes Farbschema abgebildet. Die Geodarstellung ist ein ergänzendes Dokument des Qualitätsreports.

[Länderauswertung mit Geodarstellung Erfassungsjahr 2013](#)

[Beschluss vom 22. Januar 2015: Freigabe zur Veröffentlichung der Länderauswertung mit Geodarstellung](#)

IQTIG – Stiftungsrat benennt Dr. Christof Veit zum Institutsleiter

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde am 9. Januar 2015 in Berlin vom erstmals zusammengetretenen Stiftungsrat der gleichnamigen Stiftung in Berlin errichtet. Der ebenfalls neu konstituierte Vorstand der Stiftung benannte den Mediziner Dr. Christof Veit einstimmig zum Leiter des Instituts.

Der Stiftungsrat setzt sich zusammen aus

- zwei Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG):
Andreas Wagener und Dr. Bernd Metzinger
- zwei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV):
Dipl.-med. Regina Feldmann und Dr. Franziska Diel
- einem Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV):
Dr. Jürgen Fedderwitz sowie



- fünf Vertretern des GKV-Spitzenverbands:
Ulrike Elsner, Uwe Deh, Bettina am Orde, Karl Reuber und Dr. Wolfgang Schrörs

Der vom Stiftungsrat bestellte Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:

- je ein von der DKG, der KBV und der KZBV vorgeschlagenes Mitglied:
Georg Baum (DKG), Dr. Andreas Gassen (KBV) und Dr. Wolfgang Eßer (KZBV)
- drei von Seiten des GKV-Spitzenverbands vorgeschlagene Mitglieder:
Dr. Doris Pfeiffer, Johann-Magnus von Stackelberg und Gernot Kiefer
- ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG):
Staatssekretär Lutz Stroppe sowie
- der Vorsitzende des G-BA:
Josef Hecken

Die beratenden Gremien des IQTIG - Kuratorium und Wissenschaftlicher Beirat - werden sich im Laufe des Jahres konstituieren. Deren Zusammensetzung ist ebenso wie die des Stiftungsrats und des Vorstands in der Stiftungssatzung geregelt.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) hatte der Gesetzgeber den G-BA in § 137a SGB V beauftragt, ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu gründen. Es soll dem G-BA dauerhaft wissenschaftlich und methodisch fundierte Entscheidungsgrundlagen für Maßnahmen der Qualitätssicherung liefern und ab 2016 damit die Aufgaben der früheren „Institution nach § 137a SGB V“ übernehmen.

Sitz des Instituts ist Berlin. Die Anschrift lautet:

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
D-10787 Berlin
www.IQTIG.org

[Pressemitteilung des G-BA vom 9. Januar 2015](#)

Mindestmengen Knie-TEP gelten wieder

Seit dem 1. Januar 2015 gilt für den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks (Kniegelenk Totalendoprothese/Knie-TEP) wieder die jährliche Mindestmenge von 50. Das bedeutet: Krankenhäuser dürfen diese Leistung nur noch dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, wenn sie voraussichtlich mindestens 50 Knie-TEP-Operationen im Jahr durchführen. Mit einem entsprechenden Beschluss vom 18. Dezember 2014 beendete der G-BA die seit dem Jahr 2011 bestehende Aussetzung der ursprünglich seit 2006 geltenden Mindestmenge.

Er reagierte damit auf verschiedene Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG). Dieses hat – nachdem bereits mit Urteil vom 12. September 2012 bestätigt wurde, dass Knie-TEP planbare Leistungen sind, deren Ergebnisqualität in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt – durch die Urteile vom 14. Oktober und

27. November 2014 auch die Bestimmung der Menge 50 für rechtmäßig erklärt. Die Entscheidung des G-BA sei rechtmäßig und hinreichend mit wissenschaftlichen Belegen untermauert, Zweifel an der Rechtmäßigkeit dieser Mindestmenge seien ausgeräumt – so das Gericht in seinen Urteilen (Az.: B 1 KR 33/13 R und B 3 KR 1/13 R).

[Beschluss vom 18. Dezember 2014: Invollzugsetzung einer Regelung der Mindestmengenregelungen - Mindestmenge für Kniegelenk-Totalendoprothesen](#)

[Pressemitteilung des G-BA vom 18. Dezember 2014](#)

Qualitätssicherungsabschläge bei Dokumentationslücken steigen im Wiederholungsfall

Wiederholte Dokumentationslücken in der externen stationären Qualitätssicherung werden für Krankenhäuser teurer. Mit einem Beschluss vom 4. Dezember 2014 hat der G-BA die Vergütungsabschläge verdoppelt, die Kliniken hinnehmen müssen, wenn sie in einem Leistungsbereich eine Dokumentationsrate von unter 95 Prozent aufweisen. Krankenkassen können Kliniken seit 2012 für jeden nicht dokumentierten Datensatz 150 Euro (in der Transplantationsmedizin 2.500 Euro) von der Gesamtvergütung abziehen. Wiederholungsfälle schlagen nun mit 300 Euro (bzw. 5.000 Euro in der Transplantationsmedizin) zu Buche.

Die Sanktionen waren im Jahre 2012 in die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) aufgenommen worden, um eine vollständige Dokumentation in der externen stationären Qualitätssicherung zu gewährleisten. Bei den Lebertransplantationen waren 2012 für das Erfassungsjahr etwa 10 Prozent und bei den Nierentransplantationen sogar über 20 Prozent weniger Fälle dokumentiert als abgerechnet wurden. Die jetzt beschlossene abermalige Änderung der QSKH-RL trat zum 31. Dezember 2014 in Kraft.

[Beschluss vom 4. Dezember 2014: Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern - Änderung des § 24 \(Qualitätssicherungsabschläge\)](#)

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Seit dem 1. Januar 2015 sind alle Perinatalzentren (Level 1 und 2) verpflichtet, ihre Qualitätsergebnisse zentral auf der Onlineplattform www.perinatalzentren.org zu veröffentlichen. Bisher geschah dies auf freiwilliger Basis. Die neue Regelung ist Ergebnis eines Beschlusses vom 20. November 2014, mit dem der G-BA die neue Anlage 4 der QFR-RL änderte. Voraussichtlich ab dem 1. Dezember 2015 werden die Daten der fünf vergangenen Erfassungsjahre flächendeckend auf der Plattform zu sehen sein.

Anmeldefrist ist der 15. März 2015. Auch Krankenhäuser, die ihre Ergebnisse bereits freiwillig auf www.perinatalzentren.org veröffentlicht haben, müssen sich noch einmal anmelden, da sich die rechtlichen Grundlagen geändert haben. Nähere Informationen zum Anmeldeverfahren auf der Website des AQUA-Instituts, das die Plattform im Auftrag des G-BA erstellt hat und betreibt:

<https://www.sgg.de/ergebnisse/webseite-perinatalzentren/index.html>

Die Onlineplattform gibt es seit Februar 2014. Nutzer können dort die Perinatalzentren anhand von Daten aus den letzten fünf Jahren nach bestimmten Kriterien sortieren. Dazu zählen sowohl die Fallzahlen, die ein Perinatalzentrum aufweisen kann, als auch die Überlebensraten der Frühgeborenen insgesamt sowie derer ohne schwerwiegende Erkrankungen. Perinatalzentren können darüber hinaus nach Name, Region und Entfernung ausgewählt werden. Bis Ende des Jahres 2014 waren auf der Plattform 89 Perinatalzentren mit ihren Ergebnissen aus den Erfassungsjahren 2008 bis 2012 dargestellt.

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Bestimmungen zur ambulanten Behandlung des Marfan-Syndroms und gynäkologischer Tumoren beschlossen

Patientinnen und Patienten, die an dem seltenen Marfan-Syndrom leiden, sowie Patientinnen, die an gynäkologischen Tumoren erkrankt sind, können künftig nach bestimmten Vorgaben in Kliniken und Praxen ambulant spezialfachärztlich versorgt werden. Mit einem entsprechenden Beschluss vom 22. Januar 2015 verabschiedete der G-BA weitere erkrankungsspezifische Regelungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Die Beschlüsse regeln Diagnostik, Behandlung und Beratung von Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus werden personelle, sächliche und organisatorische Anforderungen an Vertragsärztinnen, Vertragsärzte und Krankenhäuser festgelegt, die eine solche Versorgung anbieten wollen.

Die Behandlung kann in der Klinik oder ambulant durch ein Ärzteteam erfolgen, das sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten verschiedener Disziplinen zusammensetzt. Der Beschluss tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Der Beschluss vom 22. Januar 2015 wird in Kürze hier veröffentlicht](#)

[Pressemitteilung des G-BA vom 22. Januar 2015](#)

[Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V](#)

Arzneimittel

Bilanz nach 100 frühen Nutzenbewertungen neuer Arzneimittelwirkstoffe

Anlässlich der 100. Nutzenbewertung eines neuen Arzneimittelwirkstoffs seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) zog der G-BA Ende des Jahres 2014 eine Zwischenbilanz. Bei 21 Prozent der bewerteten Arzneimittel konnte er einen beträchtlichen Zusatznutzen feststellen. Im Bereich der Onkologika waren es sogar 43 Prozent. Ein geringer Zusatznutzen ergab sich bei 26 Prozent der geprüften Wirkstoffe. Und bei 8 Prozent konnte ein nicht quantifizierbarer Zusatznutzen festgestellt werden. Damit zeigten 55 Prozent aller bewerteten Wirkstoffe eine Überlegenheit gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Zu beachten ist dabei jedoch, dass in vielen Fällen ein Zusatznutzen nicht für das gesamte Anwendungsgebiet, son-



dem nur für Teilpopulationen festgestellt wurde.

[Pressemitteilung des G-BA vom 18. Dezember 2014](#)

Stellungnahmeverfahren zur Neufassung des Abschnitts I der Arzneimittel-Richtlinie: Bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung

Der G-BA hat mit Beschluss vom 20. November 2014 ein Stellungnahmeverfahren zur Neufassung des Abschnitts der Arzneimittel-Richtlinie eröffnet, der die Verordnungsfähigkeit von bilanzierten Diäten regelt und künftig erstmals über eine konkrete Produktliste spezifizieren soll (neue Anlage XIII zur Arzneimittel-Richtlinie). Die Neufassung soll die bisherigen Regelungen zur Verordnungsfähigkeit von Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysaten, Elementardiäten und Sondennahrung ersetzen.

Der zur Stellungnahme gestellte Richtlinienentwurf definiert den Umfang des Leistungsanspruchs und konkretisiert den Begriff der bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung (worunter beispielsweise Sonden- und Trinknahrung fallen). Daneben dient die künftige Anlage XIII der Arzneimittel-Richtlinie einer Produktzusammenstellung derjenigen bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung, die zweckmäßig und medizinisch notwendig und insofern ausnahmsweise verordnungsfähig sind.

Mit dem Richtlinienentwurf setzt der G-BA einen gesetzlichen Auftrag um, festzulegen unter welchen Voraussetzungen bestimmte bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung vom Vertragsarzt verordnet werden können (§ 31 Abs. 5 SGB V).

Bis zum 17. März 2015 können sich am Stellungnahmeverfahren neben den zur Arzneimittel-Richtlinie üblicherweise Stellungnahmeberechtigten auch Hersteller bilanzierter Diäten und deren Verbände auf Bundesebene beteiligen. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens können Hersteller bereits Anträge zur Aufnahme einer bilanzierten Diät zur enteralen Ernährung in die Anlage XIII stellen. Ein entsprechender Antragsbogen ist Bestandteil des im Stellungnahmeverfahren befindlichen Richtlinienentwurfs. Anträge, die bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingereicht werden, sind noch gebührenfrei. In Zukunft wird es hierzu ein gebührenpflichtiges Antragsverfahren geben, das der G-BA derzeit entwickelt und in seine Verfahrensordnung aufnehmen wird.

Nach § 316 SGB V haben Versicherte bis zur Veröffentlichung der Zusammenstellung im Bundesanzeiger Anspruch auf enterale Ernährung nach Maßgabe des Kapitels E der Arzneimittel-Richtlinie in der Fassung vom 25. August 2005 (BAnz. S. 13241) bzw. des Abschnitts I in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a).

[Beschluss vom 20. November 2014: Arzneimittel-Richtlinie/Abschnitt I und Anlage XIII: Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens - Bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung gemäß § 31 Abs. 5 SGB V](#)

Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst

Der G-BA hat am 20. November 2014 die Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst. Damit wurden die aktuellen STIKO-Empfehlungen umgesetzt, die bereits in den Epidemiologischen Bulletins Nrn. 34, 35 und 36 des Jahres 2014 veröffentlicht wurden. Neu ist zum Beispiel die Altersgrenze bei der HPV-Impfung. Sie wird nun bereits für Mädchen im

Alter zwischen 9 bis 14 Jahren angeboten, bislang galt hier die Altersgrenze 12 bis 17 Jahre.

Zudem wurden die Vorgaben der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (Arb-MedVV) vom 23. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3882) berücksichtigt. Sie definieren Impfungen, die aufgrund eines erhöhten beruflichen Gefährdungspotenzials Beschäftigter vom Arbeitgeber zu tragen sind. Der Beschluss tritt erst nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Beschluss vom 20. November 2014: Schutzimpfungs-Richtlinie - Umsetzung STIKO-Empfehlungen August 2014 und Anpassung an die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge \(ArbMedVV\)](#)

Veranlasste Leistungen

Ambulante Ernährungsberatung

Die ambulante Ernährungsberatung wird für Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechsel-Erkrankungen und Mukoviszidose weiterhin ausschließlich im Rahmen der ärztlichen Behandlung angeboten. Eine umfassende Begründung der Entscheidung und die Ergebnisse der vorgelagerten Nutzenbewertung sind in den „Eckpunkten der Entscheidung“ in den Tragenden Gründen zum Beschluss veröffentlicht. Der Beschluss vom 22. Januar 2015 tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Der Beschluss vom 22. Januar 2015 wird in Kürze hier veröffentlicht](#)

Soziotherapie-Richtlinie angepasst

Das Spektrum der Diagnosen und Fähigkeitsstörungen, bei denen die Verordnung einer Soziotherapie in Betracht kommt, wurde mit einer Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie erweitert und präzisiert. Ein entsprechender Beschluss vom 22. Januar 2015 sieht für weitere Diagnosen nun die Möglichkeit von Verordnungen im Einzelfall vor. Zudem sind anstelle der bisher vorgesehenen drei künftig maximal fünf Therapieeinheiten zur Motivierung der Patienten möglich, um die gegebenenfalls folgende Soziotherapie zu sichern. Im Hinblick auf eine kontinuierliche Patientenversorgung ist nun zudem eine Berichtspflicht des soziotherapeutischen Leistungserbringers gegenüber dem verordnenden Arzt vorgesehen. Weiterhin haben zukünftig auch psychiatrische Institutsambulanzen beziehungsweise deren Fachärztinnen und Fachärzte die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen.

Zum Hintergrund: Manche Patientinnen und Patienten sind wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Liegt eine solche Fähigkeitsstörung vor, soll mittels Soziotherapie – beispielsweise in Form von Motivierungsarbeit und strukturierenden Trainingsmaßnahmen – versucht werden, Patienten in die Lage zu versetzen, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen.

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

[Der Beschluss vom 22. Januar 2015 wird in Kürze hier veröffentlicht](#)

[Pressemitteilung des G-BA vom 22. Januar 2015](#)

Neufassung der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber das Spektrum ambulanter Behandlungsmöglichkeiten erheblich – etwa um die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V – erweitert. Zu deren Abgrenzung von der stationären Behandlung im Krankenhaus hat der G-BA die bestehenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten aktualisiert und übersichtlich in der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie abgebildet. Dies ist eine von zahlreichen Änderungen und Ergänzungen, die der G-BA am 22. Januar 2015 in die Neufassung seiner Krankenhauseinweisungs-Richtlinie aufnahm und sie damit an zurückliegende Gesetzesänderungen und Änderungen in der Rechtsprechung anpasste.

Nach wie vor müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten über die Notwendigkeit der stationären Behandlung unterrichten und über geeignete Krankenhäuser beraten. Die im Vorfeld der Beschlussfassung diskutierte Ausweitung der Beratungspflichten von Ärztinnen und Ärzten (z.B. zur Barrierefreiheit von Krankenhäusern) wurden in der Neufassung jedoch nicht umgesetzt.

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

[Der Beschluss vom 22. Januar 2015 wird in Kürze hier veröffentlicht](#)

Methodenbewertung

Vakuumversiegelungstherapie von Wunden – Aussetzung verlängert

Im Bewertungsverfahren zur Vakuumversiegelung von Wunden wurde die Aussetzung der Beratungen bis zum 31. Dezember 2016 verlängert. Es sollen noch Studienergebnisse abgewartet werden, die voraussichtlich im Laufe des Jahres 2015 vorliegen und dann in die weiteren Beratungen einfließen werden.

Bei der Vakuumversiegelungstherapie handelt es sich um eine Wundbehandlung mit großflächiger Ableitung des Wundsekrets über einen drainierenden Verband aus unterschiedlichen Materialien. Dabei erzeugt eine Vakuumsaugpumpe den nötigen Unterdruck, dessen Aufrechterhaltung durch eine Klebefolie mit luftdichter Abdeckung ermöglicht wird.

[Beschluss vom 20. November 2014: Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Verlängerung der Aussetzung des Bewertungsverfahrens zur Vakuumversiegelungstherapie von Wunden](#)

Beratungsverfahren zur Einführung eines organisierten Darmkrebscreenings

Mit Beschluss vom 20. November 2014 hat der G-BA ein Beratungsverfahren zur Einführung eines organisierten Darmkrebscreenings eingeleitet. Er setzt damit Vorgaben des

Krebsfrüherkennungs- und -registrierungsgesetzes aus dem Jahr 2013 um. Danach sollen bestehende Früherkennungsmaßnahmen bis zum 30. April 2016 zu organisierten Screeningprogrammen weiterentwickelt werden. Die Krebsfrüherkennung soll sich künftig an den Empfehlungen der europäischen Leitlinien ausrichten.

[Beschluss vom 20. November 2014: Einleitung des Beratungsverfahrens - Einführung eines organisierten Darmkrebscreenings](#)

Bedarfsplanung

Ausnahmeregelung bei besonderem lokalem Versorgungsbedarf in gesperrten Planbezirken

In Regionen, in denen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde, kann der Zulassungsausschuss auf Antrag niedergelassener Ärzte befristet Ausnahmen von Leistungsbeschränkungen beschließen, soweit und solange dies zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten mit angestellten Kollegen ist in einem solchen Fall dann eine befristete Ausweitung ihrer Leistungsmenge möglich. Der entsprechende Beschluss des G-BA vom 18. Dezember 2014 tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Beschluss vom 18. Dezember 2014: Bedarfsplanungs-Richtlinie - Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten \(§ 58 Absatz 5 BPL-RL\)](#)

In eigener Sache

Regelungen über die Erprobung von Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung

Der G-BA hat mit neuen Verfahrensregelungen zur Erprobung deren möglichen Themenkreis erweitert und damit eine Gesetzesänderung nachvollzogen. Künftig können auch für Leistungen oder Maßnahmen zur Krankenbehandlung, die kein Arzneimittel sind und nicht der Methodenbewertung unterliegen (z. B. Heilmittel) Erprobungsstudien durchgeführt werden (§ 139d SGB V). Dies ist allerdings nur dann der Fall, wenn sich die Thematik aus einem bereits laufenden Bewertungsverfahren ergibt. Ein explizites Antragsverfahren, wie es für die Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für Medizinproduktehersteller und sonstige Anbieter mit wirtschaftlichem Interesse in § 137e Absatz 7 SGB V verankert ist, ist für diesen Themenkreis nicht vorgesehen.

[Beschluss vom 22. Januar 2015: Änderung des 2. Kapitels der Verfahrensordnung – Anpassung aufgrund der Neuregelung in § 139d SGB V zur Erprobung von Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung](#)

G-BA-Stellungnahmen zu zwei Gesetzentwürfen

Zu den Gesetzentwürfen zum Präventionsgesetz und zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der G-BA Stellungnahmen auf seiner Website veröffentlicht:



[Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention \(Präventionsgesetz - PräVG\) vom 20. November 2014](#)

[Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung \(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG\) vom 11. November 2014](#)

› Kommentar

Durch kontinuierliche und solide Arbeit konnte der Gemeinsame Bundesausschuss das Jahr 2015 gleich mit einer beachtlichen Zahl wichtiger und richtungsweisender Beschlüsse beginnen. In seiner zweiten Sitzung am 22. Januar wurde eine vielbeachtete Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen im Konsens aller Träger und der Patientenvertretung verabschiedet. Hier konnte festgelegt werden, dass diese schwierigen und risikobehafteten Verfahren künftig nur noch an solchen Kliniken durchgeführt werden, die auch eine bettenführende herzchirurgische Abteilung besitzen, um im Bedarfsfall, also bei einer Komplikation während oder nach einem Eingriff, die nötigen operativen Eingriffe direkt durchführen zu können. Weiterhin wurde vereinbart, dass die Indikationsstellung für den Eingriff und die Entscheidung über die Art des Eingriffs (maximalinvasiv oder minimalinvasiv) durch Kardiologen und Herzchirurgen gemeinsam erfolgt. Auch dies ist eine für die Patienten wichtige Regelung, da so sichergestellt werden kann, dass die Entscheidung über die durchzuführende Intervention in fachlichem Konsens getroffen wird.

Auch für das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen konnte das Jahr mit richtungsweisenden Entscheidungen begonnen werden. Für die Leitung des Instituts konnte Dr. Christof Veit gewonnen werden, der bereits mit Hochdruck an der Herstellung der Arbeitsfähigkeit dieser neuen Einrichtung arbeitet. Nach der bereits im August letzten Jahres erfolgten Errichtung der Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sind die wesentlichen Meilensteine auf dem Weg zur Verstetigung der wissenschaftlichen Arbeit gesetzt, auf die der G-BA bei der Bewältigung seiner zahlreichen und komplexen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung bauen kann. Auf dieser Grundlage können Maßnahmen ergriffen werden, um die in Deutschland ohnehin gute Behandlungsqualität weiter zu verbessern, noch vorhandene Schwachstellen zu erkennen und Qualitätsvergleiche zu ermöglichen. Davon werden Versicherte und Patienten künftig profitieren.

Zudem wurden mit Beschlüssen vom 22. Januar 2015 die Voraussetzungen für bessere Behandlungsmöglichkeiten in zwei weiteren Bereichen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) geschaffen. Die Beschlüsse des G-BA konkretisieren die Versorgung bei Marfan-Syndrom und gynäkologischen Tumoren einschließlich Brustkrebs und regeln Diagnostik, Behandlung und Beratung von Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus werden personelle, sächliche und organisatorische Anforderungen an Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie an Krankenhäuser festgelegt, die eine solche Versorgung anbieten wollen. Die Behandlung erfolgt durch ein Ärzteteam, das sich aus



einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten verschiedener Disziplinen zusammensetzt.

Im weiteren Verlauf dieses Jahres liegen nicht nur mit den bestehenden Arbeitsaufträgen spannende Zeiten vor uns, sondern vor allem auch aufgrund der sich abzeichnenden neuen Aufgaben, die der Gesetzgeber im Zuge des GKV-VSG in die Hände des G-BA legt. Zentral sind dabei die Bewertung von Medizinprodukten und der neu zu schaffende Innovationsfonds, die bereits jetzt viel Beachtung finden. Hier ergeben sich vielfältige Herausforderungen, denen wir mit Spannung und Zuversicht entgegensehen.

„Per aspera ad astra“ ist also auch für das Jahr 2015 unser Motto, an dessen Umsetzung wir gemeinsam arbeiten.

Josef Hecken

Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

> Beschlüsse

Alle aktuell in Kraft getretenen Beschlüsse finden Sie hier:

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

> Termine

— Ausstellung der Künstlerin Solweig de Barry



Eine Ausstellung mit Arbeiten der Künstlerin Solweig de Barry ist vom 5. März bis zum 26. Mai 2015 in der Geschäftsstelle des G-BA zu sehen. Die aus dem Elsaß stammende Künstlerin ist Meisterschülerin der Berliner Universität der Künste. Die Vernissage fin-

det statt am Donnerstag, dem 5. März 2015, von 18 bis 21 Uhr, Wegelystraße 8, 10623 Berlin.

Sitzungstermine des Plenums

05. Februar 2015
19. Februar 2015
05. März 2015 (optional)
19. März 2015
02. April 2015 (optional)
16. April 2015
07. Mai 2015 (optional)
21. Mai 2015
04. Juni 2015 (optional)
18. Juni 2015
02. Juli 2015 (optional)
16. Juli 2015
06. August 2015 (optional)
20. August 2015
03. September 2015 (optional)
17. September 2015
01. Oktober 2015 (optional)
15. Oktober 2015
05. November 2015 (optional)
27. November 2015 (Freitag!)
03. Dezember 2015
17. Dezember 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 anmelden; die verfügbaren Zuschauerplätze werden in der Reihenfolge der Anmeldung vergeben. Anmeldemöglichkeit und Tagesordnung finden Sie hier:

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

> Impressum

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Geschäftsführung (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