



# G-BA aktuell

Themen >> Fakten >> Kommentare

Nr. 1 / Januar 2016

## > Themen

### Veranlasste Leistungen

#### **Entlassmanagement: Versorgungslücken nach stationärer Behandlung geschlossen**

Krankenhäuser können ihren Patientinnen und Patienten bei Entlassung künftig für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie verordnen. Es kann für diesen Zeitraum auch eine etwaige Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, allerdings nicht in der ambulanten Notfallversorgung. Zudem ist jetzt eine Verordnung von Arzneimitteln durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt möglich. Dies hat der G-BA auf seiner Sitzung am 17. Dezember 2015 beschlossen und damit eine Vorgabe aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz fristgerecht umgesetzt. Die genauen Grenzen und Bedingungen von Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sind den einzelnen Beschlüssen und den Erläuterungen in den Tragenden Gründen zu entnehmen.

[Beschlüsse vom 17. Dezember 2015 zum Entlassmanagement, die die Heilmittel-Richtlinie, die Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie, die Hilfsmittel-Richtlinie und die Soziotherapie-Richtlinie betreffen](#)

[Beschluss vom 17. Dezember: Arzneimittel-Richtlinie: Entlassmanagement](#)

[Pressemitteilung vom 17. Dezember 2015: Entlassmanagement - Versorgungslücken nach stationärer Behandlung geschlossen](#)

#### **Keine Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen in der ambulanten Notfallversorgung**

Auch weiterhin dürfen Krankenhausärzte in der ambulanten Notfallversorgung keine Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen ausstellen. Dies beschloss der G-BA in seiner Sitzung am 17. Dezember 2015. Das Thema war auf Anregung des BMG geprüft worden. Nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen zum Entlassmanagement nach § 39

Absatz 1a SGB V ist jedoch eine Attestierung von Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus nicht möglich.

[Beschluss vom 17. Dezember 2015: Nicht-Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie – Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung bei ambulanter Notfallversorgung im Krankenhaus](#)

### **Sicherstellung nahtloser Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen**

Künftig genügt es, wenn Versicherte die Folgebescheinigung am nächsten Werktag nach Ablauf der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit einholen. Das Versorgungstrukturgesetz sieht vor, dass ein Anspruch auf Krankengeld bereits ab dem Tag der ärztlichen Feststellung entsteht. Mit dieser Regelung hat der G-BA seine Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie an aktuelle Gesetzesänderungen angepasst. Zudem können Vertragsärztinnen und -ärzte künftig den Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Bedarfsfall bis zu drei Tage rückdatieren. Bislang war dies nur über zwei Tage möglich.

Der Beschluss vom 17. Dezember 2015 tritt nach Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Parallel zur Beschlussfassung des G-BA haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) das Vordruckmuster für AU-Bescheinigungen mit dem Ziel der Vereinfachung verändert.

[Beschluss vom 17. Dezember 2015: Sicherstellung nahtloser Nachweise der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung zur Gewährung von Krankengeld](#)

### **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

#### **Änderungen durch Wegfall der schweren Verlaufsformen – Erstmals Regelungen zur pulmonalen Hypertonie**

Am 17. Dezember 2015 beschloss der G-BA noch einmal ein umfangreiches Paket zur Ambulanten spezialfachärztliche Versorgung (ASV). In der Rahmenrichtlinie erleichtern verschiedene Klarstellungen und Neuformulierungen künftig das Anzeigeverfahren. Zudem passte er mehrere schon beschlossene erkrankungsspezifische Regelungen an die aktuelle Gesetzeslage an. Hiervon betroffen sind die Bestimmungen zu den gastrointestinalen Tumoren und den Tumoren der Bauchhöhle, zu den gynäkologischen Tumoren und zum Marfan-Syndrom. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hatte der Gesetzgeber die Eingrenzung der ASV auf „schwere Verlaufsformen“ bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen aufgehoben.

Dies hat Auswirkungen unter anderem auf die Festlegung der Überweisungsdauer, die Höhe der Mindestmengen und die Definition des Behandlungsumfangs.

In der gleichen Sitzung beschloss der G-BA mit der neuen Anlage zur pulmonalen Hypertonie weitere themenspezifische Bestimmungen.

[Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anpassung an das GKV-VSG und weitere Änderungen - Anlage 1 a - Tumorgruppe 1 \(gastrointestinale Tumoren\) und Anlage 2 k \(Marfan\)](#)

[Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Sonderregelung für Subspezialisierungen in Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren](#)

[Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 – Buchstabe I pulmonale Hypertonie](#)

[Pressemitteilung vom 17. Dezember 2015: Änderungen des GKV-VSG zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung \(ASV\) umgesetzt](#)

## Qualitätssicherung

### Neue sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie

Künftig gelten für Kliniken, Vertragsärzte und Vertragszahnärzte die gleichen Regeln bei der Etablierung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Mit einem Beschluss vom 17. Dezember 2015 verabschiedete der G-BA erstmals eine sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie. Die drei bislang getrennt bestehenden Qualitätsmanagement-Richtlinien für Kliniken, vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Praxen werden abgelöst. Neu ist unter anderem die Vorgabe, OP-Checklisten einzusetzen. Sie sind künftig bei allen operativen Eingriffen Pflicht, an denen zwei oder mehr Ärztinnen und Ärzte beteiligt sind oder die unter Sedierung erfolgen.

Die neue QM-RL sieht auch Änderungen für die Erhebung und Darlegung des Umsetzungsstandes von Qualitätsmanagement vor. Es ist geplant, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Entwicklung methodischer Empfehlungen zu beauftragen. Bis sie vorliegen, greift in Kliniken und Praxen weitgehend noch das bisherige Berichtssystem.

[Pressemitteilung vom 17. Dezember 2015: Qualitätsmanagement in Praxen und Krankenhäusern - Neue Richtlinie vereinheitlicht die grundsätzlichen Anforderungen](#)

[Beschluss vom 17. Dezember 2015 über eine sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie - Erstfassung](#)

### Ergebnisdaten zur Behandlungsqualität von Frühgeborenen – Verpflichtende Veröffentlichung für alle Zentren

Seit dem 1. Dezember 2015 sind alle Perinatalzentren verpflichtet, ihre Qualitätsergebnisse auf der zentralen Internetplattform [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org) zu veröffentlichen. Auskunft geben müssen die Kliniken zum Beispiel über die Häufigkeit von Hirnblutungen, Netzhauterkrankungen und entzündlichen Darmerkrankungen sowie über die Sterblichkeitsraten der bei ihnen versorgten Frühgeborenen.

Nutzer der Datenbank können die Krankenhäuser nach bestimmten Kriterien sortieren. Dazu zählen sowohl die risikoadjustierte Fallzahl, die ein Perinatalzentrum aufweisen kann, als auch das Überleben der Frühgeborenen insgesamt und ohne schwere Erkrankungen. Kliniken können darüber hinaus nach Name, Region und Entfernung vom jeweiligen Wohnort ausgewählt werden. Auf Basis der Auswertung der im Juli 2013 begonne-

nen Startphase mit freiwilliger Beteiligung wurden die Laienverständlichkeit der Informationen und die Nutzerfreundlichkeit noch einmal verbessert.

[Pressemitteilung vom 1. Dezember 2015: www.perinatalzentren.org nun mit laienverständlichen Ergebnisdaten aller Zentren](http://www.perinatalzentren.org)

## Arzneimittel

### Einschränkungen beim Off-Label-Use von Valproinsäure zur Migräneprophylaxe

Valproinsäure kann während der Schwangerschaft Fehlbildungen beim ungeborenen Kind hervorrufen und erhöht das Risiko für Entwicklungsstörungen. Deshalb schränkte der G-BA mit einem Beschluss vom 27. November 2015 den Einsatz des Wirkstoffs im Off-label-Use weiter ein. Die neuen Vorgaben entsprechen den Warnhinweisen eines Rote-Hand-Briefs, den das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Dezember 2014 veröffentlichte.

[Beschluss vom 27. November 2015: Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI, Teil A Ziffer V. Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter](#)

[Rote Hand-Brief vom Dezember 2014: Arzneimittel, die Valproat und verwandte Substanzen enthalten – Risiko für Anomalien des Neugeborenen](#)

## Methodenbewertung

### Bewertungsverfahren zur operativen Entfernung der Rachenmandeln

Der G-BA hat ein Bewertungsverfahren zur Entfernung der Rachenmandeln (Tonsillotomie) bei chronischer Mandelentzündung oder Gewebewucherungen im Rachenraum (Tonsillitis oder Hyperplasie) beschlossen. Auf Antrag der Patientenvertretung werden der wissenschaftliche Forschungsstand zu verschiedenen Behandlungs- und Operationsverfahren und die dabei möglichen Folgekomplikationen überprüft.

[Beschluss vom 27. November 2015: Einleitung des Beratungsverfahrens: Bewertung der Tonsillotomie bei chronischer Tonsillitis und Hyperplasie der Tonsillen gemäß §§ 135 Absatz 1 Satz 1 und 137c Absatz 1 SGB V](#)

### Leistungsausschluss für Arthroskopie am Kniegelenk bei Gonarthrose

Bestimmte arthroskopische Verfahren können künftig zur Behandlung einer Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose) nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden:

- Gelenkspülung (Lavage, OPS-Kode 5-810.0h)
- Debridement (Entfernung krankhaften oder störenden Gewebes/Materials, OPS-Kode 5-810.2h)
- Eingriffe an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken o. Entfernung freier Gelenkkörper, inkl.: Entfernung osteochondraler Fragmente (OPS-Kode 5-810.4h)
- Entfernung periartikulärer Verkalkungen (OPS-Kode 5-810.5h)
- Synovektomie, partiell (OPS-Kode 5-811.2h)

- Synovektomie, total (OPS-Kode 5-811.3h)
- Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel (OPS-Kode 5-812.0h)
- Meniskusresektion, partiell, inkl.: Meniskusglättung (OPS-Kode 5-812.5)
- Meniskusresektion, total (OPS-Kode 5-812.6)
- Knorpelglättung (Chondroplastik, OPS-Kode 5-812.eh)

In den derzeit verfügbaren Studien konnten keine wissenschaftlichen Belege für den Nutzen dieser Verfahren bei Gonarthrose gefunden werden. Selbst im Vergleich zu Scheinoperationen oder einer Nichtbehandlung schnitt die Arthroskopie nicht besser ab. Der G-BA stellt jedoch in seinen Beschlüssen vom 27. November 2015 klar, dass es Konstellationen gibt, die nicht vom G-BA überprüft wurden und in denen die arthroskopischen Verfahren daher grundsätzlich weiterhin angewendet werden können. Unberührt vom Ausschluss aus dem Leistungskatalog sind arthroskopische Eingriffe, die aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist, durchgeführt werden.

[Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Arthroskopie des Kniegelenks bei Gonarthrose](#)

[Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Arthroskopie des Kniegelenks bei Gonarthrose](#)

[Pressemitteilung vom 27. November 2015: Arthroskopische Verfahren zur Behandlung der Kniegelenk-Arthrose aus GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen](#)

### **Leistungsausschluss für antikörperbeschichtete Stents bei weiterer Patientengruppe**

Der Einsatz antikörperbeschichteter Stents (AK-Stents) ist für eine weitere Patientengruppe mit Koronarstenosen (Verengung von Herzkranzgefäßen) künftig nicht mehr Teil der stationären Behandlung. Der Ausschluss eines Einsatzes von AK-Stents gilt damit für alle Patientinnen und Patienten, für die ein medikamentenbeschichteter Stent (DES) in Frage kommt – unabhängig davon, ob ein niedriges oder ein hohes Risiko für eine Restenose (erneute Gefäßverengung) vorliegt.

[Beschluss vom 27. November 2015: Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Einsatz von ausschließlich antikörperbeschichteten Stents zur Behandlung von Koronargefäßstenosen bei Patientinnen und Patienten mit niedrigem Restenoserisiko](#)

[Pressemitteilung vom 27. November 2015: Stents mit Antikörper-Beschichtung: Keine Nutzenbelege bei weiterer Patientengruppe mit Koronarstenose](#)

### **Merkblatt und Einladungsschreiben zum Mammographiescreening überarbeitet**

Der G-BA hat das Einladungsschreiben und das Merkblatt zum Mammographiescreening überarbeitet. Der Beschluss vom 15. Oktober 2015 basiert auf [Entwürfen](#) des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Mit den überarbeiteten Materialien soll eine informierte, freiwillige Entscheidung der Frauen für oder gegen eine Teilnahme am Mammographie-Screening stärker unterstützt werden.

[Beschluss vom 15. Oktober 2015: Krebsfrüherkennungs-Richtlinie - Überarbeitung Merkblatt und Einladungsschreiben Mammographie-Screening \(Umsetzung § 630e BGB\)](#)

[Pressemitteilung vom 15. Oktober 2015: Mammographie-Screening: Einladungsschreiben und Merkblatt überarbeitet](#)

## **Innovationsfonds**

### **Website freigeschaltet**

Der Innovationsausschuss informiert ab sofort über eine eigene Website über seine Beschlüsse und Angelegenheiten. Die vom BMG genehmigte Geschäfts- und Verfahrensordnung des Innovationsausschusses beim G-BA sind jetzt auf

[innovationsfonds.g-ba.de](http://innovationsfonds.g-ba.de)

einsehbar.

## **In eigener Sache**

### **Krankenhausstrukturgesetz und Hospiz- und Palliativgesetz**

Zwei Gesetze traten rund um den Jahreswechsel in Kraft, die dem G-BA eine Reihe neuer Aufgaben bringen: Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG).

[Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung \(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG\) – in Kraft seit 1. Januar 2016](#)

[Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland \(Hospiz- und Palliativgesetz - HPG\) – in Kraft seit 8. Dezember 2015](#)

Die für den G-BA resultierenden Aufgaben hier im Überblick:

- Häusliche Krankenpflege / Palliativversorgung**

Der G-BA soll in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die behandlungspflegerischen Maßnahmen und Leistungen der Palliativversorgung näher bestimmen.  
(§ 92 Abs. 7 SGB V)
- Mindestmengenregelung / Ausnahmetatbestände**

In seinen Mindestmengenregelungen soll der G-BA Ausnahmetatbestände und Übergangsbestimmungen festlegen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. (§ 136b Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 SGB V)
- Benennung von Leistungsbereichen für Qualitätsverträge**



Kliniken und Krankenkassen können künftig zeitbefristete Qualitätsverträge abschließen, um Anreize zur Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen zu erproben (§ 110a SGB V). Der G-BA soll bis zum 31. Dezember 2017 vier Leistungsbereiche bestimmen, die sich für solche Verträge eignen. (§ 136b Abs. 1 Nr. 4, Abs. 8 SGB V)

- Qualitätsindikatoren für Zu- und Abschläge in der Krankenhausvergütung**  
 Der G-BA soll bis zum 31. Dezember 2017 einen Katalog von Leistungen festlegen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen. (§ 136b Abs. 1 Nr. 5 und 9 SGB V)
- Planungsrelevante Qualitätsindikatoren**  
 Bis zum 31. Dezember 2016 soll der G-BA Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung benennen, die sich für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung eignen. (§ 136c Abs. 1, 2 SGB V)
- Vorgaben für Sicherstellungszuschläge**  
 Erstmals bis zum 31. Dezember 2016 soll der G-BA die Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Kliniken festlegen. (§ 136c Abs. 3 SGB V)
- Vorgaben zu Stufen der Notfallversorgung und Festlegung von Mindeststandards**  
 Der G-BA soll bis zum 31. Dezember 2016 für die Notfallstrukturen in Krankenhäusern ein Stufensystem festlegen. (§ 136c Abs. 4 SGB V)
- Festlegung von Folgen bei Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben**  
 Der G-BA soll ein gestuftes System von (Sanktions-)Maßnahmen entwickeln, das greift, wenn Kliniken Qualitätsvorgaben nicht einhalten. (§ 137 Abs. 1 und 2 SGB V)
- Regelung zu Kontrollen des MDK**  
 Der G-BA soll die Details zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) regeln, die dieser vornimmt, um die Einhaltung von Qualitätsvorgaben in Krankenhäusern zu überprüfen. (§ 137 Abs. 3 SGB V)

## Rechtsprechung

### Bundesverfassungsgericht weist Verfassungsbeschwerde zurück

Mit einem Beschluss vom 10. November 2015 hat das Bundesverfassungsgericht eine Verfassungsbeschwerde gegen ein Urteil des Bundessozialgerichts als unzulässig verworfen. Gegenstand des Rechtsstreits: Eine Krankenkasse hatte einer Patientin die Kostenübernahme für ein arzneimittelähnliches Medizinprodukt verweigert, das der G-BA nicht auf die Liste der verordnungsfähigen Produkte gesetzt hatte. Die Patientin klagte dagegen und zog im Zuge des Rechtsstreits unter anderem die demokratische Legitimation des G-BA in Zweifel. Das Verfahren durchlief alle Instanzen bis zum Bundessozialgericht. Die Patientin wandte sich zuletzt an das Bundesverfassungsgericht, das die Verfassungsbeschwerde nun als unzulässig zurückwies. Sie zeige nicht substan-

tiert und schlüssig die Möglichkeit der Verletzung von Grundrechten der Beschwerdeführerin auf.

[Pressemitteilung des Bundesverfassungsgerichts vom 20. November 2015: Unzulässige Verfassungsbeschwerde gegen Versagung von Therapiekosten und Regelungsbefugnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses](#)

## **BSG-Urteil Mindestmengen für die Versorgung von Frühgeborenen haben**

### **Bestand**

Das Bundessozialgericht (BSG) hat erneut bestätigt, dass die vom G-BA gesetzte Mindestmenge von 14 zur Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250g rechtmäßig ist. Mit der Entscheidung vom 17. November 2015 sind nun alle Verfahren zur Mindestmenge für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen abgeschlossen. Das Gericht bezeichnete die Festsetzung der Mindestmenge von 14 Geburten pro Perinatalzentrum Level 1 im Jahr als ermessensgerecht, nicht unverhältnismäßig und nicht durch andere Qualitätssicherungsmaßnahmen substituierbar.

[Terminbericht des Bundessozialgerichts vom 17. November 2015 \(Nr. 7\)](#)

## **› Kommentar**

Das hinter uns liegende Jahr 2015 war von einer Fülle neuer Aufgaben und struktureller Veränderungen geprägt. Gleich drei große Gesetzesvorhaben betreffen uns wesentlich: Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das Präventionsgesetz sowie das Krankenhausstrukturgesetz. Alle haben sie deutliche Auswirkungen auf unsere Arbeit und einige Neuregelungen müssen wir innerhalb ausgesprochen „sportlicher“ Fristen umsetzen.

Vieles haben wir bereits anpacken können. Zeitgerecht konnten wir den Innovationsausschuss arbeitsfähig konstituieren und eine Geschäftsstelle für diese neue Aufgabe aufbauen. Eine erhebliche Anstrengung erforderten auch die vom Gesetzgeber bereits bis Jahresende geforderten Neuregelungen zum Entlassmanagement, die insgesamt sechs unserer Richtlinien betreffen. Noch in der letzten Sitzung im Dezember 2015 haben wir ein entsprechendes Änderungspaket verabschieden können. Die Geschwindigkeit, mit der unsere Gremien diese Aufgabe bewältigt haben, war beachtlich. Wir haben versucht, hier so pragmatisch wie möglich vorzugehen. Oberste Maxime war für uns, dass die vom Gesetzgeber gewünschte 7-Tage-Regelung im Versorgungsalltag gut handhabbar ist. Das ist gelungen. Hier konnten Versorgungslücken geschlossen werden, was viele Versicherte in Zukunft positiv bemerken werden. Weiterhin sind wir stolz darauf, dass es uns im Jahr 2015 gelungen ist, die Kinder-Richtlinien zu aktualisieren. Hier konnte ein sehr komplexes Projekt mit dem Vorratsbeschluss vom 18. Juni 2015 wesentlich voran gebracht werden.

Dass mittlerweile fast 150 frühe Nutzenbewertungen nach AMNOG beschlossen wurden – und dies alles ohne größere Aufregung – zeigt, dass wir hier offenbar vieles richtig machen. 2015 konnten wir, das freut uns besonders, mit Propranolol erstmals einem Wirkstoff einen erheblichen Zusatznutzen und damit die höchste Nutzenkategorie attes-



tieren. Der Wirkstoff wird zur Behandlung von Blutschwämmchen bei Säuglingen eingesetzt.

In 2015 konnten wir weitere Konkretisierungen zur ASV-Richtlinie ergänzen: Zum Marfan-Syndrom, zu den onkologischen Erkrankungen und Tumoren der Bauchhöhle und zur pulmonalen Hypertonie. Hier bedurfte es in der letzten Sitzung des Jahres noch verschiedener Anpassungen, da der Gesetzgeber die enge Einschränkung auf schwere Verlaufsformen erfreulicherweise aufgegeben hat. Mit Spannung verfolgen wir, wie die ASV im praktischen Versorgungsalltag ankommt und sich als eine weitere Versorgungsschiene etablieren kann. Ebenfalls ein großes Stück weiter kamen wir 2015 bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Mit den neuen Regelungen zur perkutanen Koronarintervention (PCI) konnte das erste sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren an den Start gehen. Ein ebenfalls sehr wichtiger Beschluss betrifft die Qualitätssicherung für minimalinvasive Herzklappeninterventionen, die wir im Frühjahr 2015 festgelegt haben. Wir haben den bestmöglichen Sicherheitsstandard für die betroffenen Patientinnen und Patienten beschlossen – ein echter Meilenstein.

Dies alles gelang vor dem Hintergrund der Aufbauarbeiten am neuen Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das zum 1. Januar 2016 seine Arbeit aufgenommen hat und das AQUA-Institut ablöst. In aller Form möchten wir uns an dieser Stelle noch einmal für dessen Arbeit bedanken. Das IQTIG ist in Zukunft unser fester Partner bei allen Aufgaben nach § 137a SGB V. Und hier wird es einige „dicke Bretter“ geben. Die mit dem Krankenhausstrukturgesetz auf uns zukommende neue Aufgabe, Qualitätsindikatoren zu benennen, die eine Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder und Geldflüsse an die Kliniken sein soll, kommt einem Paradigmenwechsel gleich. In der Absicht, gute Leistung zu belohnen, führt der Gesetzgeber hier erstmals Pay-for-Performance-Elemente in die Krankenhausfinanzierung und -planung ein. Entsprechend hoch sind die Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung der zugrundeliegenden Regelungen durch den G-BA. Mit dem neuen Institut an unserer Seite fühlen wir uns gut gerüstet, dieser Aufgabe, die sicherlich zu den anspruchsvollsten unserer jüngeren Geschichte gehört, gerecht zu werden.

Zugleich wird unsere Arbeit in Zukunft enger als je zuvor an Fristen gebunden sein. Die im Versorgungsstärkungsgesetz enthaltenen Vorgaben des Gesetzgebers zur Einhaltung maximaler Bearbeitungszeiten in der Methodenbewertung sind in der Praxis schwerer umsetzbar, als dies für Außenstehende scheinen mag. Der G-BA lotet derzeit alle Möglichkeiten der Verfahrensstraffung aus, was zu deutlichen Arbeitsverdichtungen sowohl in den Gremien als auch in der Geschäftsstelle führen wird. Bald werden wir hierzu ein Procedere beschließen können. Wie sich dies vor dem Hintergrund neu hinzukommender Aufgaben auswirkt, bleibt jedoch noch offen.

Zu nennen ist hier auch das noch zu entwickelnde Verfahren der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen, das ähnlich der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln in vorgegebenen Fristen zu Ergebnissen kommen muss. Gerade sind wir dabei, hier die Verfahrensregelungen festzulegen. Eine in ihrem Umfang noch nicht abschätzbare neue Aufgabe steckt auch in den mittlerweile deutlich ausgeweiteten „Einflugschneisen“ zur Erprobung von Methoden mit Potenzial. Sie wird künftig unter bestimmten Voraussetzungen auch für Heilmittel und Früherkennungsuntersuchungen möglich. Der G-BA wird mit der ausgeweiteten

Kompetenz, Erprobungsstudien zu beauftragen und mit dem Innovationsfonds in die Rolle versetzt, Forschungsimpulse zu setzen. Wenn auch noch nicht umfassend einschätzbar, fordernd sind diese Aufgaben allemal, genauso wie die abermals vor uns liegende Neuordnung der Bedarfsplanung, die wir bis Ende 2016 zu einem Abschluss bringen müssen.

Eine weitere wichtige Frage, die uns und den Gesetzgeber beschäftigen wird, sind mögliche Folgerungen aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom November 2015. Hier geht aber Sorgfalt vor Hast; es wird zu prüfen sein, ob und gegebenenfalls welche Konsequenzen zu ziehen sind.

Die beschriebenen Aufgaben zeigen nur einen Ausschnitt dessen, was wir bearbeiten und bewegen. Aber es ist klar, auch 2016 wird ein Jahr mit großen Herausforderungen für uns werden. Wir werden sie – wie immer – mit aller uns zur Verfügung stehenden Kraft angehen.

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

### — Sitzungstermine des Plenums

21. Januar 2016  
4. Februar 2016 (optional)  
18. Februar 2016  
9. März 2016 (optional)  
17. März 2016  
7. April 2016 (optional)  
21. April 2016  
4. Mai 2016 (Mittwoch!, optional)  
19. Mai 2016  
2. Juni 2016 (optional)  
16. Juni 2016  
07. Juli 2016 (optional)  
21. Juli 2015  
04. August 2016 (optional)  
18. August 2016



01. September 2016 (optional)  
15. September 2016  
06. Oktober 2016 (optional)  
20. Oktober  
03. November 2016 (optional)  
24. November 2016  
01. Dezember 2016 (optional)  
15. Dezember 2016

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/>

### **Ausstellung der Künstlerin Maika Saworski**



Eine Ausstellung mit Arbeiten der Künstlerin Maika Saworski ist vom 29. Januar bis zum 29. April 2016 in der Geschäftsstelle des G-BA zu sehen. Die Künstlerin ist Meisterschülerin der Berliner Universität der Künste. Die Vernissage findet statt am Donnerstag, den 28. Januar 2016, von 18 bis 21 Uhr, Wegelystraße 8, 10623 Berlin.

[Veranstaltungshinweis](#)

## > Impressum

### **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**

#### **Geschäftsführung**

Dr. Dorothea Bronner (V.i.S.d.P.)

#### **Redaktion: Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation**

Sybille Golkowski

#### **Telefon:**

+49-30-275838-822

#### **Telefax:**

+49-30-275838-805

#### **E-Mail:**

Sybille.Golkowski@g-ba.de