



G-BA aktuell

Themen >> Fakten >> Kommentare

Nr. 4 / Oktober 2017

> Themen

Zahnärztliche Behandlung

Neue Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen haben aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation künftig einen gesonderten Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Ziel ist es, das überdurchschnittlich hohe Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen für diesen Personenkreis zu senken. In einer neuen Richtlinie hat der G-BA am 19. Oktober 2017 Art und Umfang des vertragszahnärztlichen Leistungsspektrums hierzu festgelegt.

Wichtige Besonderheit für diese Versichertengruppe: Bei Personen mit eingeschränkter Mobilität kann die Leistung auch vor Ort im häuslichen Umfeld oder in Pflegeeinrichtungen erfolgen. Voraussetzung ist jedoch, dass nur solche Maßnahmen durchgeführt werden, die in dieser Umgebung nach den konkreten Umständen sowie nach den Regeln der zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können. Als weitere Besonderheit führt die Richtlinie auf, dass die Behandlungsmaßnahmen je nach Umfang und Durchführbarkeit unmittelbar nach der eingehenden Untersuchung oder an einem weiteren Behandlungstermin durchgeführt werden. Ist dies nicht möglich, soll durch eine gezielte Terminkoordination und Vermittlung auf eine Behandlung hingewirkt werden.

Abhängig vom Mundgesundheitsstatus sollen vorbeugende Maßnahmen geplant und die Mundgesundheit der Versicherten erhalten oder verbessert werden. Der Beschluss liegt dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vor. Nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger wird er voraussichtlich am 1. Juli 2018 in Kraft treten.

[Der Beschluss vom 19. Oktober 2017 erscheint in Kürze hier](#)

[Pressemitteilung vom 19. Oktober 2017: Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen – G-BA regelt Details in neuer Richtlinie](#)

Methodenbewertung

Neugeborenen-Screening zur Früherkennung von Tyrosinämie Typ I

Der G-BA befürwortet die Einführung eines Neugeborenen-Screenings auf Tyrosinämie Typ I und fasste hierzu einen normativen Beschluss. Da das Screening auf diese seltene, erblich bedingte Stoffwechselerkrankung eine Reihenuntersuchung ist, darf laut Gendiagnostikgesetz erst dann damit begonnen werden, wenn die Gendiagnostik-Kommission (GEKO) die Untersuchung in einer schriftlichen Stellungnahme bewertet hat. Wenn dem G-BA eine solche Stellungnahme vorliegt, wird das Plenum abschließend entscheiden. Die Befassung mit dem Thema geht auf einen Antrag der Patientenvertretung zurück.

[Beschluss vom 19. Oktober 2017: Kinder-Richtlinie – Screening von Neugeborenen zur Früherkennung der Tyrosinämie Typ I mittels Tandem-Massenspektrometrie](#)

Hyperbare Sauerstofftherapie beim schweren diabetischen Fußsyndrom künftig als ergänzende Behandlung möglich

Patientinnen und Patienten mit einem schweren diabetischen Fußsyndrom können künftig auch ambulant mit der hyperbaren Sauerstofftherapie (HBO) behandelt werden, wenn alle Maßnahmen der Standardtherapie zuvor erfolglos blieben. Die Anwendung der HBO im Krankenhaus wird künftig bereits ab dem Wagner-Stadium II möglich sein. In Studien wurden Anhaltspunkte dafür gefunden, dass sich Wunden, die unter der Standardtherapie nicht zu heilen beginnen, bei einer zusätzlichen HBO besser schließen. Der G-BA hat deshalb – trotz eines nicht eindeutig belegten medizinischen Nutzens – beschlossen, Patientinnen und Patienten mit einem schweren diabetischen Fußsyndrom mit der HBO eine ergänzende ambulante Behandlungsmöglichkeit zu eröffnen. Unabdingbar ist jedoch die leitliniengerechte Durchführung in einer qualifizierten Einrichtung. Zudem ist eine Überweisung durch bestimmte, hierfür besonders qualifizierte Facharztgruppen erforderlich.

Ziel der HBO ist es, das Wundgewebe mit mehr Sauerstoff zu versorgen und dadurch eine Heilung anzuregen. Die Methode basiert auf der Einatmung reinen Sauerstoffs in einer Druckkammer. Eine Therapiesitzung dauert zwischen 45 und 120 Minuten und wird täglich über einen Zeitraum von mehreren Wochen durchgeführt. Die Standardtherapie des diabetischen Fußsyndroms besteht – je nach Lage, Größe und Tiefe der Wunde – aus medikamentöser Behandlung, Wunddebridement, Verbänden, Druckentlastung und chirurgischen Maßnahmen.

Der am 19. Oktober durch eine geringfügige redaktionelle Klarstellung präzisierter Beschluss vom 21. September 2017 tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Pressemitteilung vom 21. September 2017: Hyperbare Sauerstofftherapie beim schweren diabetischen Fußsyndrom – Zukünftig auch ambulant eine ergänzende Behandlungsmöglichkeit](#)

[Beschluss vom 21. September 2017: Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung – Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom](#)

[Beschluss vom 21. September 2017: Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung – Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom](#)

Benignes Prostatasyndrom: Einstellung von drei Methodenbewertungsverfahren

Zu drei nichtmedikamentösen Behandlungsverfahren des benignen Prostatasyndroms (gutartige Prostatavergrößerung) hat der G-BA seine Beratungen eingestellt. Es handelt sich um die Kontakt-Laserablation (CLAP), die Visuelle Laserablation (VLAP) und die Transurethrale Mikrowellen-Thermotherapie (TUMT). Rückläufige Fallzahlen belegen, dass diese Behandlungsverfahren in der Versorgung keine besondere Rolle mehr spielen. Sie beruhen auf dem Prinzip der Gewebeentfernung durch Erhitzung oder Verdampfung. Wegen unzureichender Studienlage hatte der G-BA die Bewertungsverfahren bereits 2010 ausgesetzt.

[Beschluss vom 21. September 2017: Einstellung der Bewertungsverfahren zu den Methoden Kontakt-Laserablation \(CLAP\), Visuelle Laserablation \(VLAP\) und Transurethrale Mikrowellen Thermotherapie \(TUMT\) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms \(BPS\)](#)

Vierte Erprobungs-Richtlinie beschlossen

Zur Messung und zum Monitoring des pulmonalarteriellen Drucks mittels eines implantierten Sensors zur Therapieoptimierung bei Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III hat der G-BA am 19. Oktober 2017 eine Erprobungs-Richtlinie beschlossen. Sie soll eine Bewertung des Nutzens der Methode auf einem ausreichend sicheren Erkenntnisniveau ermöglichen. Die Erprobungs-Richtlinie tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Beschluss vom 19. Oktober 2017: Erprobungs-Richtlinie - Messung und Monitoring des pulmonalarteriellen Drucks mittels implantierten Sensors zur Therapieoptimierung bei Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III](#)

Ultraschallgesteuerte hoch-intensive fokussierte Ultraschallbehandlung: Erprobung kommt nicht zustande

Die Erprobung des ultraschallgesteuerten hoch-intensiven fokussierten Ultraschalls (USg-HIFU) zur Behandlung von nicht chirurgisch behandelbaren hepatozellulären Karzinomen sowie Uterusmyomen kann nicht durchgeführt werden. Es fanden sich weder Hersteller des USgHIFU-Geräts, noch ansonsten an der Erbringung dieser Methoden wirtschaftlich interessierte Unternehmen (Anbieter), die bereit waren, sich an den Studienkosten zu beteiligen.

Für beide Indikationsbereiche hatte ein Krankenhaus erstmalig eine Anfrage auf Zusatzentgelte für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Entgelt) an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gerichtet. Gleichzeitig hatte es durch die Übermittlung der Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse an den G-BA ein erforderliches Bewertungsverfahren nach § 137h

SGB V ausgelöst. Dieses Verfahren greift immer dann, wenn bei einer solchen NUB-Anfrage ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse zum Einsatz kommt und die auf dem Medizinprodukt basierende Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist.

Ist der Nutzen der Methode noch nicht hinreichend durch Studien belegt, jedoch aufgrund der eingereichten Unterlagen Potenzial erkennbar, muss der G-BA zunächst eine Erprobung durchführen. In der Erprobungsphase führt der G-BA eine Studie durch, deren Ergebnisse ihm die abschließende Bewertung des Nutzens der Methode ermöglichen sollen. Der G-BA kann die diesbezüglich notwendigen Erprobungs-Richtlinien jedoch nur dann beschließen, wenn sich Hersteller oder Anbieter angemessen an den Kosten beteiligen. Der G-BA prüft nun, welche juristischen Konsequenzen es hat, dass der Nutzen der Methode nicht über eine Erprobung geprüft werden kann. Es handelt sich um den ersten Fall dieser Art seit Einführung des § 137h SGB V durch den Gesetzgeber.

[Beschluss vom 21. September 2017: Fehlen der Kostenübernahmebereitschaft zu einer Erprobungs-Richtlinie – Ultraschallgesteuerter hoch-intensiver fokussierter Ultraschall bei Uterusmyomen](#)

[Beschluss vom 21. September 2017: Fehlen der Kostenübernahmebereitschaft zu einer Erprobungs-Richtlinie – Ultraschallgesteuerter hoch-intensiver fokussierter Ultraschall bei nicht chirurgisch behandelbaren hepatozellulären Karzinomen](#)

Kinderuntersuchungsheft in Englisch

Das Kinderuntersuchungsheft (Gelbes Heft) mit Erläuterungen und Dokumentationsvorlagen für die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 steht auf der G-BA-Website jetzt auch in Englisch zum Download bereit.

Damit können Eltern oder andere Nutzer ohne Deutschkenntnisse, die jedoch Englisch verstehen, besser nachvollziehen, was im Gelben Heft dokumentiert wird und welche Untersuchungen vorgesehen sind. Die ärztliche Dokumentation muss weiterhin im deutschsprachigen Gelben Heft erfolgen, da dies das offiziell gültige Dokument ist.



[Kinderuntersuchungsheft in Englisch: Your child's medical records](#)

[Bezugswege für Merkblätter und Untersuchungshefte](#)

Bedarfsplanung

Anpassung des Demografiefaktors

Mit einem Beschluss vom 19. Oktober 2017 hat der G-BA die Berechnung des Demografiefaktors an das aktuelle Versorgungsgeschehen angepasst. Erstmals wurde der sogenannte Leistungsbedarfsfaktor aktualisiert. Alle fünf Jahre wird er anhand der Abrechnungsdaten der letzten 12 Quartale von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für alle Arztgruppen neu ermittelt. Der Leistungsbedarfsfaktor wird zur aktuellen Wohnbevölkerung unter und über 65 Jahren in Bezug gesetzt. Der so ermittelte Demografiefaktor bildet damit den tatsächlichen Versorgungsbedarf der verschiedenen Altersgruppen realistisch in der Bedarfsplanung ab.

Im Zuge der Aktualisierung wurden auch die Rechenbeispiele in Anlage 4.2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie aktualisiert. Sie sollen die praktische Anwendung des Demografiefaktors beispielhaft erläutern.

Der Demografiefaktor wird seit 2013 bei der Bedarfsplanung berücksichtigt. Er trägt der Tatsache Rechnung, dass ab einem Alter von 65 Jahren die Morbidität der Bevölkerung ansteigt und eine altersspezifische Ausdifferenzierung des Leistungsbedarfs erforderlich ist. Er wird jährlich von den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen für die einzelnen Planungsregionen neu berechnet. Basis ist die aktuelle amtlich ermittelte Wohnbevölkerung pro Planungsregion. Der dabei mitberücksichtigte Leistungsbedarfsfaktor wird jedoch nur alle fünf Jahre neu vom G-BA festgelegt.

[Beschluss vom 19. Oktober 2017: Bedarfsplanungs-Richtlinie – Änderungen der Regelungen zum Demografiefaktor](#)

Veranlasste Leistungen

Verordnungsfähigkeit der Häuslichen Krankenpflege für Palliativpatienten erweitert

Die neue Leistung zur Symptomkontrolle in der ambulanten Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten (Ziffer 24a im Leistungsverzeichnis der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) ist im Bedarfsfall auch über die ursprüngliche Lebenszeitprognose hinaus wiederholt verordnungsfähig. Mit einem Änderungsbeschluss vom 21. September 2017 modifizierte der G-BA einen Beschluss aus dem März durch eine Klarstellung entsprechend. Im Zuge dessen wurde die Bestimmung des Begriffs der „weit fortgeschrittenen Erkrankung“, die zuvor eine auf „wenige Tage oder Wochen“ begrenzte Lebenserwartung voraussetzte, dahingehend angepasst, dass explizit auch bei einer prognostisch monatelangen Lebenserwartung die Verordnungsfähigkeit gewährleistet ist. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung wurde schließlich auf jede Abhängigkeit von einer maximalen prognostizierten Lebenserwartung verzichtet.

Der G-BA folgte damit einer Auflage des BMG. Der geänderte Beschluss tritt nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Beschluss vom 16. März 2017, geändert am 21. September 2017: Häusliche Krankenpflege-Richtlinie – Belange von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege](#)

Langfristiger Heilmittelbedarf für Ernährungstherapie bei zwei Indikationen anerkannt

Für Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose wird künftig ein langfristiger Heilmittelbedarf für Ernährungstherapie anerkannt. Mit Beschluss vom 21. September 2017 nahm der G-BA die beiden Krankheiten in die Diagnoseliste in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie auf. Bei den dort aufgeführten Diagnosen wird vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne des § 32 Abs. 1a SGB V ausgegangen. Eine Antragstellung der Patientinnen und Patienten bei ihrer Krankenkasse und ein Genehmigungsverfahren entfällt daher.

Die betreffenden Stoffwechselerkrankungen sind seltene, genetisch bedingte Krankheiten, bei denen Veränderungen an Enzym-, Transporter- oder Strukturproteinen vorliegen. Unbehandelt führen die Krankheiten zu Organschäden und nehmen einen progredienten, oftmals lebensbedrohlichen Verlauf. Es besteht ein langfristiger Heilmittelbedarf, da Ernährungstherapie ein Leben lang phasenweise und situationsgerecht erforderlich ist.

Der Beschluss liegt dem BMG zur Prüfung vor und tritt nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Beschluss vom 21. September 2017: Heilmittel-Richtlinie – Ernährungstherapie und weitere Änderungen](#)

Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen und stationsersetzenden Eingriffen sind unter bestimmten Voraussetzungen Kassenleistungen

Einige redaktionelle Klarstellungen in der Krankentransport-Richtlinie betreffen Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen und zu stationsersetzenden Eingriffen. Ein entsprechender Beschluss vom 21. September 2017 liegt derzeit dem BMG zur Prüfung vor. Er tritt erst nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Geriatrische Institutsambulanzen sind neu geschaffene ambulante Spezialeinrichtungen für multimorbide Geriatriepatienten mit einem dringenden ambulanten Versorgungsbedarf, die aber aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheit in den verfügbaren Strukturen nicht mehr adäquat versorgt werden können. Die Versorgung in einer Geriatrischen Institutsambulanz beschränkt sich oft auf Diagnostik. Auch wenn in diesem Fall keine Behandlung im engeren Wortsinn erfolgt, wird nun klargestellt, dass jegliche Versorgung dort einer ambulanten Behandlung gleichgestellt wird. Die betroffenen Patientinnen und Patienten können daher bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen und nach Prüfung durch die Krankenkasse die Krankenfahrt erstattet bekommen.

Klarer gefasst wurden auch die Regelungen zu Fahrten im Zusammenhang mit ambulanten Operationen und anderen stationsersetzenden Eingriffen. Ein stationsersetzender

Eingriff liegt dann vor, wenn eine aus medizinischen Gründen gebotene Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen, Gründen als ambulante Behandlung vorgenommen wird.

Nach wie vor gilt jedoch auch hier: Krankenfahrten müssen vorab von der Krankenkasse genehmigt werden, die zuvor den Leistungsanspruch individuell prüft.

[Beschluss vom 21. September 2017: Krankentransport-Richtlinie – Fahrten zu Geriatrischen Institutsambulanzen und stationersetzenden Eingriffen](#)

Qualitätssicherung

Neugeborenen-Intensivmedizin: Jährliche Strukturabfrage geregelt

In einer jährlichen Strukturabfrage werden künftig alle Perinatalzentren und die Einrichtungen mit perinatalem Schwerpunkt befragt, inwieweit sie die Qualitätssicherungsanforderungen für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen erfüllen. Die standortbezogene Auswertung wird in einem zusammenfassenden Bericht auf den Internetseiten www.perinatalzentren.org veröffentlicht. Das neue Verfahren zu den Strukturabfragen hat der G-BA mit einem Beschluss vom 17. August 2017 festgelegt.

Die Strukturabfrage wird über die gleichen Checklisten erfolgen, mit denen die Krankenhäuser üblicherweise für die Pflegesatzverhandlungen nachweisen, ob sie die Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Checklisten wurden deshalb entsprechend erweitert. Der Beschluss liegt dem BMG zur Prüfung vor und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger weitestgehend in Kraft. Das Inkrafttreten der geänderten Checklisten für das Nachweisverfahren zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen ist für den 1. Januar 2018 vorgesehen.

Zum Hintergrund: Neugeborenen-Intensivstationen müssen dezidierte Personal- und Qualitätsanforderungen erfüllen, die der G-BA in seiner Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene festlegt. Während einer Übergangsfrist bis Ende 2019 dürfen Kliniken in Ausnahmefällen von den geforderten Personalschlüsseln abweichen, müssen dies dem G-BA aber zuvor unter Angabe von Gründen mitteilen. Mit den Perinatalzentren wird dann auf der Landesebene ein klärendes Gespräch geführt, in dem eine Zielvereinbarung abzuschließen ist. Die Ergebnisse dieser Gespräche werden von den Lenkungsgruppen auf Landesebene in einem halbjährigen Bericht zusammengefasst. Er wird am 31. Januar 2018 zum ersten Mal fällig. Für die Berichte beschloss der G-BA am 19. Oktober ein einheitliches Berichtsformat.

[Der Beschluss vom 19. Oktober 2017 zur Erstfassung eines einheitlichen Berichtsformats gemäß § 8 Absatz 11 als Anlage 7 erscheint in Kürze hier](#)

[Beschluss vom 17. August 2017: Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene: Vorgaben zur jährlichen Strukturabfrage – Einführung eines § 10 sowie Änderungen in der Anlage 3](#)

[Pressemitteilung vom 17. August 2017: Perinatologische Einrichtungen – Verfahren zur jährlichen Strukturabfrage geregelt](#)



Qualitätssicherung Dialyse – Berichte 2016

Die aktuellen Berichte zur Qualitätssicherung Dialyse für das Erfassungsjahr 2016 liegen vor. Sie wurden vom G-BA abgenommen und mit einem zusammenfassenden Kommentar (jeweils am Ende der Dokumente) veröffentlicht.

[Beschluss vom 19. Oktober 2017: Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse – Veröffentlichung des zusammenfassenden Jahresberichts der Berichtersteller 2016](#)

[Beschluss vom 19. Oktober 2017: Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse – Veröffentlichung des zusammenfassenden Berichts 2016 – Vergleichende Darstellung der Jahresberichte der Qualitätssicherungs-Kommissionen](#)

Zweitmeinung vor Operationen – Verfahrensregeln beschlossen

Der G-BA hat am 21. September 2017 die Verfahrensregeln beschlossen, nach denen Patientinnen und Patienten künftig vor bestimmten geplanten Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen können. Die ersten Operationen, für die das strukturierte Zweitmeinungsverfahren in Zukunft angewendet werden kann, sind Eingriffe an den Gaumen- und/oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie) und Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien). Geregelt wurde unter anderem, über welche besonderen Qualifikationen zweitmeinungsbegabende Ärztinnen und Ärzte verfügen müssen.

Die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren liegt dem BMG zur Prüfung vor und tritt nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Für Patientinnen und Patienten wird der G-BA auf seinen Internetseiten ein Merkblatt zur Verfügung stellen, in dem die Einzelheiten des Verfahrens erläutert werden. Das Zweitmeinungsverfahren kann als ambulante Leistung erst dann in Anspruch genommen werden, wenn der Bewertungsausschuss über die Höhe der ärztlichen Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab entschieden hat.

[Pressemitteilung vom 21. September 2017: Zweite ärztliche Meinung vor Operationen – G-BA beschließt Verfahrensregeln](#)

[Beschluss vom 21. September 2017: Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren – Erstfassung](#)

Qualitätsabhängige Vergütung

Der G-BA sieht Nachbesserungsbedarf beim ersten Entwicklungsschritt zur Einführung einer qualitätsabhängigen Vergütung von Krankenhausleistungen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde beauftragt, seinen vorgelegten Abschlussbericht nachzubessern, bei dem es um die Empfehlung von Leistungen oder Leistungsbereichen geht, die für die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen geeignet sind. Das IQTIG hatte im vorgelegten Abschlussbericht dafür den Leistungsbereich „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ empfohlen und die herzchirurgischen Leistungsbereiche als eine mögliche Alternative erachtet.

[Pressemitteilung vom 21. September 2017: Qualitätsabhängige Vergütung von Krankenhausleistungen – Nachbesserungsbedarf beim ersten Entwicklungsschritt](#)

[Beschluss vom 21. September 2017: Beauftragung IQTIG – Entwicklungen für ein Qualitätssicherungsverfahren für Qualitätszu- und -abschläge](#)

9. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gesetzgeber hat in der letzten Legislaturperiode die Weiterentwicklung der klassischen Qualitätssicherung zu einer qualitätsorientierten Versorgungssteuerung zum Ziel erhoben. Der G-BA wurde im Zuge dessen mit der Einführung zahlreicher neuer Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung beauftragt. Hierzu zählen beispielsweise neue Qualitätsindikatoren, die für die Zwecke der Krankenhausplanung oder als Grundlage für Qualitätszu- und -abschläge dienen sollen, aber auch Verfahren zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung, Qualitätsverträge zur Erprobung von Exzellenz-Qualität und vieles mehr.

Entwicklung, Einsatz und Effekte dieser Instrumente standen im Zentrum des ersten Tages der 9. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA, die mit etwa 600 Teilnehmern am 28. und 29. September 2017 in Berlin stattfand. Der zweite Konferenztag widmete sich den neuesten Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung. Sie sind im Qualitätsreport 2016 zusammengefasst, den das IQTIG im Auftrag des G-BA erstellt hat.

[Pressemitteilung vom 28. September 2017: 9. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA – Angemessene Personalausstattung ist Voraussetzung für hochwertige und humane Patientenversorgung](#)

[Qualitätsreport 2016](#)

[Bundesauswertung 2016 der Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsverfahren des IQTIG](#)

Arzneimittel

Off-Label-Use: Mycophenolatmofetil/ Mycophenolensäure bei Lupusnephritis

Für Patientinnen und Patienten mit einer Lupusnephritis hat der G-BA als alternative Behandlungsoption den Off-Label-Use von Mycophenolatmofetil/Mycophenolensäure als GKV-Leistung zugelassen. Der sogenannte „Lupus“ ist eine seltene Autoimmunerkrankung, die in Schüben verläuft und sich gegen gesunde körpereigene Zellen richtet. Bei der Lupusnephritis kommt es zu einer Nierenentzündung, die eine dauerhafte Nierenschädigung nach sich ziehen kann.

Vor Beginn des Off-Label-Einsatzes der beiden Wirkstoffe muss bei betroffenen Patientinnen im gebärfähigen Alter eine Schwangerschaft ausgeschlossen sein, da durch die Wirkstoffe ein signifikantes Risiko für Schädigungen von Ungeborenen und für Fehlgeburten besteht.

Mit seinem Beschluss vom 21. September 2017 folgt der G-BA den Empfehlungen der Expertengruppe Off-Label. Der Beschluss tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Beschluss vom 21. September 2017: Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI – Mycophenolat-mofetil/Mycophenolensäure bei Lupusnephritis](#)

In eigener Sache

Gutachten

Das folgende Gutachten ist auf der G-BA-Website veröffentlicht:

[Prof. Dr. Friedhelm Hase, „Die Rechtsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses im System des Leistungserbringungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung: Normbildung durch die Selbstverwaltung bei extremer Dynamik des gesundheitlichen Versorgungsgeschehens“, 25. September 2017, Universität Bremen, Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht](#)

Innovationsausschuss

Förderentscheidungen getroffen und Förderbekanntmachungen veröffentlicht

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat die Förderung von 26 weiteren Projekten im Bereich der neuen Versorgungsformen beschlossen. Zu der vorausgegangenen themenoffenen Förderbekanntmachung vom 20. Februar 2017 zu neuen Versorgungsformen waren innerhalb der gesetzten Fristen 69 Anträge eingegangen, von denen 62 formal einwandfreie Projektanträge mit einem beantragten Fördervolumen von insgesamt rund 249 Millionen Euro begutachtet und bewertet wurden.

Zudem veröffentlichte der Innovationsausschuss am 20. Oktober 2017 neue themenspezifische Förderbekanntmachungen zu neuen Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung. Bis zum 20. Februar 2018 (Versorgungsforschung) bzw. 20. März 2018 (neue Versorgungsformen) können hierzu Förderanträge beim Projektträger DLR eingereicht werden. Darüber hinaus sind Anträge zur Evaluation von Selektivverträgen und von Richtlinien des G-BA möglich.

[Zur Website des Innovationsausschusses](#)

[Pressemitteilung vom 20. Oktober 2017: Innovationsausschuss entscheidet über weitere Förderprojekte zu neuen Versorgungsformen](#)

[Pressemitteilung vom 20. Oktober 2017: Innovationsausschuss veröffentlicht weitere Förderbekanntmachungen](#)

> Beschlüsse

Alle aktuell in Kraft getretenen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie hier:

> Termine

■ Sitzungstermine des Plenums

[Sitzungstermine des Plenums 2017/2018](#)

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)

Die Geschäftsführerin

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

