



G-BA aktuell

Themen >> Fakten >> Kommentare

Nr. 1 / Januar 2018

> Themen

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Urologische Tumoren künftig im Rahmen der ASV behandelbar

Patientinnen und Patienten, die an urologischen Tumoren erkrankt sind, können künftig im Rahmen der ASV behandelt werden. Die am 21. Dezember 2017 beschlossene neue Regelung umfasst die Diagnostik, Behandlung und Beratung von Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr. Darüber hinaus werden personelle, sächliche und organisatorische Anforderungen an Vertragsärztinnen, Vertragsärzte und Krankenhäuser definiert, die eine solche Versorgung anbieten wollen. So gehören beispielsweise zum ASV-Kernteam Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie für Strahlentherapie.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen bei bestimmten Fallkonstellationen auch Leistungen, die bislang nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind und damit ansonsten vertragsärztlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Hierzu zählen die Positronenemissionstomografie/Computertomographie (PET/CT) und ein standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA).

Der Beschluss tritt nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Pressemitteilung vom 21. Dezember 2017: Interdisziplinäre Behandlung künftig auch bei urologischen Tumoren möglich](#)

[Beschluss vom 21. Dezember 2017: ASV-Richtlinie - Ergänzung der Anlage 1.1a onkologische Erkrankungen - Tumorguppe 3: urologische Tumoren](#)

Abrechnungsfähige Leistungen bei rheumatologischen Erkrankungen beschlossen

Am 21. Dezember 2017 hat der G-BA die abrechnungsfähigen Leistungen im Rahmen der ASV für Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen beschlossen. Außerdem passte der G-BA seinen Beschluss vom 15. Dezember 2016 an, mit dem bereits der allgemeine Behandlungsumfang, die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung festgelegt wurden.

Die Beschlüsse vom 15. Dezember 2016 und vom 21. Dezember 2017 treten nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. ASV-Teams für rheumatologische Erkrankungen können dann ihre Tätigkeit beim erweiterten Landesausschuss (eLA) anzeigen. Mit Inkrafttreten der neuen ASV-Regelungen beginnt zudem die Übergangsfrist für die nach den Bestimmungen der ABK-Richtlinie bestehenden Teams für rheumatologische Erkrankungen. Die bereits erteilten Bescheide für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus enden – ohne eine explizite Aufhebung der Landesbehörden – spätestens drei Jahre, nachdem der Beschluss des G-BA für die jeweilige Erkrankung in Kraft getreten ist.

[Pressemitteilung vom 21. Dezember 2017: G-BA legt abrechnungsfähige Leistungen bei rheumatologischen Erkrankungen fest](#)

[Beschluss vom 21. Dezember 2017: Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Änderung des Beschlusses vom 15. Dezember 2016 zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe b Rheumatologische Erkrankungen Appendix Erwachsene /Appendix Kinder und Jugendliche und weitere Änderungen](#)

[Beschluss vom 15. Dezember 2016: Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Änderung der Anlage 1.1 – Ergänzung Buchstabe b \(rheumatologische Erkrankungen\)](#)

Arzneimittel

Frühe Nutzenbewertung: Erheblicher Zusatznutzen für Nusinersen

Zum dritten Mal seit Beginn der frühen Nutzenbewertung im Jahr 2011 hat der G-BA einem neuen Wirkstoff einen erheblichen Zusatznutzen bescheinigt. Es handelt sich um Nusinersen, ein Orphan Drug zur Behandlung der seltenen, genetisch bedingten spinalen Muskelatrophie, die bereits im Säuglings- und Kleinkindalter auftreten kann.

Der Beschluss vom 21. Dezember 2017 stellt bei Einsatz des Wirkstoffs eine bislang nicht erreichte Verlängerung der Überlebensdauer und eine Abschwächung krankheitsbestimmender Symptome fest. Es zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung der Motorik. Bei zwei der insgesamt vier im Beschluss berücksichtigten Patientengruppen konnte ein erheblicher, beziehungsweise beträchtlicher Zusatznutzen durch Studien belegt werden. Jedoch wurden insbesondere zu Patienten, bei denen die Erkrankung im späteren Kindes- und Jugendalter symptomatisch wird, keine Studiendaten vorgelegt. Bei diesen Patientengruppen war der Zusatznutzen nicht quantifizierbar.

Die spinale Muskelatrophie war bislang nicht medikamentös behandelbar. Als einzige Therapiealternative galt „Best Supportive Care“. Die Erkrankung führt bei schweren Formen durch ein zunehmendes respiratorisches Versagen und ein kontinuierliches Fortschreiten der allgemeinen Schwäche in der Regel zum frühzeitigen Tod.

Da zu dem Wirkstoff weitere Daten erwartet werden, hat der G-BA die Geltungsdauer seines Beschlusses bis zum 1. Januar 2020 befristet.

[Beschluss vom 21. Dezember 2017: Arzneimittel-Richtlinie Anlage XII – Nusinersen](#)

[Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Nusinersen](#)

Festbetragsgruppenbildung Infliximab

Am 17. November 2017 bildete der G-BA erstmals eine Festbetragsgruppe, die Biosimilars mit einem monoklonalen Antikörper in der Stufe 1 – Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen – einschließt. Infliximab kann bei Erkrankungen wie rheumatoider Arthritis, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa oder Psoriasis eingesetzt werden, wenn vorausgegangene andere Therapieoptionen erfolglos blieben.

Bei der Neubildung der Festbetragsgruppe stützte sich der G-BA neben den Angaben in den Fachinformationen auf die verfügbare Studienlage und Bewertungen der Europäischen Arzneimittelagentur und des Paul-Ehrlich-Instituts. Anhaltspunkte für therapierelevant unterschiedliche Bioverfügbarkeiten der von der Festbetragsgruppe umfassten Arzneimittel liegen nicht vor.

In der Beschlussbegründung wird dargelegt, dass eine Festbetragsgruppenbildung die einzelne ärztliche Verordnungsentscheidung nicht präjudiziert. Die Eingruppierung von Arzneimitteln in eine Festbetragsgruppe bedeute auch nicht, dass diese Arzneimittel im Sinne der aut-idem-Regelung beliebig bei einer Patientin oder einem Patienten austauschbar sind.

Der Beschluss wurde vom BMG nicht beanstandet und tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Beschluss vom 17. November 2017: Arzneimittel-Richtlinie /Anlage IX: Infliximab, Gruppe 1, in Stufe 1](#)

Bedarfsplanung

Beendigung der Sonderbeplanung des Ruhrgebiets

Der G-BA hat mit Beschluss vom 21. Dezember 2017 den seit Einführung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung im Jahr 1993 bestehenden Sonderstatus des Ruhrgebietes aufgehoben. Dieser Entscheidung ging eine vom G-BA beim IGES-Institut beauftragte Analyse der Versorgungssituation in Deutschlands größtem Ballungsraum voraus.

Mit Gültigkeit zum 1. Januar 2018 wurden die Instrumente der Bedarfsplanung so gestaltet, dass nach Ablauf einer Übergangsfrist insgesamt 600 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte im Ruhrgebiet ausgewiesen werden können. Die ersten 400

Niederlassungsmöglichkeiten sollen in einem zehnjährigen Übergangszeitraum entstehen. Dies entspricht einem Zuwachs von circa 40 Hausarztsitzen jährlich. Nach Ablauf der 10 Jahre gilt dann das bundeseinheitliche Planungsniveau.

Auch die psychotherapeutische Versorgungssituation im Ruhrgebiet wird durch den Beschluss des G-BA verbessert. Im Ergebnis entstehen dort ab dem 1. Januar 2018 etwa 85 weitere Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten.

Die Sonderregelungen für die Facharztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung entfielen zum 1. Januar 2018 vollständig. Somit gilt dort mit Beginn des Jahres erstmalig eine bundesweit einheitliche quantitative Grundlage zur Bestimmung der Arztzahlen, die für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden. Auch auf dieser Planungsebene, der beispielsweise Fachinternisten, Radiologen und Anästhesisten angehören, werden im Ruhrgebiet neue Niederlassungsmöglichkeiten geschaffen.

[Pressemitteilung vom 17. November 2017: Bedarfsplanung im Ruhrgebiet wird dem übrigen Bundesgebiet angepasst](#)

[Beschluss vom 17. November 2017: Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet](#)

[Beschluss vom 15. Juni 2017: Bedarfsplanungs-Richtlinie: Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet“](#)

Bericht über die Auswirkungen der Einbeziehung bislang nicht beplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung

Der G-BA hat seinen Folgebericht an das BMG über die Auswirkungen der Einbeziehung bislang nicht beplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung veröffentlicht. In dem Bericht wird die quantitative Entwicklung der seit dem Jahr 2013 in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen sowie der aktuelle Stand der Bedarfsplanung bis zum Stichtag 31. Dezember 2016 differenziert nach Arztgruppen darstellt.

Zum Januar 2013 sind die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung und der Kinder- und Jugendpsychiater vom G-BA erstmals in die vertragsärztliche Bedarfsplanung einbezogen worden.

[Bericht über die Auswirkungen der Einbeziehung bislang nicht beplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung \(Folgebericht zum Erstbericht vom 5. November 2014\)](#)

Disease-Management-Programme (DMP)

DMP für Asthma bronchiale ergänzt und spezifiziert

Der G-BA hat das strukturierte Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale überprüft und mit Beschluss vom 17. November 2017 ergänzt und spezifiziert.

Beispielsweise können Kinder künftig bereits ab dem zweiten Lebensjahr im DMP behandelt werden, entsprechende altersgruppenspezifische Regelungen wurden ergänzt.

Neu im DMP sind zudem Hinweise auf den Einfluss bestimmter Begleiterkrankungen auf den Krankheitsverlauf und auf die Therapieplanung. Ergänzt wurde auch ein strukturiertes Medikamentenmanagement für Patientinnen und Patienten, die aufgrund mehrerer Erkrankungen dauerhaft mindestens fünf Arzneimittel einnehmen müssen. Analog der Regelungen im DMP COPD wurden Regelungen für eine engmaschige Betreuung und Aufklärung über die negativen Folgen des Tabakkonsums auf Symptomatik und Verlauf des Asthmas bronchiale aufgenommen. Insbesondere sollen die Patientinnen und Patienten Zugang zu strukturierten und evaluierten und Tabakentwöhnungsprogrammen erhalten.

Neben der inhaltlichen Aktualisierung des DMP beschloss der G-BA eine Anpassung der Anforderungen an die Dokumentation der Befunde, der therapeutischen Maßnahmen und der Behandlungsergebnisse.

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

[Pressemitteilung vom 17. November 2017: DMP für Asthma bronchiale ergänzt und spezifiziert](#)

[Beschluss vom 17. November 2017: DMP-Anforderungen-Richtlinie: Ergänzung der Anlage 9 \(DMP Asthma bronchiale\) und der Anlage 10 \(Asthma bronchiale Dokumentation\)](#)

Methodenbewertung

Mammographie-Screening – Frauen erhalten neue Entscheidungshilfe

Frauen erhalten seit November 2017 mit der schriftlichen Einladung zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung von Brustkrebs (Mammographie-Screening) neues Informationsmaterial. Die neue Entscheidungshilfe und das inhaltlich darauf abgestimmte Einladungsschreiben sind so gestaltet, dass das gesetzlich geforderte Ziel einer informierten Entscheidung hinsichtlich einer Teilnahme oder Nichtteilnahme am Mammographie-Screening noch besser erreicht werden kann.

Der G-BA hatte das bisherige Merkblatt zum Mammographie-Screening in Orientierung an den international geltenden Standards weiterentwickelt. Die Entscheidungshilfe enthält verständlich dargestellte Informationen zur Brustkrebserkrankung, zum Ablauf der Mammographie, zu Vor- und Nachteilen des Screenings und zu den organisatorischen Rahmenbedingungen. Wesentliches neues Element ist eine Checkliste. Auf einer Doppelseite werden die in der Broschüre ausführlich dargestellten Vor- und Nachteile der Teilnahme am Mammographie-Screening kompakt zusammengefasst. Jede eingeladene Frau kann dann für sich einordnen, wie wichtig die einzelnen Aspekte für sie sind.

Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren haben alle zwei Jahre Anspruch auf eine Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs. Sie werden – sofern sie dem nicht ausdrücklich widersprechen – persönlich und schriftlich zur Teilnahme am Screening eingeladen.

[Pressemitteilung vom 8. November 2017: Mammographie-Screening: Frauen erhalten neue Entscheidungshilfe](#)

[Beschluss vom 20. Juli 2017: Krebsfrüherkennungs-Richtlinie: Einladungsschreiben und Entscheidungshilfe sowie weitere Änderungen \(Mammographie-Screening\)](#)

Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit

Die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve kann bei bestimmten Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit künftig auch ambulant durchgeführt werden, um anstehende Therapieentscheidungen abzusichern. Der Funktionstest ermöglicht die Bedeutung verengter Blutgefäße zu beurteilen: Je kleiner der gemessene Wert in dem verengten Gefäß ist, desto stärker ist der Blutfluss eingeschränkt und der Herzmuskel entsprechend schlecht mit sauerstoffreichem Blut versorgt.

Der Beschluss vom 17. November 2017 tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Pressemitteilung vom 17. November 2017: Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit: Funktionstest kann zukünftig auch ambulant zur Absicherung von Therapieentscheidungen eingesetzt werden](#)

[Beschluss vom 17. November 2017: Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit](#)

Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Studien: G-BA zieht Bilanz

Ende Oktober 2017 beschloss der G-BA eine vierte Richtlinie zur Erprobung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode und zog eine erste Bilanz zum Thema. Seit Einführung der Erprobungsregelung hat der G-BA – zumeist nach Anträgen von Medizinprodukte-Herstellern – das Potenzial von 33 Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden bewertet. In etwas über der Hälfte der Fälle hatten die Antragsteller Unterlagen vorgelegt, die nach Auffassung des G-BA geeignet waren, das Potenzial der jeweiligen Methoden zu bestätigen.

Seit Dezember 2016 wurden die folgenden vier Erprobungs-Richtlinien beschlossen:

- Magnetresonanztomographie-gesteuerte hochfokussierte Ultraschalltherapie zur Behandlung des Uterusmyoms (Beschluss vom 15. Dezember 2016)
- Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom (Beschluss vom 19. Januar 2017)
- Transkorneale Elektrostimulation bei Retinopathia Pigmentosa (Beschluss vom 20. Juli 2017)
- Messung und Monitoring des pulmonalarteriellen Drucks mittels implantierten Sensors zur Therapieoptimierung bei Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III (Beschluss vom 19. Oktober 2017)

Seit dem 13. Dezember 2017 läuft das [Vergabeverfahren](#) zur Ermittlung der wissenschaftlichen Institution für die erste Erprobungsstudie.

Das Instrument der Erprobung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hat der Gesetzgeber im Jahr 2012 eingeführt. Rechtsgrundlage hierfür ist § 137e SGB V.

[Pressemitteilung vom 26. Oktober 2017: Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Studien: G-BA zieht erste Bilanz](#)

Qualitätssicherung

Neue Richtlinie zu Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Krankenhäusern

Der G-BA hat die Erstfassung einer Richtlinie beschlossen, in der die Grundsätze zu Qualitätskontrollen des MDK in Krankenhäusern geregelt werden. Der MDK hatte mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) die Aufgabe übertragen bekommen zu überprüfen, ob in Krankenhäusern die qualitätssichernden Anforderungen des G-BA eingehalten werden. Die neue Richtlinie legt in einem allgemeinen Teil die Anhaltspunkte fest, aus denen sich eine Qualitätskontrolle ergeben kann und regelt generelle Fragen zu Beauftragung, Umfang, Art und Verfahren der Kontrollen sowie zum Umgang mit den Ergebnissen.

Der Beschluss zur Erstfassung der Richtlinie tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in weiten Teilen in Kraft.

MDK-Kontrollen zur Einhaltung einer bestimmten Qualitätsanforderung gemäß dieser Richtlinie können beauftragt werden, nachdem der G-BA die spezifische Ausgestaltung des Kontrollverfahrens im Teil B der Richtlinie geregelt hat.

[Pressemitteilung vom 21. Dezember 2017: Qualitätskontrollen des MDK in Krankenhäusern – Grundsätze zu Durchführung und Umfang beschlossen](#)

[Beschluss vom 21. Dezember 2017: MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie – Erstfassung](#)

Neues Servicedokument für die jährliche Strukturabfrage zur Qualitätssicherung für Früh- und Reifgeborene

Für die jährliche Abfrage bei allen perinatologischen Einrichtungen, inwieweit sie die qualitätssichernden Anforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen erfüllen, stehen ab sofort die hierfür zu nutzenden Servicedokumente auf der G-BA-Website bereit.

[Pressemitteilung vom 21. Dezember 2017: Qualitätsanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen: Servicedokumente für jährliche Strukturabfrage stehen bereit](#)

[Beschluss vom 21. Dezember 2017: Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – Veröffentlichung der Servicedokumente gemäß § 10 Absatz 7](#)

Neue Patienteninformation zur Datenerhebung für die Qualitätssicherung in Krankenhäusern

Mit Beschluss vom 21. Dezember 2017 hat der G-BA eine aktualisierte Patienteninformation zur Datenerhebung für die Qualitätssicherung in Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Sie gilt für bestimmte Behandlungen – Herzschrittmacheroperation, Versorgung mit einem implantierbaren Defibrillator, Hüft- oder Knieendoprothesenoperation – sowie für Patientinnen auf einer geburtshilflichen Station und für Eltern, deren Kind auf einer Station für Neu- oder Frühgeborene behandelt wird.

In der Patienteninformation wird erläutert, welche Daten zur Behandlung und Person erhoben werden und wie die Daten verwendet werden. Die bisherige Patienteninformation „Datenerhebung Herzschrittmacher-, Hüft- oder Knieendoprothesenversorgung“ wird durch die neue Fassung ersetzt.

Unter dem folgenden Link steht die Patienteninformation zum Ausdrucken bereit:

[Patienteninformation zur Datenerhebung für die Qualitätssicherung im Krankenhaus](#)

Mindestmengenregelungen für planbare stationäre Leistungen überarbeitet

Der G-BA hat am 17. November 2017 seine Mindestmengenregelungen für planbare stationäre Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, grundlegend überarbeitet. Ergänzt wurden beispielsweise bundesweit einheitliche Regelungen zur Ermittlung der erbrachten Leistungsmenge sowie zur Darlegung der Prognose. Zudem ergänzte der G-BA seine Verfahrensordnung um ein Kapitel zur Festlegung neuer und Überprüfung bestehender Mindestmengen.

Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hatte die bisherigen gesetzlichen Regelungen zu Mindestmengen in § 136b SGB V verändert. Der G-BA wurde beauftragt, für seine Mindestmengenregelungen Ausnahmetatbestände und Übergangsbestimmungen vorzusehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. Er soll darüber hinaus das Nähere zur Darlegung der Prognose regeln.

Der Beschluss zur Änderung der Mindestmengenregelungen ist am 1. Januar 2018 – unter Berücksichtigung der Übergangsbestimmungen beispielsweise für die Darlegung der Prognose und die Ermittlung der Leistungsmenge – in Kraft getreten.

Der Beschluss zur Änderung der Verfahrensordnung tritt nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

[Pressemitteilung vom 17. November 2017: Mindestmengenregelungen für stationäre Leistungen grundlegend überarbeitet](#)

[Beschluss vom 17. November 2017: Verfahrensordnung: Verfahren zur Festlegung von Mindestmengen gemäß § 136b Absatz 1 Nummer 2 SGB V](#)

[Beschluss vom 17. November 2017: Mindestmengenregelungen: Änderung der Mindestmengenregelungen](#)

Qualitätsberichte der Krankenhäuser - Änderungen und Anpassungen für das Berichtsjahr 2017

Die Anforderungen an die Qualitätsberichte der Krankenhäuser über das Jahr 2017 liegen nun vollständig vor. Der G-BA fasste am 21. Dezember 2017 den noch ausstehenden Beschluss zu weiteren Berichtsteilen und zum Verfahren der Datenlieferung. In die Berichterstattung neu aufgenommen wurden beispielsweise die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie berichtspflichtige Angaben gemäß Qualitätssicherungssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL). Zudem hat sich der G-BA darauf verständigt, die in einer Pilotphase getesteten Regeln zur Plausibilisierung von Berichtsdaten mit dem Berichtsjahr 2017 verbindlich einzuführen.

Bereits im November 2017 hatte der G-BA den ersten Teil der Anforderungen beschlossen, um den Softwareherstellern eine zeitgerechte Umsetzung der Anpassungen zu ermöglichen.

Die Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) treten mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Die Servicedateien für die Berichtsteller werden vom G-BA im 2. Quartal 2018 zur Verfügung gestellt.

[Pressemitteilung vom 21. Dezember 2017: Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Anforderungen für das Berichtsjahr 2017 liegen vor](#)

[Beschluss vom 21. Dezember 2017: Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser – Weitere Anpassungen für das Berichtsjahr 2017](#)

[Beschluss vom 17. November 2017: Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2017](#)

Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung

Die Qualität zahnärztlicher Leistungen wird künftig nach einem bundeseinheitlich geregelten Verfahren geprüft. Der G-BA hat am 21. Dezember 2017 eine Richtlinie beschlossen, in der die Grundsätze und Zuständigkeiten für Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen mittels Stichproben geregelt werden. Den genauen Umfang der Stichprobe legt der G-BA leistungsbezogen in Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien fest. Insgesamt werden jedes Jahr bundesweit höchstens sechs Prozent aller Zahnärztinnen und Zahnärzte einer Qualitätsprüfung unterzogen. Die Qualitätsprüfungen werden von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen durchgeführt.

Der Beschluss zur Erstfassung der Richtlinie tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Bevor die Qualitätsprüfungen beginnen können, müssen in einem zweiten Schritt vom G-BA die Details der Qualitätsbeurteilung für ausgewählte zahnmedizinische Leistungen konkretisiert werden.

[Pressemitteilung vom 21. Dezember 2017: Grundsätze für bundeseinheitliche Qualitätsprüfungen von zahnärztlichen Leistungen geregelt](#)

[Beschluss vom 21. Dezember 2017: Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung – Erstfassung](#)

Veranlasste Leistungen

Häusliche Krankenpflege: Unterstützungspflege und Hilfeleistung bei An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ergänzt

Als Leistung der häuslichen Krankenpflege können Patientinnen und Patienten zukünftig Hilfe beim An- und Ausziehen ärztlich verordneter Kompressionsstrümpfe oder -strumpfhosen bereits ab der Kompressionsklasse I erhalten. Die entsprechenden Anpassungen der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) hat der G-BA am 21. Dezember 2017 beschlossen. Die Hilfe kann auch dann in Anspruch genommen werden, wenn darüber hinaus kein Bedarf an Grundpflege besteht. Analog entfällt diese Leistung als Maßnahme der Grundpflege – unbenommen davon bleibt das An- und Ausziehen von nicht ärztlich verordneten Stütz- oder Antithrombosestrümpfen weiterhin grundpflegerische Leistung.

Zudem wurde in der HKP-RL der gesetzliche Anspruch auf sogenannte Unterstützungspflege ergänzt: Bei schwerer Krankheit – beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt – können Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung auch dann verordnet werden, wenn keine medizinische Behandlungspflege angezeigt ist. Die Unterstützungspflege ist auf einen kurzzeitigen, vorübergehenden Versorgungsbedarf ausgerichtet und kann bis zu vier Wochen verordnet werden. Die generelle Voraussetzung für die ärztliche Verordnung von häuslicher Krankenpflege, wonach die Leistungen nicht durch im Haushalt lebende Personen übernommen werden können, gilt jedoch auch hier.

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

[Pressemitteilung vom 21. Dezember 2017: Häusliche Krankenpflege: Neue Leistung bei Kompressionstherapie und Ergänzung der Unterstützungspflege beschlossen](#)

Der Beschluss vom 21. Dezember 2017 erscheint in Kürze [hier](#)

Heilmittel-Richtlinie: Ernährungstherapie seit 1. Januar 2018 verordnungsfähig

Mit Inkrafttreten der entsprechenden Änderungen der Heilmittel-Richtlinie zum 1. Januar 2018 kann Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose Ernährungstherapie verordnet werden.

Den Beschluss zur Aufnahme der ambulanten Ernährungsberatung in den Heilmittelkatalog fasste der G-BA am 16. März 2017. Der Heilmittelkatalog wurde am 21. September 2017 entsprechend angepasst.

[Beschluss vom 16. März 2017: Heilmittel-Richtlinie: Aufnahme der ambulanten Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose](#)

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

Innovationsausschuss

Weitere Förderentscheidungen

Am 20. Oktober und am 3. November 2017 traf der Innovationsausschuss weitere Förderentscheidungen zu neuen Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung. Die Übersicht über die geförderten Projekte wurden auf der Website (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/>) veröffentlicht. Damit förderte der Innovationsfonds bis Ende 2017 insgesamt 81 Projekte zu neuen Versorgungsformen und 116 zur Versorgungsforschung

Der vom Gesetzgeber seit 2016 mit jährlich 300 Millionen Euro für zunächst vier Jahre aufgelegte Innovationsfonds fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind.

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

[Pressemitteilung vom 3. November 2017: Weitere Förderentscheidungen zur Versorgungsforschung und Evaluation von Selektivverträgen](#)

[Pressemitteilung vom 21. November 2017: Innovationsausschuss veröffentlicht geförderte Projekte zu neuen Versorgungsformen](#)

[Pressemitteilung vom 28. November 2017: Weitere Projekte zur Versorgungsforschung und zur Evaluation von Selektivverträgen veröffentlicht](#)

[Übersicht über die geförderten Projekte](#)

> Kommentar

Mit insgesamt 417 Beschlüssen hat der G-BA auch im vergangenen Jahr die ihm übertragenen Aufgaben wirksam umgesetzt. Wir können erneut mit Stolz auf eine sehr gute Bilanz schauen. So wurden zahlreiche Neufassungen von Richtlinien beschlossen, beispielsweise zur Zweitmeinung vor planbaren Operationen, zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, zu Qualitätskontrollen des MDK, einschließlich der Regelungen zur Erprobung von Qualitätsverträgen und der Überarbeitung der Mindestmengenregelungen für planbare stationäre Leistungen.

Weitere große fachliche Herausforderungen liegen vor uns, etwa die weitere Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und die Abarbeitung der zahlreichen und komplexen Aufträge zur qualitätsorientierten Vergütung und Planung aus dem Krankenhausstrukturgesetz. Aktuell steht das gestufte System der Notfallversorgung und die Überarbeitung der Bedarfsplanung an, zusätzlich zu den komplexen Aufgaben im Bereich der Methodenbewertung: Beispielhaft sind hier zu nennen die Bewertung von Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte hoher Risikoklassen zum Einsatz kommen und die Etablierung strukturierter Screeningprogramme zur Früherkennung des Zervixkarzinoms und des Darmkrebses.

Nicht weniger komplex ist die Entwicklung neuer Disease-Management-Programme und die weitere Ausgestaltung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Mit den im Dezember beschlossenen Konkretisierungen zur ASV bei urologischen Tumoren haben wir hier wichtige Meilensteine zur Verbesserung der Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten erreicht.

In der Arzneimittelversorgung zeigt sich das AMNOG im siebten Jahr seit Inkrafttreten als etabliertes und wirksames Instrument. Auf der Grundlage der G-BA-Bewertungen konnte eine Kostenersparnis von 1,8 Milliarden Euro im Jahr 2017 erzielt werden. Im Jahr davor waren es 1,3 Milliarden Euro und 2018 werden wir über 2 Milliarden Euro an Einsparungen erreichen. Das zeigt klar, dass das AMNOG wirkt – dennoch gibt es einen deutlichen Fortentwicklungsbedarf der gesetzlichen Regelungen: Für Arzneimittel gegen seltene Erkrankungen, die häufig auch besonders hochpreisig sind, brauchen wir strengere Bewertungsstufen, damit das Orphan-Privileg des Gesetzgebers, der einen Zusatznutzen bis zu einem Umsatz von 50 Millionen Euro garantiert, nicht zum Fehlanreiz für die Industrie wird, weniger Daten bereitzustellen. Zudem ist es zwingend nötig, dass der Gesetzgeber in einer neuen Bundesregierung die Möglichkeit für Preisverhandlungen nicht für einzelne Mittel, sondern für ganze Therapielinien schafft – also für ähnliche Medikamente zur Behandlung einer bestimmten Erkrankung. Ansonsten sollte ein pauschaler Abschlag von 30 bis 50 Prozent für alle an einem Kombinationspräparat beteiligten Hersteller eingeführt werden. Wir brauchen außerdem eine gesetzliche Vorgabe, dass die AMNOG-Bewertungen künftig auch im Krankenhaus wirksam werden. Mit einer solchen Nachschärfung könnten Effektivität und Effizienz der Arzneimittelversorgung deutlich gesteigert werden. Mit der Umsetzung des Arztinformationssystems wird der G-BA umgehend beginnen, wenn die noch ausstehende Rechtsverordnung vorliegt.

Und nicht zuletzt zeigt auch der Blick auf die Ergebnisse des Innovationsfonds nach zwei Jahren seines Bestehens eine sehr gute Bilanz:

In diesem Zeitraum konnten 81 Projekte mit insgesamt 423,4 Millionen Euro gefördert werden, die neue Versorgungsformen zum Inhalt haben. Zusätzlich erhielten 116 Projekte zur Versorgungsforschung einschließlich der Evaluation von Selektivverträgen knapp 140 Millionen Euro Fördergelder. Mit einer Verstetigung des derzeit noch auf vier Jahre angelegten Innovationsfonds beim G-BA könnten weitere wertvolle innovative Versorgungsansätze, wichtige Projekte der Versorgungsforschung und auch die Entwicklung hochwertiger Behandlungsleitlinien gefördert werden, die in allen medizinischen Bereichen eine zentrale Bedeutung haben.

Im Interesse der Weiterentwicklung einer am Versicherten- und Patientennutzen orientierten medizinischen Versorgung und auch mit Blick auf die komplexen gesetzlichen Aufträge, an deren Umsetzung der G-BA bereits intensiv arbeitet, wünschen wir uns von der neuen Bundesregierung vor allem ein klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung. Die Herausforderungen, die Demografie und medizinisch-technischer Fortschritt mit sich bringen, wachsen in großer Geschwindigkeit und werden auch der künftigen Bundesregierung kluge Lösungsansätze abverlangen.

Den Leserinnen und Lesern des G-BA aktuell wünsche ich einen guten Start in das spannende vor uns liegende neue Jahr.

Prof. 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

[Sitzungstermine des Plenums 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. Anmeldeöglichkeit 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