

Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Neufassung der Verfahrensordnung
- Neustrukturierung -

Vom 18. Dezember 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Dezember 2008 beschlossen, die Verfahrensordnung in der Fassung vom 20. September 2005 (BAnz. 2005, S. 16 998), zuletzt geändert am 18. April 2006 (BAnz. 2006, S. 4876) wie folgt neu zu fassen:

- I. Die Verfahrensordnung wird wie folgt gefasst:

„Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Inhalt

1. Kapitel:	Allgemeiner Teil.....	7
1. Abschnitt	Zweck und Regelungsbereich	7
§ 1	Zweck.....	7
§ 2	Regelungsbereich	7
§ 3	Anwendungsbereich.....	7
2. Abschnitt	Allgemeine Verfahrensbestimmungen	7
§ 4	Das Plenum und seine Untergliederungen	7
§ 5	Beratungsverfahren.....	8
§ 6	Beschlussfassung	9
§ 7	Vorlage nach § 94 SGB V und Veröffentlichung der Ergebnisse	9
3. Abschnitt	Gesetzlich vorgesehene Stellungsverfahren.....	10
§ 8	Regelungsbereich	10

Gemeinsamer Bundesausschusses
Verfahrensordnung

§ 9	Ermittlung der stellungnahmeberechtigten Organisationen und Sachverständigen	10
§ 10	Verfahren für die Abgabe der Stellungnahmen	11
§ 11	Stellungnahmerecht nach § 91 Abs. 5 SGB V	11
§ 12	Mündliche Stellungnahme	12
§ 13	Einbeziehung der Stellungnahmen in die Entscheidung des Plenums	12
§ 14	Erneutes Stellungnahmeverfahren	13
4. Abschnitt	Zusammenarbeit mit dem IQWiG und weiteren fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituten	13
§ 15	Grundsätze der Beauftragung	13
§ 16	Grundsätze der Zusammenarbeit mit dem IQWiG	13
§ 17	Stellung des Antrags nach § 139b SGB V	14
§ 18	Prüfung und Priorisierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	14
§ 19	Zulässigkeit und Inhalt des Auftrags	15
§ 20	Auftragspflichten	15
§ 21	Weitervergabe des Auftrags	16
§ 22	Beauftragung und Zusammenarbeit mit weiteren fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Institutionen	16
5. Abschnitt	Offenlegungspflichten	16
§ 23	Verpflichtete	16
§ 24	Offenlegung	16
Anlage I zum 1. Kapitel: Selbsterklärungsformular		18
2. Kapitel:	Bewertung medizinischer Methoden	20
1. Abschnitt	Allgemeine Bestimmungen zum Bewertungsverfahren	20
§ 1	Geltungsbereich	20
§ 2	Neue Methode	21
§ 3	Gesetzliche Grundlagen	21
2. Abschnitt	Einleitung des Bewertungsverfahrens	21
§ 4	Voraussetzungen für die Bewertung	21
§ 5	Priorisierung	23

§ 6	Ankündigung der Bewertung	23
3. Abschnitt	Bewertungsverfahren	24
§ 7	Grundzüge des Verfahrens	24
§ 8	Themenbezogene Arbeitsgruppe	24
§ 9	Verfahren der Bewertung	25
§ 10	Unterlagen zur Bewertung der medizinischen Methoden	26
§ 11	Klassifizierung und Bewertung von Unterlagen	28
4. Abschnitt	Entscheidungsfindung	30
§ 12	Entscheidungsgrundlagen	30
§ 13	Gesamtbewertung im Versorgungskontext	30
§ 14	Abschluss des Bewertungsverfahrens	31
§ 15	Zusammenfassende Dokumentation	32
3. Kapitel:	Verfahren für Richtlinienbeschlüsse nach § 116b Abs. 4 SGB V	33
§ 1	Anwendungsbereich	33
§ 2	Einleitung des Prüfungsverfahrens	33
§ 3	Inhalt der Vorlage	33
§ 4	Priorisierung	34
§ 5	Kriterien für die Aufnahme und den Verbleib als Kataloginhalt nach § 116b SGB V	34
§ 6	Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit	35
§ 7	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit	35
§ 8	Überprüfung der Entscheidung	36
4. Kapitel:	Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten	37
1. Abschnitt	Regelungsbereich und allgemeine Vorschriften	37
§ 1	Regelungsbereich	37
§ 2	Anwendbarkeit anderer Vorschriften der Verfahrensordnung	38
2. Abschnitt	Bewertung des therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln	38

1. Titel	Regelungsbereich und Grundzüge des Verfahrens	38
§ 3	Anwendungsbereich	38
§ 4	Grundzüge des Verfahrens	38
§ 5	Gesetzliches Stellungnahmeverfahren	39
2. Titel	Bewertung des therapeutischen Nutzens	39
§ 6	Therapeutischer Nutzen	39
§ 7	Nutzenbewertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	40
§ 8	Nutzenbewertungen des IQWiG	41
3. Titel	Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit	41
§ 9	Medizinische Notwendigkeit	41
§ 10	Wirtschaftlichkeit	42
4. Titel	Umsetzung des Ergebnisses der Nutzenbewertung in die Arzneimittel-Richtlinie	42
§ 11	Ergebnis der Bewertung	42
§ 12	Bewertungsentscheidung	42
3. Abschnitt	Festbetragsgruppenbildung nach § 35 Abs. 1 bis 1b SGB V und Ermittlung von Vergleichsgrößen nach § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V	43
1. Titel	Voraussetzung für eine Festbetragsgruppenbildung nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V	43
§ 13	unbesetzt	43
§ 14	unbesetzt	43
§ 15	unbesetzt	43
2. Titel	Voraussetzung für eine Festbetragsgruppenbildung nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V	43
§ 16	Allgemeine Aufgreifkriterien für die Gruppenbildung	43
§ 17	Pharmakologische Vergleichbarkeit	43
§ 18	Chemische Verwandtschaft	44
§ 19	Pharmakologisch-therapeutische Vergleichbarkeit	44

3. Titel Voraussetzung für eine Festbetragsgruppenbildung nach § 35	
Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V	44
§ 20 Therapeutisch vergleichbare Wirkung.....	44
4. Titel Berücksichtigung von Therapiemöglichkeiten und medizinisch	
notwendigen Verordnungsalternativen	45
§ 21 Gewährleistung, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt	
werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur	
Verfügung stehen.....	45
5. Titel Bewertung der therapeutischen Verbesserung	45
§ 22 Voraussetzungen der therapeutischen Verbesserung	45
§ 23 Geringere Nebenwirkungen als therapeutische Verbesserung.....	46
§ 24 Nachweis der therapeutischen Verbesserung	46
6. Titel Ermittlung der Vergleichsgrößen gem. § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V	48
§ 25 unbesetzt.....	48
§ 26 Ermittlung der Vergleichsgrößen für Festbetragsgruppen nach § 35	
Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 SGB V	48
7. Titel Stellungnahmeverfahren und mündliche Anhörung	48
§ 27 Stellungnahmeverfahren gemäß § 35 Abs. 2 SGB V.....	48
§ 28 Mündliche Anhörung zur Feststellung einer therapeutischen	
Verbesserung.....	48
4. Abschnitt Bewertung von nicht verschreibungspflichtigen	
Arzneimitteln hinsichtlich einer Aufnahme in die AMR	
nach § 34 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 6 SGB V i. V. m. Nr. 16 ff.	
AMR.....	49
1. Titel Bewertungskriterien	49
§ 29 Grundsätzliche Voraussetzungen	49
§ 30 Bewertung einer schwerwiegenden Erkrankung.....	49
§ 31 Bewertung des Therapiestandards bei der Behandlung einer	
schwerwiegenden Erkrankung	49
2. Titel Antragsverfahren.....	50
§ 32 Anforderungen an die Antragstellung.....	50
§ 33 Bearbeitungsfrist	51

§ 34 Gebühren	51
5. Abschnitt Bewertung von Medizinprodukten hinsichtlich einer Aufnahme in die AMR nach § 31 Abs. 1 Satz 2 und 3 in Verbindung mit Nr. 30 ff AMR	51
1. Titel Bewertungskriterien	51
§ 35 Grundsätzliche Voraussetzungen	51
§ 36 Bewertungskriterien	51
§ 37 Anforderungen an den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit	52
2. Titel Antragsverfahren	52
§ 38 Anforderungen an die Antragstellung	52
6. Abschnitt Bewertung von Arzneimitteln zur Erhöhung der Lebensqualität gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V	53
§ 39 Grundsätzliche Voraussetzungen	53
§ 40 Bewertungskriterien	53
7. Abschnitt Bewertung der Verordnungsfähigkeit von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten nach § 35b Abs. 3 SGB V	54
1. Titel Allgemeine Grundsätze	54
§ 41 Verordnungsvoraussetzung	54
2. Titel Verfahren	54
§ 42 Einleitung des Verfahrens zur Beauftragung der Expertengruppen Off-Label	54
§ 43 Grundsätze der Zusammenarbeit mit den Expertengruppen und der Geschäftsstelle Kommissionen beim BfArM	55
§ 44 Annahme der Empfehlung und Plausibilitätsprüfung	56
Anlage I zum 4. Kapitel – Ermittlung der Vergleichsgrößen gemäß § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V	57
Anlage II zum 4. Kapitel – Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	63
Anlage III zum 4. Kapitel – Medizinprodukte	70
Protokollnotizen	77

1. Kapitel: Allgemeiner Teil

1. Abschnitt Zweck und Regelungsbereich

§ 1 Zweck

- (1) Die Verfahrensordnung bezweckt transparente und rechtssichere Entscheidungen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dessen Hinweisen zu Qualität, Versorgungsaspekten von Alter, biologischem und sozialem Geschlecht sowie lebenslagenspezifischen Besonderheiten entsprechen, die berechtigten Interessen der Betroffenen angemessen berücksichtigen und das Gebot der Wirtschaftlichkeit im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V beachten.
- (2) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt sie nach sektorenübergreifender Betrachtung auf der Grundlage der ihm gesetzlich zugewiesenen Zuständigkeiten und der daraus entstehenden Verantwortung für die medizinische Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 2 Regelungsbereich

- (1) Die Verfahrensordnung regelt auf der Grundlage von § 91 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V:
 - die Entscheidungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses in allgemeiner Form sowie
 - die für bestimmte Entscheidungen geltenden speziellen Regelungen.
- (2) ¹ Die Geschäftsordnung nach § 91 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V regelt insbesondere Zusammensetzungen, Zuständigkeiten und Beschlussfassungen im Gemeinsamen Bundesausschuss. ² Die Geschäftsordnung geht der Verfahrensordnung vor, soweit die Verfahrensordnung nichts anderes bestimmt.

§ 3 Anwendungsbereich

Die Vorschriften des ersten Kapitels finden Anwendung, soweit nicht in den nachfolgenden Kapiteln spezielle Regelungen getroffen werden.

2. Abschnitt Allgemeine Verfahrensbestimmungen

§ 4 Das Plenum und seine Untergliederungen

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt im Beschlussgremium nach § 91 Abs. 2 SGB V (Plenum).

- (2) ¹ Die Beschlüsse werden in Unterausschüssen vorbereitet. ² Zur Vorbereitung und Durchführung von Beschlüssen können Entscheidungsbefugnisse vom Plenum oder durch diese Verfahrensordnung auf Unterausschüsse übertragen werden, soweit dadurch der Kerngehalt von Richtlinien, Entscheidungen nach §§ 137 Abs. 3 oder 137b SGB V oder Empfehlungen nach § 137f SGB V nicht berührt wird.
- (3) ¹ Arbeitsausschüsse und Arbeitsgruppen werden entsprechend der Geschäftsordnung eingesetzt. ² Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen erfolgt unter Berücksichtigung des Arbeitsauftrages oder der wissenschaftlichen Fragestellung.

§ 5 Beratungsverfahren

- (1) ¹ Das Plenum beschließt, soweit gesetzlich vorgesehen auf Antrag, die Einleitung des Beratungsverfahrens und beauftragt soweit erforderlich einen Unterausschuss mit seiner Durchführung. ² Zur Wahrnehmung der Überprüfungspflicht nach § 7 Abs. 4 sollen die Unterausschüsse unaufgefordert ein Beratungsverfahren wieder aufgreifen, wenn sie Änderungsbedarf erkennen; das Antragserfordernis nach Satz 1 bleibt unberührt. ³ Ohne Beschluss nach Satz 1 kann der Unterausschuss ein Beratungsverfahren einleiten, wenn eine besondere Eilbedürftigkeit besteht, insbesondere bei fristgebundenen Beratungsverfahren.
- (2) Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin.
- (3) Ergibt sich aus den Beratungen, dass ein Konsens zu einem Beschlussentwurf in wesentlichen Punkten nicht erreicht werden kann, ist zeitnah eine Entscheidung des zuständigen Unterausschusses oder des Plenums herbeizuführen.
- (4) ¹ Nach Abschluss der Vorarbeiten zum Erlass oder der Änderung einer Rechtsnorm legt der zuständige Unterausschuss dem Plenum einen Beschlussentwurf - gegebenenfalls mit unterschiedlichen Beschlussvarianten - und dessen tragende Gründe vor; dabei sind unterschiedliche Voten der Mitglieder und Stellungnahmen der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter in ihren wesentlichen Punkten mit Begründung wieder zu geben. ² Daneben soll eine zusammenfassende Dokumentation das Beratungsverfahren in seinem jeweiligen Stand umfassend darstellen und insbesondere eine Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen nach dem 3. Abschnitt entsprechend der Beschlussvorlage nach § 13 sowie eine Auswertung eingeholter Gutachten enthalten; diese ist ebenfalls mit dem aktuellen Stand vor dem Beschluss dem Plenum zuzusenden. ³ Im Übrigen sind die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 1 SGB V und die nach Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen jeweils berechtigt, einen Beschlussentwurf, der von dem nach Satz 1 vorgelegten

abweicht, im Plenum zur Beratung und zur Abstimmung zu stellen. ⁴ Die Abweichungen sind vom Antragsteller schriftlich zu begründen; Antrag und Begründung sind mit den Sitzungsunterlagen zu versenden. ⁵ Die Sätze 1 bis 4 gelten für Beschlüsse nach § 137f Abs. 2 SGB V entsprechend.

§ 6 Beschlussfassung

¹ Das Plenum entscheidet nach Vorlage durch Beschluss nach Maßgabe der Geschäftsordnung. ² Es kann eine Beschlussvorlage mit verbindlichen Vorgaben zum weiteren Vorgehen an den Unterausschuss zurückverweisen.

§ 7 Vorlage nach § 94 SGB V und Veröffentlichung der Ergebnisse

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt einen Richtlinienbeschluss gemäß § 94 Abs. 1 SGB V zusammen mit den tragenden Gründen und - soweit vorhanden - einer zusammenfassenden Dokumentation in ihrem aktuellen Stand dem Bundesministerium für Gesundheit vor.
- (2) ¹ Richtlinien und sonstige unmittelbar verbindliche Entscheidungen werden im Bundesanzeiger und im Internet sowie je nach Thematik und Möglichkeit in den Zeitschriften „Deutsches Ärzteblatt“, „Das Krankenhaus“ oder „Zahnärztliche Mitteilungen“ veröffentlicht. ² Maßgeblich ist die im Bundesanzeiger veröffentlichte Fassung.
- (3) ¹ Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Richtlinien und sonstigen nach außen wirkenden Entscheidungen werden vor der Bekanntgabe nach Absatz 2 nebst den tragenden Gründen unter ausdrücklichem Hinweis auf die wegen des Beanstandungsrechts des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 94 SGB V noch nicht bestehende Rechtskraft in das Internet eingestellt, es sei denn, das Plenum beschließt im Einzelfall etwas anderes. ² Die zusammenfassende Dokumentation wird nach Nichtbeanstandung der Entscheidung auch als Information der Stellungnahmeberechtigten nach dem 3. Abschnitt als Abschlussbericht in das Internet eingestellt.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen.

3. Abschnitt Gesetzlich vorgesehene Stellungsnahmeverfahren

§ 8 Regelungsbereich

- (1) Dieser Abschnitt regelt Voraussetzungen und Verfahren der Einbeziehung von gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.
- (2) ¹ Das Plenum kann im Einzelfall beschließen, dass
 - a) neben den Stellungnahmeberechtigten nach § 9 weitere Organisationen oder Personen zur Stellungnahme aufzufordern sind, oder
 - b) zu Entscheidungen, bei denen kein gesetzlich eingeräumtes Stellungnahmerecht besteht, ebenfalls Stellungnahmen einzuholen sind.

² Soweit nichts anderes bestimmt wird, gilt der 3. Abschnitt für diese Stellungnahmen entsprechend.

§ 9 Ermittlung der stellungnahmeberechtigten Organisationen und Sachverständigen

- (1) Soweit der Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen gesetzlich nicht eindeutig festgelegt ist, sind die für die Stellungnahmeberechtigung maßgeblichen gesetzlichen Voraussetzungen im Bundesanzeiger und im Internet mit der Maßgabe bekannt zu geben, dass betroffene Organisationen innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Meldung haben.
- (2) Das Merkmal „maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene“ ist durch Vorlage der Satzung oder Statuten und – soweit es sich nicht um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt – durch Angabe der Mitgliederzahl glaubhaft zu machen.
- (3) ¹ Das Plenum entscheidet aufgrund der eingehenden Meldungen über den Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen, gibt diesen im Bundesanzeiger und im Internet bekannt und teilt den betreffenden Organisationen seine Entscheidung mit. ² Nachmeldungen sind möglich. ³ Nach Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss hat eine anerkannte Organisation glaubhaft zu machen, dass die Voraussetzungen nach Absatz 2 weiterhin erfüllt sind.
- (4) Bei Wegfall der Voraussetzungen wird das Stellungnahmerecht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aberkannt, soweit nicht die betreffende Organisation selbst auf das Stellungnahmerecht verzichtet.

- (5) ¹ Soweit Sachverständige zur Stellungnahme berechtigt sind, benennt das Plenum einzelne Sachverständige oder es bestimmt Organisationen, die Vorschläge zur Benennung der vom Gesetz vorgesehenen Sachverständigen unterbreiten sollen.

§ 10 Verfahren für die Abgabe der Stellungnahmen

- (1) ¹ Das Stellungnahmeverfahren wird durch einvernehmlichen Beschluss des zuständigen Unterausschusses eingeleitet, wenn er seine Beratungen für weitestgehend abgeschlossen hält. ² Im Streitfall, oder wenn die im Unterausschuss vertretenen Patientenvertreter dies gemeinsam und einheitlich beantragen, ist über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens im Plenum zu entscheiden. ³ Die Stellungnahmefrist soll nicht kürzer als vier Wochen sein.
- (2) ¹ Zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens ist ein Beschlussentwurf den gemäß §§ 9 und 11 stellungnahmeberechtigten Organisationen und Sachverständigen zur Stellungnahme mit Angabe der beschlossenen Stellungnahmefrist zuzuleiten. ² Dem Beschlussentwurf soll eine zusammenfassende Dokumentation (§ 5 Abs. 4) beigelegt werden. ³ Soweit der Beschlussentwurf unterschiedliche Beschlussvorschläge enthält, sind sie entsprechend zu begründen. ⁴ Im Anschreiben sind die Stellungnahmeberechtigten auf ihre Pflicht zur vertraulichen Behandlung der Unterlagen und auf die Möglichkeit der Veröffentlichung ihrer Stellungnahme als Anlage des Abschlussberichts hinzuweisen.
- (3) ¹ Die fristgerecht eingehenden Stellungnahmen werden durch den Unterausschuss oder gegebenenfalls das Plenum ausgewertet. ² Hierüber ist eine Niederschrift zu fertigen, aus der
- a) die in die Erörterung einbezogenen Stellungnahmen,
 - b) die Ergebnisse der Ausschussberatung zu den einzelnen Stellungnahmen und
 - c) die wesentlichen Gründe für die Nichtberücksichtigung von Einwänden oder Änderungswünschen zu dem Entwurf
- hervorgehen müssen.
- (4) ¹ Zur Klärung weiterer Fragen können ergänzende schriftliche Stellungnahmen eingeholt werden. ² Zur Abgabe der Stellungnahme soll eine angemessene Frist gesetzt werden. ³ Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 11 Stellungnahmerecht nach § 91 Abs. 5 SGB V

- (1) ¹ Den Arbeitsgemeinschaften der Kammern für Heilberufe sollen neue Beratungsthemen zur grundsätzlichen Änderung oder zur Entwicklung neuer Richtlinien bzw. Empfehlungen, deren Gegenstand die Berufsausübung der in ihr orga-

nisierten Leistungserbringer berührt, bekannt gegeben werden. ² Die Berufsausübung ist insbesondere dann berührt, wenn Fragen des jeweiligen Berufsrechts und Weiterbildungsrechts tangiert werden. ³ Der jeweilige Unterausschuss kann zur Vorbereitung von Richtlinien oder Empfehlungen die Arbeitsgemeinschaften auffordern, ihm Vorschläge für geeignete für das betreffende Thema wissenschaftlich ausgewiesene Sachverständige zu unterbreiten.

- (2) ¹ Vor einer Beschlussfassung zu Beratungsthemen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Zahnärztinnen und Zahnärzte berührt, ist deren Arbeitsgemeinschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ² Das Verfahren richtet sich in der Regel nach § 10.
- (3) § 137 Abs. 3 SGB V bleibt unberührt.

§ 12 Mündliche Stellungnahme

- (1) Der Unterausschuss oder das Plenum kann an Stelle oder zur Ergänzung der schriftlichen Stellungnahmen eine mündliche Stellungnahme der Stellungnahmeberechtigten nach § 9 beschließen.
- (2) Termin und Ort der mündlichen Stellungnahme sind den Stellungnahmeberechtigten spätestens 14 Tage vor der Anhörung mitzuteilen.
- (3) Für jede eingeladene Organisation können bis zu drei Vertreter teilnehmen, soweit nichts Abweichendes bestimmt wurde.
- (4) ¹ Über die mündliche Stellungnahme und ihre Beratung ist eine Niederschrift zu fertigen, aus der insbesondere
- a) die Teilnehmer und ihre jeweilige Funktion,
 - b) die im Namen der angehörten Organisationen vorgetragenen wesentlichen Einwände und Änderungsvorschläge sowie
 - c) die Stellungnahmen von Sachverständigen in ihren Grundzügen
- hervorgehen müssen. ² § 10 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 13 Einbeziehung der Stellungnahmen in die Entscheidung des Plenums

Der Unterausschuss erstellt eine Beschlussvorlage für das Plenum, der die Niederschriften nach § 10 Abs. 3 und gegebenenfalls § 12 Abs. 4 beizufügen sind und aus der hervorgehen muss,

- a) welche Änderungen der Beschlussvorlage der Unterausschuss aufgrund der eingegangenen Stellungnahmen empfiehlt und
- b) mit welcher Begründung er geforderte Änderungen nicht befürwortet.

§ 14 Erneutes Stellungnahmeverfahren

- (1) ¹ Ein erneutes Stellungnahmeverfahren ist durchzuführen, wenn sich die Tatsachengrundlage oder der Beschlussinhalt gegenüber dem zur Stellungnahme gestellten Entwurf wesentlich verändert haben und die Stellungnahmeberechtigten von den Änderungen unmittelbar betroffen sind. ² Änderungen, die von Stellungnahmeberechtigten vorgeschlagen wurden, lösen kein erneutes Stellungnahme-recht aus.
- (2) Das erneute Stellungnahmeverfahren ist auf Grundlage der §§ 10 bis 13 durchzuführen.

4. Abschnitt Zusammenarbeit mit dem IQWiG und weiteren fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituten

§ 15 Grundsätze der Beauftragung

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann zur Vorbereitung seiner Entscheidungen Aufträge an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach Maßgabe der §§ 16 bis 21 oder an weitere fachlich unabhängige wissenschaftliche Institutionen nach Maßgabe von § 22 vergeben.
- (2) ¹ Aufträge an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sollen bei Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen auf den in § 139a Abs. 3 SGB V genannten Gebieten ergehen. ² Eine solche grundsätzliche Bedeutung liegt in der Regel in Fragen mit sektorenübergreifender Versorgungsrelevanz.

§ 16 Grundsätze der Zusammenarbeit mit dem IQWiG

- (1) Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeitet nach § 139b SGB V Empfehlungen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen sind.
- (2) ¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen arbeiten voneinander fachlich und personell unabhängig. ² Der Inhalt der Empfehlungen liegt in der alleinigen Verantwortung des Instituts. ³ Änderungen der methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche, sektorenübergreifende Bewertung von Maßnahmen oder der Anforderungen an die fachliche Unabhängigkeit von Sachverständigen sind in enger Abstimmung mit der Institutsleitung zu definieren.

- (3) ¹ Wird das Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, erfolgt die Zusammenarbeit auf der Grundlage dieser Verfahrensordnung und nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss formulierten Aufträge. ² Die Erstellung und Berücksichtigung der vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 139b Abs. 2 SGB V in Auftrag gegebenen Empfehlungen bleiben von den nachfolgenden Bestimmungen dieses Abschnitts unberührt.

§ 17 Stellung des Antrags nach § 139b SGB V

- (1) ¹ Das Recht, beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Antrag auf Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu stellen, richtet sich nach § 139b Abs. 1 Satz 2 SGB V. ² Das Recht des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Institut nach § 139b Abs. 1 Satz 1 SGB V zu beauftragen, bleibt unberührt; § 18 Abs. 2 Sätze 1, 3 und 4 sowie Abs. 3 und §§ 19 bis 21 gelten für diese Auftragsverfahren entsprechend.
- (2) ¹ Der Antrag ist schriftlich bei der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses einzureichen. ² Er muss
- a) den Auftragsgegenstand hinreichend genau bestimmen,
 - b) den Aufgabenbereich nach § 139a Abs. 3 SGB V benennen, in den der Auftrag fallen würde, und
 - c) eine Begründung enthalten.
- ³ Die Begründung soll Ausführungen zur Zulässigkeit, Bedeutung und Dringlichkeit des Auftrages enthalten.
- (3) Der Antrag wird – nach formaler Prüfung durch die Geschäftsstelle – vom zuständigen Unterausschuss beraten und dem Plenum zur Beschlussfassung nach § 18 zugeleitet.

§ 18 Prüfung und Priorisierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

- (1) ¹ Ein Antrag soll abgelehnt werden, wenn er die formalen Anforderungen nach § 17 Abs. 2 nicht erfüllt oder ein ihm entsprechender Auftrag offenkundig für die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht relevant wäre. ² Letzteres ist insbesondere dann der Fall,
- a) wenn noch kein Antrag nach § 135 Abs. 1 oder § 137c SGB V vorliegt und der Gemeinsame Bundesausschuss ohne einen solchen Antrag die Ergebnisse der Empfehlung nicht umsetzen kann,
 - b) wenn der aktuelle medizinische Wissensstand zu einem diagnostischen oder therapeutischen Verfahren bereits durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgestellt ist oder

- c) wenn die beantragte Auftragsleistung von anderer Stelle im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses erbracht wird oder in naher Zukunft erbracht werden soll.
- (2) ¹ Die von den Unterausschüssen empfohlenen Aufträge (Auftragsempfehlungen) sind dem Plenum mit den Angaben nach § 19, den Antragsunterlagen und einer Einschätzung zur Bedeutung und Dringlichkeit des Auftrags zuzuleiten. ² Die Dauer der Antragsprüfung soll 3 Monate nach seinem Eingang nicht überschreiten. ³ Das Plenum priorisiert die Aufträge. ⁴ Dabei sind die unterschiedlichen Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses angemessen zu berücksichtigen.
- (3) ¹ Ein Auftrag wird durch Beschluss des Plenums erteilt und vom Vorsitzenden ausgefertigt. ² In Abstimmung mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann das Plenum Aufträge ruhen lassen, ändern oder zurücknehmen.

§ 19 Zulässigkeit und Inhalt des Auftrags

- (1) Der Auftrag muss sich im Rahmen der Aufgaben nach § 139a Abs. 3 SGB V halten.
- (2) ¹ Der Auftrag soll detailliert Gegenstand und Umfang sowie die Termine benennen, bis zu denen Auftragsleistungen abzugeben sind. ² Außerdem kann der Auftrag Unterlagen angeben, die neben den vom Institut recherchierten Beurteilungsgrundlagen zu berücksichtigen sind. ³ Die Formulierung des Auftrages und die Festlegung der Termine zur Abgabe der Auftragsleistung erfolgen im Benehmen mit dem Institut.

§ 20 Auftragspflichten

Mit dem Auftrag ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu verpflichten,

- a) die Verfahrensordnung zu beachten,
- b) in regelmäßigen Abständen über den Stand der Bearbeitung zu berichten,
- c) den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses für Rückfragen und Erläuterungen auch während der Bearbeitung des Auftrages zur Verfügung zu stehen und
- d) die durch die Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmte Vertraulichkeit der Beratungen und Beratungsunterlagen zu beachten.

§ 21 Weitervergabe des Auftrags

¹ Soweit das Institut den Auftrag nicht selbst bearbeitet, sondern weiter vergibt, hat es dafür Sorge zu tragen, dass der Subauftragnehmer die Auftragspflichten vollständig und zeitgerecht erfüllt. ² Vor Weitergabe ist der Gemeinsame Bundesausschuss zu informieren. ³ Informationen, die das Institut nach § 139b Abs. 3 Satz 2 SGB V erhält, gibt es an den Gemeinsamen Bundesausschuss weiter. ⁴ Diese sind auf Wunsch des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vertraulich zu behandeln.

§ 22 Beauftragung und Zusammenarbeit mit weiteren fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Institutionen

Für die Beauftragung von und die Zusammenarbeit mit weiteren fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Institutionen gelten § 16 Abs. 3 Satz 1, § 18 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1, § 19 Abs. 2 und § 20 entsprechend.

5. Abschnitt Offenlegungspflichten

§ 23 Verpflichtete

- (1) ¹ Sachverständige, die den Gemeinsamen Bundesausschuss oder seine Untergliederungen mündlich oder schriftlich beraten sollen, haben nach Maßgabe dieses Abschnitts Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit bei dem jeweiligen Beratungsgegenstand potenziell beeinflussen. ² Entsprechendes gilt für die Beratung in Unter- und Arbeitsausschüssen sowie Arbeitsgruppen für benannte Mitglieder und deren Stellvertretung, Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter, eine Vertreterin und einen Vertreter der nach § 137 Abs. 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle mit der Maßgabe, dass sich die Verpflichtung zur Offenlegung auf Tatsachen beschränkt, die ihre Unabhängigkeit bei dem jeweiligen Beratungsgegenstand potenziell beeinflussen.
- (2) ¹ Hält sich eine Unparteiische oder ein Unparteiischer für befangen, so hat sie oder er dies dem Gremium mitzuteilen. ² Das Gremium entscheidet über den Ausschluss. ³ Der oder die Betroffene darf an dieser Entscheidung nicht mitwirken. ⁴ Die oder der Ausgeschlossene darf bei der weiteren Beratung und der Beschlussfassung nicht zugegen sein.

§ 24 Offenlegung

- (1) Inhalt und Umfang der Offenlegungspflicht bestimmen sich nach Anlage 1 (Selbsterklärungsformular).

- (2) ¹Die Angaben der Verpflichteten nach § 23 Abs. 1 sind mit Beginn der Beratungen gegenüber dem Gremium vorzulegen, in dem die Verpflichteten anwesend sind. ²Das Gremium sucht bei unklaren oder unstimmmigen Angaben um ergänzende Ausführungen nach.
- (3) ¹Alle nach diesem Abschnitt offen gelegten Daten sind streng vertraulich zu behandeln. ²In die Sitzungsniederschrift ist nur anzugeben, dass eine Offenlegungserklärung abgegeben wurde.

Anlage I zum 1. Kapitel: Selbsterklärungsformular

Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten gemäß 5. Abschnitt im 1. Kapitel der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses

von: _____
Name, Vorname

Die Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten erfolgt individuell und selbstverantwortlich. Grundlage ist die Überzeugung, dass ein im Einzelfall gegebenenfalls vorliegender Interessenkonflikt eines Mitwirkenden zwar nicht für das Ergebnis einer Beratung des Bundesausschusses entscheidend sein muss, aber das Verschweigen eines solchen Interessenkonfliktes dennoch die Glaubwürdigkeit und Rechtssicherheit des Verfahrens beschädigen kann.

Bei dieser Erklärung geht es explizit nicht um die kollektiven Interessen der Trägerverbände nach § 91 Abs. 1 S. 1 SGB V und der nach Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Patientenorganisationen, die durch im Bundesausschuss beteiligte Vertreter der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Patienten und weiterer Gruppen für ihre Seiten im Sinne der gesetzlichen Aufgabenstellung der Gremien eingebracht werden sollen.

Vielmehr geht es um private oder persönliche Interessen der Beteiligten, welche die unparteiische und objektive Mitwirkung beeinträchtigen oder potentiell beeinträchtigen können. Private oder persönliche Interessen umfassen jeden möglichen Vorteil für den Erklärenden selbst, seine Familie/Lebenspartner, sonstige Verwandte oder andere nahestehende Personen; ein Interessenkonflikt kann deshalb auch dann vorliegen, wenn eine Institution oder Person, in deren finanzieller Abhängigkeit der Erklärende oder eine andere ihm nahestehende Person stehen, durch eine aus der Beratung möglicherweise resultierende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses bevorteilt wären.

Unter Berücksichtigung dieser Erläuterungen geben Sie bitte konkret an, ob eines oder mehrere der folgenden Charakteristika für Sie oder o. g., Personen oder Institutionen zutreffen:

Die Erklärung bezieht sich auf das folgende Gremium¹:

.....

1. Erfinder, Entwickler, Vertreter, Patentinhaber oder Inhaber anderer Rechte im Zusammenhang mit dem im Gremium konkret zu beratenden medizinischen Verfahren (diagnostische oder therapeutische Methode, Produkt, Arzneimittel, o. ä.), eines Teils davon oder eines unmittelbaren Konkurrenz-Verfahrens?

Nein / Ja

2. Beschäftigung, Mitarbeit, Berater- oder Gutachter-tätigkeit für den Hersteller des Verfahrens, für eine entsprechende Vertreterorganisation, für Anwender des Verfahrens oder eines unmittelbaren Konkurrenz-Verfahrens?

Nein / Ja

3. Finanzielle Erlöse für die Durchführung von Studien, Vortragstätigkeiten oder Publikationen zu dem zu beratenden Verfahren oder einem unmittelbaren Konkurrenz-Verfahren?

Nein / Ja

4. Besitz von Geschäftsanteilen, oder vergleichbaren Beteiligungen an Herstellern, Vertreibern oder Anwendern des zu beratenden Verfahrens oder eines unmittelbaren Konkurrenz-Verfahrens?

Nein / Ja

5. Finanzielle Erlöse durch eigene Anwendung des zu beratenden Verfahrens oder eines unmittelbaren Konkurrenz-Verfahrens?

Nein / Ja

6. Andere Interessen, die die Unbefangenheit in Bezug auf das zu beratende medizinische Verfahren in Frage stellen können?

Nein / Ja

Soweit Sie mindestens eine der vorstehenden Fragen mit ja beantwortet haben, geben Sie bitte an, ob Sie nach eigener Einschätzung dem möglichen Ergebnis eines im Gremium aktuell beratenen Themas nicht unbefangen gegenüberstehen und benennen Sie dies ggf.

Nein / Ja

Beratungsthema: _____

¹ für jedes Gremium ist eine gesonderte Erklärung abzugeben.

Anlage I zum 1. Kapitel

Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass ich vollständig alle mir derzeit bekannten Umstände aufgeführt habe, die gegebenenfalls zu einem persönlichen Interessenkonflikt bei der themenbezogenen Mitwirkung beim Bundesausschuss führen können. Ich erkläre weiterhin, dass ich jede Veränderung dieser Umstände unverzüglich durch eine ergänzende Erklärung aktualisieren und die Erklärungen anderer Sitzungsteilnehmer absolut vertraulich behandeln werde.

Name/Anschrift

Datum

Unterschrift

Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Angaben den Teilnehmern des o.a. Gremiums zur Einsicht gegeben werden und im Anschluss für einen Zeitraum von fünf Jahren nach meinem Ausscheiden aus der Arbeit für den Gemeinsamen Bundesausschuss vor der Einsicht unberechtigter Dritter geschützt aufbewahrt wird. Hiermit bin ich einverstanden.

Name/Anschrift

Datum

Unterschrift

Vorbehaltlich der Genehmigung durch das BMG

2. Kapitel: Bewertung medizinischer Methoden

1. Abschnitt Allgemeine Bestimmungen zum Bewertungsverfahren

§ 1 Geltungsbereich

(1) ¹ Dieser Abschnitt regelt die Bewertungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses

- a) für Richtlinien nach § 137c SGB V und
- b) für Richtlinien nach § 92 SGB V, soweit zu deren Erstellung
 - neue Methoden nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V,
 - bereits erbrachte Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder
 - Heilmittel nach § 138 SGB V

zu bewerten sind. ² Eine Bewertung in diesem Sinne findet insbesondere statt bei Erlass der Richtlinien nach den folgenden Nummern des § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V:

Nr. 1

und 5 (ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich der Behandlungsformen nach Abschnitt B der Psychotherapie-Richtlinien),

Nr. 2 (zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung und der Einführung zahnärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

Nr. 3 (Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten),

Nr. 4 (ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft),

Nr. 6 (Verordnung von Heilmitteln),

Nr. 10 (medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft) und

Nr. 11 (medizinische Maßnahmen zur Empfängnisverhütung, zum Schwangerschaftsabbruch und zur Sterilisation).

(2) Die Bewertung von neuen Methoden und bereits erbrachten Leistungen sowie die erneute Bewertung einer abgelehnten oder anerkannten Methode erfolgt nach denselben Grundsätzen (Antrag, Unterlagen, Priorisierung, Beratung, Veröffentlichung).

(3) Der 3. Abschnitt des 1. Kapitels bleibt unberührt.

§ 2 Neue Methode

- (1) Als "neue" Untersuchungs- und Behandlungsmethode für Zwecke des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V können nur Leistungen gelten,
 - a) die nicht als abrechnungsfähige ärztliche oder zahnärztliche Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder Bewertungsmaßstab (Bema) enthalten sind oder
 - b) die als Leistungen im EBM oder im Bema enthalten sind, deren Indikation oder deren Art der Erbringung, bei zahnärztlichen Leistungen einschließlich des zahntechnischen Herstellungsverfahrens, aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren haben.
- (2) Bestehen Zweifel, ob es sich um eine "neue" Methode im Sinne der vorangehenden Definition handelt, so ist eine Stellungnahme des Bewertungsausschusses gemäß § 87 SGB V einzuholen.
- (3) Als „neue“ Heilmittel nach § 138 SGB V können nur Maßnahmen gelten,
 - a) die nach der Heilmittel-Richtlinie nicht verordnungsfähig sind oder
 - b) die für bestimmte Indikationen bereits nach der Heilmittel-Richtlinie verordnet werden können, deren Indikationsbereiche oder die Art ihrer Erbringung aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren haben.

§ 3 Gesetzliche Grundlagen

- (1) Rechtsgrundlagen für die Bewertung medizinischer Methoden sind für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung die §§ 135 Abs. 1 und 138 SGB V sowie für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung § 137c SGB V.
- (2) Maßgeblich für das Bewertungsverfahren sind darüber hinaus insbesondere §§ 2 Abs. 1, 2a, 12 Abs. 1 und 70 Abs. 1 SGB V, nach denen die Versorgung der Versicherten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss, auch in ihrer Qualität dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem medizinischen Fortschritt sowie den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen hat.

2. Abschnitt Einleitung des Bewertungsverfahrens

§ 4 Voraussetzungen für die Bewertung

- (1) Die Bewertung von medizinischen Methoden hinsichtlich der Erfüllung der im SGB V gesetzlich vorgegebenen Kriterien erfolgt auf Antrag eines Antragsberechtigten nach Absatz 2.

- (2) Antragsberechtigte sind:
- a) für Bewertungen von Methoden und Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 Abs. 1 SGB V:
 - die unparteiischen Mitglieder nach § 91 Abs. 2 Satz 1 SGB V
 - die Kassenärztliche Bundesvereinigung und
 - die Kassenärztlichen Vereinigungen,
 - b) für Bewertungen von Methoden und Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 135 Abs. 1 SGB V:
 - die unparteiischen Mitglieder nach § 91 Abs. 2 Satz 1 SGB V
 - die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und
 - die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen,
 - c) für Bewertungen von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus nach § 137c Abs. 1 SGB V:
 - die Deutsche Krankenhausgesellschaft und
 - die Bundesverbände der Krankenhausträger,
 - d) für alle Bewertungen nach a - c):
 - der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und
 - die nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen.
- (3) ¹ Der Antrag ist schriftlich bei der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses einzureichen. ² Er muss
- die zu prüfende Methode in ihrer Art, die zu prüfenden Indikationen und indikationsbezogenen Zielsetzungen beschreiben,
 - die Rechtsgrundlagen der beantragten Entscheidung angeben und soll
 - eine substantiierte Begründung enthalten.
- (4) ¹ In der Begründung sind indikationsbezogenen Angaben zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit der zu beratenden Methode jeweils auch im Vergleich zu bereits erbrachten Methoden zu machen und mit Unterlagen gemäß § 10 zu belegen. ² Angaben über die spezielle Zielpopulation, zu Versorgungsaspekten von Alter, biologischem und sozialem Geschlecht sowie lebenslagenspezifischen Besonderheiten und die erforderlichen organisatorischen Rahmenbedingungen der zu überprüfenden Methode können erforderlich sein. ³ In der Begründung sind außerdem Angaben zur Relevanz und

Dringlichkeit der beantragten Prüfung zu machen, auf die eine Priorisierung gemäß § 5 gestützt werden kann.

- (5) ¹ Das Plenum hat den Antrag anzunehmen, soweit
- die Antragstellerin oder der Antragsteller für die beantragte Prüfung antragsberechtigt ist,
 - der Antrag die Voraussetzungen der Absätze 3 und 4 erfüllt und
 - aussagefähige Beurteilungsunterlagen gemäß § 10 vorliegen.

² Vor einer Ablehnung soll der zuständige Unterausschuss die Antragstellerin oder den Antragsteller zur Ergänzung oder Präzisierung seines Antrags innerhalb einer angemessenen Frist auffordern.

§ 5 Priorisierung

¹ Die Reihenfolge, in der die nach § 4 zur Beratung anstehenden Methoden zu beraten sind, legt der zuständige Unterausschuss unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz der Methode bei der Früherkennung, Diagnostik oder Behandlung bestimmter Erkrankungen, den mit der Anwendung verbundenen Risiken und der Wirtschaftlichkeit fest; dem Plenum ist die aus der Festlegung entstehende Bearbeitungsliste vorzulegen. ² Soweit erforderlich können auch die zu beratenden Indikationen gemäß Satz 1 sortiert oder in begründeten Ausnahmefällen erweitert, beschränkt oder zusammengefasst werden.

§ 6 Ankündigung der Bewertung

(1) ¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss veröffentlicht im Bundesanzeiger und im Internet, sowie je nach Thematik und Möglichkeit in den Zeitschriften „Deutsches Ärzteblatt“, „Das Krankenhaus“ oder „Zahnärztliche Mitteilungen“ diejenigen Methoden oder Leistungen, die zur Bewertung anstehen. ² Maßgeblich ist die im Bundesanzeiger veröffentlichte Fassung.

(2) ¹ Mit der Veröffentlichung wird insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesellschaften, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen, sowie Spitzenorganisationen der Hersteller von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. ² Die nach § 9 1. Kapitel anerkannten und die nach § 91 Abs. 5 SGB V zu beteiligenden Organisationen werden über die Veröffentlichung und ihr Recht zur Stellungnahme schriftlich unterrichtet.

- (3) ¹ Die Stellungnahmen sind auf der Grundlage eines vom jeweiligen Unterausschuss entwickelten Fragebogens abzugeben und sollen durch Unterlagen nach § 10 begründet werden. ² Zur Abgabe der Stellungnahmen einschließlich der Belegunterlagen ist durch den Unterausschuss eine angemessene Frist zu setzen, die einen Monat nicht unterschreiten soll.

3. Abschnitt Bewertungsverfahren

§ 7 Grundzüge des Verfahrens

- (1) Das Bewertungsverfahren untergliedert sich in
- a) die sektorenübergreifende und damit einheitliche Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit sowie
 - b) die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext.
- (2) Für die Durchführung der einheitlichen und sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit sowie die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext ist für jede Methode, die nach formaler Prüfung und Priorisierung des Antrages zur Beratung ansteht, eine themenbezogene Arbeitsgruppe (§ 8) zu beauftragen.
- (3) Der Unterausschuss berät auf Basis der Berichte zu Absatz 1 Buchst. a) und b) sowie der Entscheidungsgrundlagen nach §§ 12 und 13 und legt dem Plenum das Ergebnis seiner Bewertung sowie einen Beschlussentwurf zur Entscheidung nach § 14 vor.
- (4) Für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Methode kann das Plenum den Auftragnehmer der vorangegangenen Nutzenprüfung zu spezifischen Fragen um Auskunft bitten oder weitere Aufträge veranlassen.

§ 8 Themenbezogene Arbeitsgruppe

- (1) Die nach § 7 Abs. 2 für die Bewertung einer Methode zuständige themenbezogene Arbeitsgruppe hat
- a) aufgrund eigener Recherchen den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit zu überprüfen und über das Ergebnis einen Bericht zu erstellen sowie diesen dem Unterausschuss vorzulegen oder,
 - b) soweit ein Auftrag insbesondere nach § 15 Abs. 2 des 1. Kapitels erforderlich erscheint oder erteilt wurde,
 - ggf. eine Empfehlung abzugeben, welchen Inhalt der Auftrag zur Überprüfung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit hat und wer ihn durchführen soll,

- die Überprüfung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit sachverständig zu begleiten sowie
- die Überprüfung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit als auftragsgemäß abzunehmen und bei Bedarf zu kommentieren sowie einen Bericht zu erstellen und diesen dem Unterausschuss vorzulegen.
- c) aufgrund ergänzender Recherchen die sektorspezifische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und über das Ergebnis einen Bericht zu erstellen,
- d) einen umfassenden Abwägungsprozess auf Basis der insgesamt gewonnenen Erkenntnisse vorzubereiten und über die Ergebnisse einen Bericht zu erstellen und

dem Unterausschuss oder Arbeitsausschuss einen abschließenden Beschlussvorschlag zu unterbreiten.

- (2) ¹ Aufträge für ein Gutachten zur Überprüfung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit können entweder an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder an eine andere fachlich unabhängige wissenschaftliche Institution gehen. ² Näheres regelt der 4. Abschnitt des 1. Kapitels. ³ Die einheitliche Anwendung der in der Verfahrensordnung geregelten methodischen Anforderungen ist durch die Besetzung der themenbezogenen Arbeitsgruppe oder durch die Geschäftsführung zu gewährleisten.

§ 9 Verfahren der Bewertung

- (1) Das Bewertungsverfahren dient der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der zu bewertenden Methode.
- (2) ¹ Der Bewertung sind die mit dem Antrag gemäß § 4 vorgelegten Unterlagen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss recherchierten Dokumente und die Stellungnahmen nach § 6 zugrunde zu legen. ² Soweit die Stellungnahmen eine in Auftrag gegebene Fragestellung betreffen, sind sie der Auftragnehmerin oder dem Auftragnehmer zuzuleiten.
- (3) ¹ Die Unterlagen zur jeweiligen Methode werden den jeweils zugehörigen Evidenzstufen gemäß § 11 Abs. 1 bis 4 zugeordnet. ² Sie werden hinsichtlich ihrer Durchführungsqualität gemäß § 11 Abs. 5 bis 7 bewertet; es wird die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Versorgungssituation geprüft und das Ergebnis in den Bewertungsprozess des Ausschusses einbezogen.

§ 10 Unterlagen zur Bewertung der medizinischen Methoden

- (1) Leistungen der Früherkennung gemäß §§ 25 und 26 SGB V werden wie folgt überprüft:
1. Die Überprüfung des Kriteriums in § 25 Abs. 3 Nr. 1 SGB V, ob es sich um eine Krankheit handelt, die wirksam behandelt werden kann, erfolgt insbesondere auf der Basis von
 - a) Unterlagen zu klinischen Wirksamkeitsstudien mit geeigneten Outcome-Parametern (efficacy) und
 - b) Studien unter Alltagsbedingungen (effectiveness), die die Wirksamkeit und die damit verbundenen Risiken therapeutischer Interventionen belegen, vorzugsweise im Zusammenhang mit der Durchführung der Screening-Untersuchungen.
 2. Die Überprüfung des Kriteriums in § 25 Abs. 3 Nr. 2 SGB V, ob Vor- oder Frühstadien dieser Krankheit durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sind, erfolgt insbesondere auf der Basis von
 - a) Studien zum natürlichen Verlauf der Erkrankung und zum Verlauf mit Intervention,
 - b) Diagnosestudien, die die Aussagekraft der diagnostischen Maßnahmen in einem Früherkennungs-Setting nachweisen und Rückschlüsse auf den Nutzen bei ihrer Anwendung zulassen, und
 - c) Unterlagen dazu, ob die in Studien gezeigte Aussagekraft und Qualität auch bei flächendeckendem Einsatz gewährleistet werden kann.
 3. Die Überprüfung des Kriteriums in § 25 Abs. 3 Nr. 3 SGB V, ob die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind, erfolgt insbesondere auf der Basis von
 - a) Unterlagen zur Dokumentation einer hinreichenden Trennschärfe von Befundkategorien und
 - b) Studien zur technischen Güte des Diagnoseverfahrens.
 4. Die Überprüfung des Kriteriums in § 25 Abs. 3 Nr. 4 SGB V, ob genügend Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln, erfolgt insbesondere auf der Basis von Unterlagen zur
 - a) Häufigkeit der abzuklärenden Fälle,
 - b) Häufigkeit der zu behandelnden Fälle,

- c) Zahl und Qualifikation der Leistungserbringer (insbesondere Register, wie z. B. Bundesarztregister, Krankenhausadressbuch, Landeskrankenhauspläne der Länder, Register anderer, spezifischer Leistungserbringer),
 - d) notwendigen Organisation der gesamten Screeningkette, einschließlich der Behandlung, und
 - e) Struktur der Behandlung.
5. Die Einschätzung der Wirtschaftlichkeit i. S. d. § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V einer Maßnahme erfolgt möglichst auf der Basis von Unterlagen zu
- a) Kosten pro entdecktem Fall,
 - b) Kosten pro Verhinderung einer Erkrankung, einer Behinderung und eines Todes,
 - c) Kosten und Einsparung der aus der Früherkennung resultierenden Therapie,
 - d) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten,
 - e) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekosten-Abschätzung und
 - f) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Maßnahmen.
- (2) Diagnostische und therapeutische Leistungen werden wie folgt überprüft:
1. Die Überprüfung des Nutzens einer Methode erfolgt insbesondere auf der Basis von Unterlagen
 - a) zum Nachweis der Wirksamkeit bei den beanspruchten Indikationen,
 - b) zum Nachweis der therapeutischen Konsequenz einer diagnostischen Methode,
 - c) zur Abwägung des Nutzens gegen die Risiken,
 - d) zur Bewertung der erwünschten und unerwünschten Folgen (outcomes) und
 - e) zum Nutzen im Vergleich zu anderen Methoden gleicher Zielsetzung.
 2. Die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einer Methode erfolgt insbesondere auf der Basis von Unterlagen
 - a) zur Relevanz der medizinischen Problematik,
 - b) zum Spontanverlauf der Erkrankung und
 - c) zu diagnostischen oder therapeutischen Alternativen.

3. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einer Methode erfolgt insbesondere auf der Basis von Unterlagen zur
 - a) Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten,
 - b) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten,
 - c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekosten-Abschätzung, und
 - d) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden.

§ 11 Klassifizierung und Bewertung von Unterlagen

- (1) Die Auswertung der Unterlagen besteht aus einer Evidenzklassifizierung nach den Absätzen 2 bis 4 und einer Qualitätsbewertung nach den Absätzen 5 bis 7.
- (2) Bei der Klassifizierung der Unterlagen zu diagnostischen Methoden gelten folgende Evidenzstufen:
 - I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b
 - I b Randomisierte kontrollierte Studien
 - I c Andere Interventionsstudien
 - II a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien zur diagnostischen Testgenauigkeit der Evidenzstufe II b
 - II b Querschnitts- und Kohortenstudien, aus denen sich alle diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Wahrscheinlichkeitsverhältnisse, positiver und negativer prädiktiver Wert) berechnen lassen
 - III Andere Studien, aus denen sich die diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Wahrscheinlichkeitsverhältnisse) berechnen lassen
 - IV Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, u. ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen
- (3) Bei der Klassifizierung der Unterlagen zu therapeutischen Methoden gelten folgende Evidenzstufen:
 - I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b
 - I b Randomisierte klinische Studien

- II a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b
 - II b Prospektive vergleichende Kohortenstudien
 - III Retrospektive vergleichende Studien
 - IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien
 - V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, u. ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen
- (4) Bei der Klassifizierung der Unterlagen zu Methoden der Früherkennung gelten dieselben Evidenzstufen wie für diagnostische Methoden (Abs. 2) mit besonderer Berücksichtigung der für das Screening relevanten Anforderungen an Screeningtests, Referenztests und Interventionen.
- (5) Entscheidend für die Qualitätsbewertung der Unterlagen sind die Studienqualität und die Übertragbarkeit auf die Versorgungsrealität.
- (6) ¹ Der Unterausschuss prüft die Aussagekraft der vorgelegten Unterlagen. ² Im Einklang mit allgemein anerkannten Empfehlungen bewertet er die Planungs-, Durchführungs- und Auswertungsqualität der Unterlagen, die Konsistenz der Ergebnisse und die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den Versorgungskontext.
- a) ³Für Interventionsstudien sind dies Kriterien wie prospektive oder retrospektive Patientenrekrutierung, Randomisierung, verblindete Gruppenzuordnung, verblindete Endpunkterhebung und Vollständigkeit der Nachbeobachtung mit angemessenem Nachbeobachtungszeitraum;
 - b) für Studien zur diagnostischen Genauigkeit sind dies Kriterien wie die konsekutive Patientenrekrutierung, unabhängiger Referenzstandard (Goldstandard), verblindete Testbewertung und vollständiger Patienten-Work-up;
 - c) bei Screening-Untersuchungen sind dies zusätzliche Anforderungen wie z. B. die Feststellung der Testeigenschaften in einer Screeningumgebung sowie Erfassung der gesamten Screeningkette.
- (7) Bei der Bewertung sollen insbesondere auch die Verwendung patientenrelevanter Zielgrößen (wie z. B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität), Versorgungsaspekte von Alter, biologischem und sozialem Geschlecht sowie lebenslagen-spezifischen Besonderheiten, besondere Belange behinderter und chronisch kranker Menschen und die eingesetzten Maßnahmen zur Vermeidung von verzerrten Studienergebnissen berücksichtigt werden.

4. Abschnitt Entscheidungsfindung

§ 12 Entscheidungsgrundlagen

- (1) ¹ Die Anerkennung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach § 135 Abs. 1 SGB V oder eines neuen Heilmittels nach § 138 SGB V setzt voraus, dass die gesetzlich vorgegebenen Kriterien vom Gemeinsamen Bundesausschuss als erfüllt angesehen werden. ² Ist eine zahnärztliche Methode wegen des diagnostischen oder des therapeutischen Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit anerkannt, erfüllt sie aber nicht die Voraussetzungen des gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebots, so wird diese Methode im Hinblick auf ihre Anrechenbarkeit nach § 28 Abs. 2 SGB V besonders benannt.
- (2) Eine zu Lasten der Krankenkassen bisher erbrachte vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistung oder Maßnahme ist nach § 92 Abs. 1 Satz 1 und § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V auszuschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind.
- (3) Ergibt die Überprüfung nach § 137c SGB V, dass die Methode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse nicht erforderlich ist, erlässt das Plenum eine entsprechende Richtlinie; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt.

§ 13 Gesamtbewertung im Versorgungskontext

- (1) Vor der Beschlussfassung nach § 14 Abs. 1 hat ein umfassender Abwägungsprozess unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnisse, insbesondere der nach Evidenzkriterien ausgewerteten Unterlagen zu erfolgen.
- (2) ¹ Der Nutzen einer Methode ist durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen. ² Dies sollen, soweit möglich, Unterlagen der Evidenzstufe 1 mit patientenbezogenen Endpunkten (z. B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) sein. ³ Bei seltenen Erkrankungen, bei Methoden ohne vorhandene Alternative oder aus anderen Gründen kann es unmöglich oder unangemessen sein, Studien dieser Evidenzstufe durchzuführen oder zu fordern. ⁴ Soweit qualitativ angemessene Unterlagen dieser Aussagekraft nicht vorliegen, erfolgt die Nutzen-Schaden-Abwägung einer Methode aufgrund qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen. ⁵ Die Anerkennung des medizinischen Nutzens einer Methode auf Grundlage von Unterlagen einer niedrigeren Evidenzstufe bedarf jedoch - auch unter Berücksichtigung der jeweiligen medizinischen Notwendigkeit - zum Schutz der Patientinnen und Patienten umso mehr einer Begründung, je

weiter von der Evidenzstufe 1 abgewichen wird.⁶ Dafür ist der potentielle Nutzen einer Methode, insbesondere gegen die Risiken der Anwendung bei Patientinnen oder Patienten abzuwägen, die mit einem Wirksamkeitsnachweis geringerer Aussagekraft einhergehen.

- (3) ¹ Die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit der Erkrankung und insbesondere der bereits in der GKV-Versorgung etablierten diagnostischen und therapeutischen Alternativen. ² Maßstab ist dabei auch die von der Anwendung der Methode bereits erzielte oder erhoffte Verbesserung der Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung unter Berücksichtigung der mit der Erkrankung verbundenen Einschränkung der Lebensqualität und den besonderen Anforderungen an die Versorgung spezifischer Patientengruppen unter Berücksichtigung der Versorgungsaspekte von Alter, biologischem und sozialem Geschlecht sowie der lebenslagenspezifischen Besonderheiten.

§ 14 Abschluss des Bewertungsverfahrens

- (1) Das Plenum entscheidet nach § 6 des 1. Kapitels durch Beschluss über das Ergebnis des Bewertungsverfahrens oder über seine Aussetzung.
- (2) Zu Methoden, die die gesetzlichen Kriterien erfüllen, sollen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V Empfehlungen abgegeben werden über
- die notwendige Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte,
 - die apparativen Anforderungen,
 - die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der Methode zu sichern, und
 - die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.
- (3) Zu neuen Heilmitteln, die nach Auffassung des Bundesausschusses die gesetzlichen Kriterien erfüllen, sollen gemäß § 138 SGB V Empfehlungen abgegeben werden für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung.
- (4) ¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss kann bei Methoden, bei denen noch keine ausreichende Evidenz vorliegt, aber zu erwarten ist, dass solche Studien in naher Zukunft vorgelegt werden können, Beschlüsse mit der Maßgabe treffen, dass
- bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V oder bei neuen Heilmitteln gemäß § 138 SGB V eine Beschlussfassung ausgesetzt wird mit der Maßgabe, dass insbesondere durch Modellvorhaben i. S. d. §§ 63 bis 65 SGB V im Rahmen vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Anforderungen die erforderlichen aussagekräftigen Unter-

lagen innerhalb der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Frist von höchstens drei Jahren beschafft werden,

- bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus gemäß § 137c SGB V eine Aussetzung der Beschlussfassung mit der Maßgabe erfolgt, dass innerhalb einer vom Plenum hierfür zu setzenden Frist der Nachweis des Nutzens mittels klinischer Studien geführt werden kann.² Die Beschlussfassung soll mit Anforderungen an die Strukturqualität, Prozessqualität und/oder an die Ergebnisqualität der Leistungserbringung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sowie an eine hierfür notwendige Dokumentation verbunden werden.

§ 15 Zusammenfassende Dokumentation

¹ Die Bewertung einer Methode wird wie folgt zusammenfassend dokumentiert:

- a) der Antrag zur Bewertung und die Begründung,
- b) der formale Ablauf der Beratungen
- c) die dem Beratungsprozess zugrunde liegenden Unterlagen und ihre Bewertung, einschließlich der Auseinandersetzung mit Stellungnahmen nach dem 3. Abschnitt des 1. Kapitels,
- d) der Abwägungsprozess nach § 13 sowie
- e) e) der Beschluss und tragende Gründe.

² Unterschiedliche Positionen der Träger nach § 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V und der Patientenvertreter werden bei der Dokumentation der Abschnitte zu Satz 1 c) und d) dargestellt. ³ Abweichende Beschlussentwürfe werden zusammen mit ihrer Begründung in die zusammenfassende Dokumentation aufgenommen.

3. Kapitel: Verfahren für Richtlinienbeschlüsse nach § 116b Abs. 4 SGB V

§ 1 Anwendungsbereich

¹ Dieses Kapitel regelt das Verfahren für Richtlinienbeschlüsse nach § 116b Abs. 4 SGB V. ² Die Richtlinie nach § 116b Abs. 4 SGB V benennt und regelt die hoch spezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (Kataloginhalte), die nach den Vorgaben des § 116b Abs. 3 SGB V oder aufgrund der Weiterentwicklung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 116b Abs. 4 SGB V Gegenstand der ambulanten Behandlung im Krankenhaus sind.

§ 2 Einleitung des Prüfungsverfahrens

¹ Die Prüfung auf Weiterentwicklung der Kataloginhalte erfolgt

- a) auf Initiativbeschluss des Plenums oder
- b) auf Vorlage der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen oder der nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen.

² Die Pflicht nach § 116b Abs. 4 Satz 5 SGB V bleibt dadurch unberührt.

§ 3 Inhalt der Vorlage

(1) ¹ Die Vorlage muss den zu prüfenden Gegenstand eindeutig beschreiben. ² Hierzu sollten auch Angaben für die Abgrenzung zu ähnlichen, aber von der Vorlage nicht umfassten Leistungen oder Indikationen gemacht werden. ³ Soweit möglich ist die jeweils gültige ICD/OPS-Klassifikation anzugeben.

(2) Die Vorlage muss eine Begründung enthalten, die auf Unterlagen gestützte Angaben

- a) zu den Kriterien für hoch spezialisierte Leistungen, seltenen Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf nach § 5 enthält,
- b) zum diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit der zur Prüfung gestellten Leistungen und Behandlungen macht und dabei vor allem die Besonderheiten zur medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen oder Behandlungen bei ihrer ambulanten Erbringung im Krankenhaus im Vergleich zur Erbringung in der Vertragsarztpraxis beschreibt,

- c) zu den sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung und zur Notwendigkeit einer Überweisung durch die Haus- oder die Fachärztin oder auch den Haus- oder den Facharzt enthält und
 - d) zur Dringlichkeit der verfolgten Bewertung als Grundlage für die Priorisierung nach § 4 macht.
- (3) Die Vorlage ist schriftlich beim Gemeinsamen Bundesausschuss einzureichen.
- (4) ¹Das Plenum kann die Beratung einer Vorlage nach Absatz 2 nur ablehnen, wenn die Vorlage den Anforderungen nach Absätzen 1 bis 3 nicht entspricht. ²Zuvor fordert der zuständige Unterausschuss die vorlegende Organisation nach § 2 zur Ergänzung oder Präzisierung ihrer Vorlage innerhalb einer angemessenen Frist auf.

§ 4 Priorisierung

¹ Die Reihenfolge, in der die nach § 2 zur Beratung anstehenden Vorlagen zu beraten sind, legt der zuständige Unterausschuss unter Berücksichtigung der Relevanz einer ambulanten Erbringung der zur Beratung stehenden Leistungen und Behandlungen im Krankenhaus im Vergleich zur Erbringung allein in Vertragsarztpraxen fest; dem Plenum ist die aus der Festlegung entstehende Bearbeitungsliste vorzulegen.

§ 5 Kriterien für die Aufnahme und den Verbleib als Kataloginhalt nach § 116b SGB V

- (1) ¹ Als hoch spezialisiert gelten Leistungen,
- a) zu deren qualifizierter Erbringung medizinische Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, die über die Facharztqualifikation deutlich hinausgehen,
- und entweder
- b) zu deren qualifizierter Erbringung besonders aufwändige organisatorische (z. B. bei interdisziplinärer Behandlung), bauliche, apparativ-technische oder hygienische Anforderungen vorliegen müssen,
- oder
- c) die Leistungserbringung mit einem spezifischen Komplikationsrisiko für den Patienten oder mit einem Gefährdungspotential für Dritte verbunden ist, das mit der Infrastruktur eines entsprechend spezialisierten Krankenhauses besser beherrscht werden kann als in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

² In begründeten Ausnahmefällen reicht auch a) oder c) alleine aus.

- (2) Eine seltene Erkrankung liegt vor, wenn angenommen werden kann, dass bundesweit nicht mehr als fünf von zehntausend Personen von ihr betroffen sind oder bei einer vergleichbaren Prävalenz wegen der Eigenart der Erkrankung eine Konzentration der fachlichen Expertise im Rahmen der stationären Behandlung am Krankenhaus bereits gegeben ist.
- (3) Eine Erkrankung hat einen besonderen Verlauf, wenn empirisch durch entsprechendes Datenmaterial belegt ist, dass beim überwiegenden Teil der Patientinnen und Patienten
 - a) mindestens zweimal kalenderjährlich eine stationäre Behandlung erfolgt,
 - b) mehr als eine ambulante Behandlung pro Quartal über ein Jahr stattfindet und
 - c) ein durchgängig abgestimmtes Versorgungskonzept aus einer Hand erforderlich ist.

§ 6 Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit

- (1) ¹Der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit gilt für zur Prüfung stehende Leistungen oder Behandlungen als hinreichend belegt, wenn
 - a) eine Bewertung nach §§ 135, 138 oder 137c SGB V das Ergebnis erbracht hat, dass der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit einer der Leistung zugrunde liegenden Methode hinreichend belegt ist, oder wenn
 - b) die Leistung oder die Behandlung Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

²Der Unterausschuss soll im Zweifelsfall die Stellungnahme eines anderen Unterausschusses oder des Bewertungsausschusses nach § 87 SGB V einholen.

- (2) Wenn eine Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit nicht vorliegt oder begründete Zweifel bestehen, dass diese noch dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, kann das Plenum eine sektorenübergreifende Bewertung nach dem 2. Kapitel auslösen.

§ 7 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit

¹Aufbauend auf dem Ergebnis der Prüfung nach § 6 hat das Plenum auch sektorspezifisch Feststellungen zur Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit der zur Bewertung stehenden Leistungen und Behandlungen zu treffen. ²Dabei sind die Besonderheiten der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus zu berücksichtigen.

§ 8 Überprüfung der Entscheidung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat gemäß § 116b Abs. 4 Satz 5 SGB V den gesetzlich festgelegten Katalog, die Qualifikationsanforderungen und die Richtlinie spätestens alle zwei Jahre daraufhin zu überprüfen, ob sie noch den in § 116b Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V genannten Kriterien entsprechen, sowie zu prüfen, ob weitere hochspezialisierte Leistungen, weitere seltene Erkrankungen und weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in den Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V aufgenommen werden müssen.

4. Kapitel: Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten

1. Abschnitt Regelungsbereich und allgemeine Vorschriften

§ 1 Regelungsbereich

- (1) Dieser Abschnitt regelt die Verfahren
 1. zur Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln, insbesondere zum Zwecke des Erlasses von Therapiehinweisen und zur Einschränkung oder zum Ausschluss der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln von der vertragsärztlichen Versorgung,
 2. zur Bildung von Festbetragsgruppen gemäß § 35 SGB V und der Ermittlung von Vergleichsgrößen gemäß § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V,
 3. zur Aufnahme von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in die Arzneimittel-Richtlinie (AMR) gemäß § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V i. V. m. Nr. 16 ff. AMR,
 4. zur Aufnahme von Medizinprodukten in die AMR gemäß § 31 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V i. V. m. Nr. 30 ff. AMR,
 5. zum Ausschluss von Arzneimitteln zur Erhöhung der Lebensqualität gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V i. V. m. Nr. 18 ff. AMR sowie
 6. zur Bewertung der Verordnungsfähigkeit von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten gemäß § 35b Abs. 3 SGB V i. V. m. Nr. 24 ff. AMR.
- (2) Das Nähere zur Verordnung besonderer Arzneimittel nach § 73d SGB V ist in Nr. 49 ff. AMR geregelt.
- (3) Für die Durchführung der Bewertungsverfahren nach Absatz 1 ist der Unterausschuss Arzneimittel (im Weiteren Unterausschuss) des Gemeinsamen Bundesausschusses zuständig.
- (4) Der Unterausschuss priorisiert die Beratungsthemen innerhalb der jeweiligen Regelungsbereiche der AMR unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben sowie der Versorgungsrelevanz.

§ 2 Anwendbarkeit anderer Vorschriften der Verfahrensordnung

Soweit in diesem Kapitel keine speziellen Regelungen getroffen sind, finden die Vorschriften des 1. Kapitels (Allgemeiner Teil) der Verfahrensordnung Anwendung.

2. Abschnitt Bewertung des therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln

1. Titel Regelungsbereich und Grundzüge des Verfahrens

§ 3 Anwendungsbereich

- (1) ¹Dieser Abschnitt regelt das Verfahren für Richtlinienbeschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 1, 3. Halbsatz und Abs. 2 Satz 7 SGB V. ²Der in § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V enthaltene Richtlinienauftrag ermächtigt den Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Arzneimittel-Richtlinie den Umfang und die Modalitäten der Arzneimittelversorgung mit verbindlicher Wirkung sowohl für die Vertragsärzte und die Krankenkassen als auch für die Versicherten in konkretisierender Weise zu regeln. ³Er zielt darauf, unter Berücksichtigung des Versorgungsstandards des § 2 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. § 12 Abs. 1 SGB V Grundlagen für eine medizinisch notwendige und wirtschaftliche ärztliche Behandlungs- und Verordnungsweise verbindlich festzulegen (§§ 2, 12, 70 Abs. 1, 72 Abs. 2 SGB V). ⁴Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind sowie wenn insbesondere ein Arzneimittel unzweckmäßig oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist oder in Therapiehinweisen Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln geben.
- (2) Das Bewertungsverfahren dient der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zum therapeutischen Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der zu bewertenden Arzneimittel.

§ 4 Grundzüge des Verfahrens

- (1) Der Unterausschuss berät auf Basis der Unterlagen nach §§ 6 ff. gemäß den Ergebnissen der Bewertung nach §§ 11 f. und legt dem Plenum einen Beschlussentwurf zur Entscheidung vor.
- (2) Der Unterausschuss kann unter Berücksichtigung von Aspekten wie Versorgungsrelevanz, Stand der medizinischen Kenntnisse, ggf. nach Priorisierung entweder

1. den Nutzen von Arzneimitteln gemäß §§ 6 und 7 bewerten oder
2. dem Plenum empfehlen, das IQWiG mit einer Nutzen-Bewertung nach § 35b Abs. 1 i. V. m. § 139b Abs. 1 SGB V zu beauftragen. Soweit das IQWiG beauftragt wird, hat der Unterausschuss Arzneimittel
 - den Inhalt des Auftrags gemäß § 8 Abs. 1, insbesondere in Zusammenarbeit mit dem IQWiG, zu konkretisieren sowie
 - die Bewertung nach Abschluss der Plausibilitätskontrolle gemäß § 8 Abs. 2 als auftragsgemäß abzunehmen und bei Bedarf zu kommentieren.

§ 5 Gesetzliches Stellungnahmeverfahren

- (1) Vor der Entscheidung über die Richtlinie zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Therapiehinweisen nach § 92 Abs. 2 Satz 7 SGB V ist den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, den betroffenen pharmazeutischen Unternehmern, den Berufsvertretungen der Apotheker und den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (2) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat unter Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Gutachten oder Empfehlungen von Sachverständigen, die er bei Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 sowie bei Therapiehinweisen nach § 92 Abs. 2 Satz 7 SGB V zugrunde legt, bei Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu benennen und zu veröffentlichen.

2. Titel Bewertung des therapeutischen Nutzens

§ 6 Therapeutischer Nutzen

- (1) Die Bewertung des therapeutischen Nutzens eines Arzneimittels erfolgt auf der Grundlage von Unterlagen entweder zum Ausmaß des therapeutischen Nutzens des Arzneimittels bei einer bestimmten Indikation oder durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln oder Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patientinnen oder Patienten.
- (2) Maßgeblich für die Beurteilung des therapeutischen Nutzens ist das Ausmaß der Beeinflussung patientenrelevanter Endpunkte, insbesondere Morbidität, Mortalität und Lebensqualität.

§ 7 Nutzenbewertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

- (1) Die Bewertung des therapeutischen Nutzens nach § 6 erfolgt auf der Basis der arzneimittelgesetzlichen Zulassung, der Fachinformationen sowie Publikationen von Zulassungsbehörden und der Bewertung von klinischen Studien nach methodischen Grundsätzen der evidenz-basierten Medizin, soweit diese allgemein verfügbar sind oder gemacht werden und ihre Methodik internationalen Standards entspricht.
- (2) ¹Eine systematische Literaturrecherche dient der Erfassung des für die Nutzenbewertung relevanten wissenschaftlichen Erkenntnismaterials. ²Sie kann Einzelstudien, systematische Übersichten, Metaanalysen, Leitlinien oder Health-Technology-Assessment-Berichte (HTA-Berichte) umfassen.
- (3) Die Auswertung der recherchierten Unterlagen besteht aus einer Evidenzklassifizierung nach Abs. 4 und einer Qualitätsbewertung nach Abs. 5:
- (4) Bei der Klassifizierung der Unterlagen gelten folgende Evidenzstufen:
 - I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe Ib
 - I b Randomisierte klinische Studien
 - II a systematische Übersichtsarbeiten der Evidenzstufe IIb
 - II b prospektiv vergleichende Kohortenstudien
 - III retrospektiv vergleichende Studien
 - IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien
 - V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Konsensuskonferenzen und Berichte von Expertenkomitees
- (5) ¹Der Unterausschuss prüft die Unterlagen hinsichtlich ihrer Planungs-, Durchführungs- und Auswertungsqualität und bewertet ihre Aussagekraft, die Konsistenz der Ergebnisse und die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den Versorgungskontext. ²Dies sollen, soweit möglich, Unterlagen der Evidenzstufe I mit patientenrelevanten Endpunkten sein. ³Vorrangig sind randomisierte, kontrollierte, klinische Studien, insbesondere direkte Vergleichsstudien mit anderen Arzneimitteln oder Behandlungsformen, zu berücksichtigen.

§ 8 Nutzenbewertungen des IQWiG

- (1) Soweit die Bewertung eines Arzneimittels auf der Grundlage einer Bewertung des IQWiG nach § 35b Abs. 1 SGB V erfolgen soll, ist insbesondere festzulegen,
- in Bezug auf welche der zugelassenen Indikationen und hinsichtlich welcher spezifischer Patientengruppen die vergleichende Nutzenbewertung durchzuführen ist und
 - mit welchen Arzneimitteln oder Behandlungsformen das zu bewertende Arzneimittel mindestens verglichen werden soll (Komparatoren).
- (2) ¹Nach Übermittlung des Abschlussberichts überprüft der Unterausschuss die Empfehlung des IQWiG im Rahmen einer Plausibilitätskontrolle. ²Die Plausibilitätskontrolle umfasst die Prüfung, ob
1. die Angaben in der Empfehlung mit dem Auftrag übereinstimmen, insbesondere, ob die Fragestellung des Auftrages richtig wiedergegeben ist,
 2. das Bewertungsergebnis sich auf die in Auftrag gegebene Fragestellung bezieht,
 3. ob eine dem § 35b Abs. 1 Satz 6 SGB V entsprechende Beteiligung und Würdigung der Stellungnahmen stattgefunden hat und
 4. ob die wertende Beurteilung in sich schlüssig und nachvollziehbar ist.

3. Titel Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit

§ 9 Medizinische Notwendigkeit

Die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt im Hinblick darauf, ob

1. das Arzneimittel auch im Vergleich zu anderen Arzneimitteln oder Behandlungsformen entsprechend seiner Zweckbestimmung nach Art und Ausmaß der Zweckerzielung zur Krankenbehandlung im Sinne des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V geeignet ist,
2. eine diagnostische oder therapeutische Interventionsbedürftigkeit, auch unter Berücksichtigung eines Spontanverlaufs, besteht,
3. der diagnostische oder therapeutische Nutzen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und
4. eine andere, zweckmäßigere Behandlungsmöglichkeit nicht verfügbar ist.

§ 10 Wirtschaftlichkeit

- (1) Soweit die Nutzenbewertung ergibt, dass die miteinander zu vergleichenden Arzneimittel und Behandlungsformen über einen vergleichbaren therapeutischen Nutzen verfügen, sind für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die Kosten, gemessen am Apothekenabgabepreis, sowie ggf. die den Krankenkassen tatsächlich entstehenden Kosten maßgeblich.
- (2) Soweit die Nutzenbewertung ergibt, dass ein Arzneimittel einen therapeutischen Zusatznutzen gegenüber den zu vergleichenden Arzneimitteln und Behandlungsformen aufweist, kann die Bewertung der Wirtschaftlichkeit auch auf der Grundlage einer ergänzenden Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses erfolgen.

4. Titel Umsetzung des Ergebnisses der Nutzenbewertung in die Arzneimittel-Richtlinie

§ 11 Ergebnis der Bewertung

- (1) Ergibt die Bewertung, dass ein Arzneimittel im Vergleich zu anderen Arzneimitteln oder Behandlungsmöglichkeiten therapierelevant unterlegen ist, ist zu prüfen, ob das Arzneimittel wegen Unzweckmäßigkeit gemäß § 92 Abs. 1 Satz 1 Halbs. 3 SGB V von der Versorgung auszuschließen ist.
- (2) ¹Verfügt das Arzneimittel im Vergleich zu anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen über einen vergleichbaren therapeutischen Nutzen, ist die Wirtschaftlichkeit des Arzneimittels, ausgehend vom Apothekenabgabepreis und ggf. unter Berücksichtigung der den Krankenkassen tatsächlich entstehenden Kosten, zu bewerten. ²Ist das Arzneimittel teurer als die mit ihm zu vergleichenden anderen Arzneimittel oder Behandlungsmöglichkeiten, ist unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zu prüfen, ob das Arzneimittel wegen Unwirtschaftlichkeit gemäß § 92 Abs. 1 Satz 1 Halbs. 3 SGB V von der Versorgung auszuschließen ist.
- (3) Absätze 1 und 2 gelten für Therapiehinweise entsprechend.
- (4) Soweit für ein Arzneimittel ein Zusatznutzen nachgewiesen ist, kann die Wirtschaftlichkeit des Arzneimittels im Verhältnis zu den verglichenen Arzneimitteln und anderen Behandlungsformen bewertet werden.

§ 12 Bewertungsentscheidung

¹Die Bewertungsentscheidung erfolgt insbesondere auf der Grundlage der Unterlagen nach § 7 oder § 8. ²Ergibt die Bewertung, dass für mehrere Steuerungsinstrumente gemäß § 1 Abs. 1 die tatbestandlichen Voraussetzungen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage erfüllt wären, ist nach pflichtgemäßem Ermessen über die zu treffenden Maßnahmen zu entscheiden. ³Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Steue-

rungsinstrumente nicht in einem Spezialitätsverhältnis zueinander stehen; sie können sowohl kumulativ als alternativ angewendet werden.

3. Abschnitt Festbetragsgruppenbildung nach § 35 Abs. 1 bis 1b SGB V und Ermittlung von Vergleichsgrößen nach § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V

1. Titel Voraussetzung für eine Festbetragsgruppenbildung nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V

§ 13 unbesetzt

§ 14 unbesetzt

§ 15 unbesetzt

2. Titel Voraussetzung für eine Festbetragsgruppenbildung nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V

§ 16 Allgemeine Aufgreifkriterien für die Gruppenbildung

- (1) Für die pharmakologisch-therapeutische Vergleichbarkeit kommt es auf die pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften der Wirkstoffe an.
- (2) ¹Nach der Gesetzessystematik erfolgt die Gruppenbildung auf der Ebene von Wirkstoffen. ²Als Ausgangspunkt für die Feststellung der Vergleichbarkeit von Wirkstoffen eignet sich die anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation der WHO (ATC-Code) nach Maßgabe des § 73 Abs. 8 Satz 5 SGB V. ³Danach können Festbetragsgruppen gebildet werden für Wirkstoffe, die einem Wirkprinzip (4. Ebene) zugeordnet sind, auch wenn sie sich in übergeordneten Klassifikationsmerkmalen unterscheiden. ⁴Allerdings ist bei auf dieser Grundlage vorgeschlagenen Festbetragsgruppen ergänzend zu prüfen, ob unter pharmakologisch-therapeutischen Gesichtspunkten bestimmte Wirkstoffe (5. Ebene) von der Gruppenbildung auszuschließen oder in Untergruppen zusammenzufassen sind.
- (3) Maßgebend für die Prüfung der pharmakologisch-therapeutischen Vergleichbarkeit von Wirkstoffen, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der chemischen Verwandtschaft, sind die in den §§ 17 bis 19 genannten Kriterien.

§ 17 Pharmakologische Vergleichbarkeit

- (1) Für die Vergleichbarkeit von Wirkstoffen unter pharmakologischen Gesichtspunkten sind die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik wesentlich:
 1. Pharmakokinetische Eigenschaften, durch Wirkstoff und/oder Galenik bedingt, finden u. a. Ausdruck in der Bioverfügbarkeit (absolute Bioverfügbar-

keit, gemessen gegen eine intravenöse Applikation), aber auch z. B. in einer unterschiedlichen Eliminationshalbwertszeit und Wirkungsdauer.

2. Allgemeine Voraussetzung für die Wirkung eines Arzneistoffs (Pharmakon) ist z. B. die Interaktion mit einem Rezeptor, der bestimmte physiologische Abläufe im Organismus steuert. Unter pharmakologischen Rezeptoren versteht man intrazelluläre oder membranständige Proteine, die nach Bindung eines Liganden an eine für diesen spezifische Rezeptorbindungsstelle einen Effekt hervorrufen.

- (2) Ein vergleichbarer Wirkungsmechanismus ist Voraussetzung für die pharmakologische Vergleichbarkeit.

§ 18 Chemische Verwandtschaft

¹ Wirkstoffe sind chemisch verwandt, wenn sie eine vergleichbare chemische Grundstruktur aufweisen und sich durch eine räumliche Struktur auszeichnen, die eine spezifische Pharmakon-Rezeptor-Wechselwirkung ermöglicht. ² Eine chemische Verwandtschaft erstreckt sich nicht nur auf Molekülvariationen aus kombinatorischen Syntheseverfahren, sondern schließt auch Strukturformen ein, die auf Verfahren der Gentechnik oder des „molecular modeling“ beruhen. ³ Chemisch verwandt sind z. B. aktive Stereoisomere und Razemate sowie „prodrugs“. ⁴ Chemische Verwandtschaft ist grundsätzlich auch bei unterschiedlichen Herstellungsverfahren gegeben.

§ 19 Pharmakologisch-therapeutische Vergleichbarkeit

Wirkstoffe sind pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar, wenn sie über einen vergleichbaren Wirkungsmechanismus hinaus eine Zulassung für ein gemeinsames Anwendungsgebiet oder mehrere gemeinsame Anwendungsgebiete besitzen.

3. Titel Voraussetzung für eine Festbetragsgruppenbildung nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V

§ 20 Therapeutisch vergleichbare Wirkung

Wirkstoffe, auch Kombinationen, haben eine therapeutisch vergleichbare Wirkung, wenn sie für ein gemeinsames Anwendungsgebiet oder mehrere gemeinsame Anwendungsgebiete zugelassen sind.

4. Titel Berücksichtigung von Therapiemöglichkeiten und medizinisch notwendigen Verordnungsalternativen

§ 21 Gewährleistung, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen

- (1) ¹Die nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 SGB V gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen. ²Dieser Anforderung wird dadurch Rechnung getragen, dass bei einer anderen Galenik (z. B. normal freisetzend/retardiert), bei unterschiedlichen Applikationswegen (z. B. parenteral versus oral) und Applikationsorten (z. B. systemisch versus topisch) getrennte Festbetragsgruppen gebildet werden, wenn dies für die Therapie bedeutsam ist.
- (2) ¹Als medizinisch notwendige Verordnungsalternativen können auch Arzneimittel aus anderen Wirkstoffgruppen oder auch Maßnahmen, die auch ohne Arzneimitteltherapie zur Erreichung des therapeutischen Ziels führen, zur Verfügung stehen. ²Ergänzend wird auch innerhalb einer Festbetragsgruppe geprüft, ob Verordnungsalternativen eingeschränkt werden. ³So können Fertigarzneimittel, die ein singuläres Anwendungsgebiet besitzen, von der Gruppenbildung freigestellt werden. ⁴Fertigarzneimittel besitzen ein singuläres Anwendungsgebiet, wenn es innerhalb einer Festbetragsgruppe kein weiteres Fertigarzneimittel gibt, das über dieses singuläre Anwendungsgebiet hinaus ein Anwendungsgebiet mit einem anderen Fertigarzneimittel der Gruppe teilt und dieses insoweit eine Verbindung zum gemeinsamen Anwendungsgebiet herstellt.

5. Titel Bewertung der therapeutischen Verbesserung

§ 22 Voraussetzungen der therapeutischen Verbesserung

- (1) ¹Ausgenommen von der Gruppenbildung nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 SGB V sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist oder die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. ²Ausgenommen von der Gruppenbildung nach § 35 Abs. 1a SGB V sind patentgeschützte Wirkstoffe, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten.
- (2) ¹Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als Erster dieser Gruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. ²Die Neuartigkeit der Wirkungsweise ist nur relevant für Festbetragsgruppen nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 SGB V.

- (3) ¹Ein Arzneimittel mit einem patentgeschützten Wirkstoff zeigt im Vergleich zu anderen Arzneimitteln derselben Festbetragsgruppe eine therapeutische Verbesserung i. S. des § 35 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 1a Satz 2 SGB V, wenn es einen therapierelevanten höheren Nutzen als andere Arzneimittel dieser Wirkstoffgruppe hat und deshalb als zweckmäßige Therapie regelmäßig oder auch für relevante Patientengruppen oder Indikationsbereiche den anderen Arzneimitteln dieser Gruppe vorzuziehen ist. ²Entsprechende Bewertungen erfolgen für gemeinsame Anwendungsgebiete der Arzneimittel der Festbetragsgruppe. ³Eine therapeutische Verbesserung kann sich insbesondere daraus ergeben, dass das Arzneimittel einen therapierelevanten höheren Nutzen hat.
1. aufgrund einer überlegenen Wirksamkeit gegenüber Standardmitteln in der jeweiligen Vergleichsgruppe nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse oder
 2. aufgrund der Verringerung der Häufigkeit oder des Schweregrades therapierelevanter Nebenwirkungen im Vergleich zu den anderen Wirkstoffen der Festbetragsgruppe.

§ 23 Geringere Nebenwirkungen als therapeutische Verbesserung

- (1) ¹Als Nebenwirkung bezeichnet man eine Reaktion, die schädlich und unerwünscht ist und bei Dosierungen auftritt, wie sie normalerweise beim Menschen zur Prophylaxe, Diagnose oder Therapie von Krankheiten oder für die Änderung einer physiologischen Funktion verwendet werden. ²Die Nebenwirkungen werden in der Regel der Organklassensystematik der WHO zugeordnet und nach Häufigkeitsklassen (entsprechend der SPC-Guideline) quantifiziert. ³Art und Ausmaß beschreiben den Schweregrad der Nebenwirkungen. Eine Nebenwirkung ist schwerwiegend, wenn sie tödlich oder lebensbedrohend ist, zu Arbeitsunfähigkeit führt oder einer Behinderung oder eine stationäre Behandlung oder Verlängerung einer stationären Behandlung zur Folge hat.
- (2) Für die Anerkennung von „geringeren Nebenwirkungen“ als therapeutische Verbesserung ist erforderlich, dass die Verringerung von Nebenwirkungen quantitativ (Verringerung der Häufigkeit) oder qualitativ (Verringerung des Schweregrades therapierelevanter Nebenwirkungen) ein therapeutisch relevantes Ausmaß aufweist.

§ 24 Nachweis der therapeutischen Verbesserung

- (1) ¹Für Arzneimittel mit einem patentgeschützten Wirkstoff erfolgt der Nachweis der therapeutischen Verbesserung im gemeinsamen Anwendungsgebiet aufgrund der Fachinformationen und durch Bewertung von klinischen Studien nach den methodischen Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin, soweit diese Studien allgemein verfügbar sind oder gemacht werden und ihre Methodik internationalen

Standards entspricht. ² Maßstab für die Beurteilung der therapeutischen Verbesserung ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse.

- (2) ¹ Der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse wird auf der Basis der arzneimittel-gesetzlichen Zulassung festgestellt. ² Darüber hinaus kann eine therapeutische Verbesserung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, wenn sie von der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler) befürwortet wird. ³ Von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, muss über die Zweckmäßigkeit der therapeutischen Verbesserung Konsens bestehen. ⁴ Das setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der therapeutischen Verbesserung zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen gemacht werden können. ⁵ Die therapeutische Verbesserung muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein. ⁶ Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei geführten Statistiken über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der therapeutischen Verbesserung ablesen lassen.
- (3) Die Feststellung, ob eine therapeutische Verbesserung dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, erfolgt grundsätzlich auf der Basis
1. der arzneimittelgesetzlichen Zulassung nach § 25 AMG unter Berücksichtigung der Angaben der amtlichen Fachinformation sowie
 2. unter vorrangiger Berücksichtigung klinischer Studien, insbesondere direkter Vergleichsstudien mit anderen Arzneimitteln dieser Wirkstoffgruppe mit patientenrelevanten Endpunkten, insbesondere Mortalität, Morbidität und Lebensqualität (§ 35 Abs. 1b Satz 5 SGB V).
- (4) ¹ Die therapeutische Verbesserung soll in randomisierten, verblindeten und kontrollierten direkten Vergleichsstudien, deren Methodik internationalen Standards entspricht, nachgewiesen sein und ein therapeutisch bedeutsames Ausmaß aufweisen. ² Sie sollen an Populationen oder unter Bedingungen durchgeführt sein, die für die übliche Behandlungssituation repräsentativ und relevant sind. ³ Sie sollen gegenüber Standardmitteln der Vergleichsgruppe durchgeführt werden, um die mögliche Überlegenheit der therapeutischen Verbesserung mit ausreichender Sicherheit prüfen zu können.
- (5) Liegen direkte Vergleichsstudien nicht vor, ist zu prüfen, ob placebo-kontrolliert Studien verfügbar sind, die sich für einen indirekten Nachweis einer therapeutischen Verbesserung eignen und den in Absatz 3 beschriebenen Qualitätsanforderungen entsprechen.

- (6) Der Unterausschuss prüft die nach den Absätzen 3 und 4 vorgelegten Studien hinsichtlich ihrer Planungs-, Durchführungs- und Auswertungsqualität und bewertet ihre Aussagekraft zur Relevanz der therapeutischen Verbesserung unter Berücksichtigung der aktuellen Fachinformation.
- (7) Ein Arzneimittel, das von einer Festbetragsgruppe freigestellt ist, weil es einen therapierelevanten höheren Nutzen nur für einen Teil der Patientinnen oder Patienten oder Indikationsbereiche des gemeinsamen Anwendungsgebietes hat, ist nur für diese Anwendungen wirtschaftlich; das Nähere wird in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V (AMR) geregelt.

6. Titel Ermittlung der Vergleichsgrößen gem. § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V

§ 25 unbesetzt

§ 26 Ermittlung der Vergleichsgrößen für Festbetragsgruppen nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 SGB V

¹ Gemäß § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss die für die Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 3 SGB V notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder andere geeignete Vergleichsgrößen zu ermitteln. ² Als geeignete Vergleichsgröße im Sinne des § 35 Abs. 1 Satz 5 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die verordnungsgewichtete durchschnittliche Einzel- bzw. Gesamtwirkstärke festgelegt. ³ Sie wird nach Maßgabe der in Anlage 1 der Verfahrensordnung festgelegten Methodik ermittelt.

7. Titel Stellungnahmeverfahren und mündliche Anhörung

§ 27 Stellungnahmeverfahren gemäß § 35 Abs. 2 SGB V

Vor der Entscheidung über die Bildung einer Festbetragsgruppe nach § 35 SGB V und der Festlegung der Vergleichsgröße ist nach § 35 Abs. 2 SGB V den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen (schriftliches Stellungnahmeverfahren).

§ 28 Mündliche Anhörung zur Feststellung einer therapeutischen Verbesserung

(1) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Feststellung, ob die Voraussetzungen einer therapeutischen Verbesserung nach den §§ 22 bis 24 vorliegen, sind gemäß § 35 Abs. 1b Satz 7 SGB V die Sachverständigen nach § 27 auch mündlich anzuhören.

(2) ¹ An der mündlichen Anhörung nach Abs. 1 können höchstens jeweils zwei Sachverständige der nach § 23 Stellungnahmeberechtigten teilnehmen. ² Die mündliche Stellungnahme ersetzt nicht die nach § 27 abgegebene Stellungnahme. ³ Sie dient dazu, zu solchen Gesichtspunkten der Festbetragsgruppenbildung vorzutragen, insbesondere neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben.

4. Abschnitt Bewertung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln hinsichtlich einer Aufnahme in die AMR nach § 34 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 6 SGB V i. V. m. Nr. 16 ff. AMR

1. Titel Bewertungskriterien

§ 29 Grundsätzliche Voraussetzungen

Grundsätzliche Voraussetzung für die Verordnungsfähigkeit eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels ist die arzneimittelrechtliche Zulassung, insbesondere in Bezug auf die Anwendung des apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels bei der zur Aufnahme vorgesehenen schwerwiegenden Erkrankung.

§ 30 Bewertung einer schwerwiegenden Erkrankung

(1) ¹ Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. ² Soweit eine solche Erkrankung nicht lebensbedrohlich ist, setzt ihre Anerkennung als schwerwiegend voraus, dass sie von ihrer Schwere und dem Ausmaß der aus ihr folgenden Beeinträchtigungen her jenen Krankheiten gleichgestellt werden kann.

(2) ¹ Das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung ist durch Literatur zu belegen, die im Volltext beizufügen ist. ² Dies ist nicht erforderlich, wenn die schwerwiegende Erkrankung im gleichen Schweregrad bereits in die Übersicht nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V aufgenommen worden ist.

§ 31 Bewertung des Therapiestandards bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung

(1) Ein Arzneimittel gilt als Therapiestandard, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

(2) ¹ Auf der Basis systematischer Literaturrecherchen ist nachzuweisen, dass ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens in den einschlägigen Fachkreisen über den Nutzen des nicht verschreibungspflichtigen

Arzneimittels zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung besteht.
² Vorrangig sind klinische Studien, insbesondere direkt vergleichende mit patientenrelevanten Endpunkten, insbesondere Mortalität, Morbidität und Lebensqualität zu berücksichtigen.

2. Titel Antragsverfahren

§ 32 Anforderungen an die Antragstellung

- (1) Nach § 34 Abs. 6 Satz 1 SGB V können pharmazeutische Unternehmer beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Antrag zur Aufnahme eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels in die OTC-Übersicht stellen.
- (2) ¹ Die Anträge sind ausreichend zu begründen; die erforderlichen Nachweise sind dem Antrag beizufügen. ² Nur Literatur, die im Volltext dem Antrag beigelegt ist, wird bei der Antragsprüfung berücksichtigt. ³ Zu den für die Antragsbegründung erforderlichen Nachweisen gehört:
 1. die Angabe der Bezeichnung des Fertigarzneimittels
 2. die Angabe des Wirkstoff (mit Synonymen)
 3. die Angabe der Wirkstoffgruppe
 4. die Angabe der beantragten Erkrankung
 5. die Angabe des / der zugelassenen Anwendungsgebiet(e)
 6. die Angabe des ATC-Codes
 7. die Angabe der Verkaufsabgrenzung
 8. die Angabe der Dauer der Verkehrsfähigkeit
 9. das Beifügen der aktuellen Fachinformation
 10. der Nachweis der schwerwiegenden Erkrankung
 11. der Nachweis des Therapiestandards auf Basis der systematischen Literaturrecherche
- (3) Ein Antragsbogen (Anlage 2.1) zur Aufnahme eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels in die Arzneimittel-Richtlinie sowie Studienextraktionsbögen für Einzelstudien (Anlage 2.2) und für systematische Übersichten, Metaanalysen und HTA-Berichte (Anlage 2.3) sind von dem pharmazeutischen Unternehmer bei der Antragstellung zu verwenden.
- (4) Der Antrag und die zu seiner Begründung erforderlichen Unterlagen nach Abs. 2 sind in schriftlicher Form sowie zusätzlich auf einem elektronischen Datenträger einzureichen; per E-Mail können keine Verfahrensanträge oder Schriftsätze rechtswirksam eingereicht werden.

§ 33 Bearbeitungsfrist

¹ Über ausreichend begründete Anträge bescheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von 90 Tagen unter Belehrung des Antragstellers über Rechtsmittel und Rechtsmittelfristen. ² Hierzu überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss die eingereichten Antragsunterlagen im Rahmen einer Vorprüfung auf Vollständigkeit nach Maßgabe der Kriterien in § 32. ³ Sind die Angaben zur Begründung des Antrags unzureichend, wird die Frist nach Satz 1 nicht in Lauf gesetzt und der Gemeinsame Bundesausschuss teilt dem Antragsteller unverzüglich mit, welche zusätzlichen Einzelangaben erforderlich sind.

§ 34 Gebühren

Nach § 34 Abs. 6 Satz 7 SGB V in Verbindung mit der Gebührenordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses werden Gebühren für das Antragsverfahren zur Aufnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in die Übersicht nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V erhoben.

5. Abschnitt Bewertung von Medizinprodukten hinsichtlich einer Aufnahme in die AMR nach § 31 Abs. 1 Satz 2 und 3 in Verbindung mit Nr. 30 ff AMR

1. Titel Bewertungskriterien

§ 35 Grundsätzliche Voraussetzungen

Grundsätzliche Voraussetzung für die Verordnungsfähigkeit eines Medizinproduktes ist die Verkehrsfähigkeit des Medizinproduktes nach den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG).

§ 36 Bewertungskriterien

- (1) Ein Medizinprodukt ist medizinisch notwendig im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wenn
1. es entsprechend seiner Zweckbestimmung nach Art und Ausmaß der Zweckerzielung zur Krankenbehandlung im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V und Nr. 31 AMR geeignet ist,
 2. eine diagnostische oder therapeutische Interventionsbedürftigkeit besteht,
 3. der diagnostische oder therapeutische Nutzen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und
 4. eine andere, zweckmäßigere Behandlungsmöglichkeit nicht verfügbar ist.

- (2) Bei der mit dem Medizinprodukt gemäß seiner Zweckbestimmung zu behandelnden Erkrankung muss unter Berücksichtigung des Spontanverlaufs der Erkrankung eine Notwendigkeit zur medizinischen Intervention bestehen.

§ 37 Anforderungen an den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit

- (1) Die medizinische Notwendigkeit des Einsatzes eines Medizinproduktes nach den Kriterien des § 36 ist anhand von Studien höchstmöglicher Evidenz und ggf. weiterer Literatur zu belegen.
- (2) Auf der Basis systematischer Literaturrecherchen ist nachzuweisen, dass ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens in den einschlägigen Fachkreisen über den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen des Medizinproduktes zur Behandlung der Erkrankung besteht.

2. Titel Antragsverfahren

§ 38 Anforderungen an die Antragstellung

- (1) Nach § 34 Abs. 6 Satz 1 SGB V können Hersteller (i. S. d. MPG) beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Antrag zur Aufnahme eines Medizinproduktes in die Anlage 12 AMR stellen.
- (2) ¹ Die §§ 32 bis 34 gelten für Medizinprodukte entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anträge unter Verwendung des Antragsbogens (Anlage 3.1) sowie des Studienextraktionsbogens gemäß Anlage 3.2 und 3.3 zu stellen sind. ² Zu den für die Antragsbegründung erforderlichen Nachweisen gehören:
1. die Angabe der Bezeichnung des Medizinproduktes
 2. die Zusammensetzung nach Art und Menge
 3. die Angabe der Zweckbestimmung
 4. die Angabe zum ATC-Code (sofern vergeben)
 5. die Angaben zur Zertifizierung (Zeitpunkt, benannte Stelle, Zertifizierungsnummer, Befristung, Klassifizierung) einschließlich der Vorlage einer Kopie des CE-Zertifikates
 6. die Angabe der Verkaufsabgrenzung
 7. das Beifügen einer aktuellen Produktinformation
 8. die Angaben zur klinischen Bewertung des Medizinproduktes gemäß § 19 MPG
 9. Literatur zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit gemäß § 36.
- (3) Änderungen der Angaben gemäß Abs. 2 sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss unverzüglich mitzuteilen.

- (4) Der Antrag und die zu seiner Begründung erforderlichen Unterlagen nach Abs. 2 sind in schriftlicher Form sowie zusätzlich auf einem elektronischen Datenträger einzureichen; per E-Mail können keine Verfahrensanträge oder Schriftsätze rechtswirksam eingereicht werden.

6. Abschnitt Bewertung von Arzneimitteln zur Erhöhung der Lebensqualität gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V

§ 39 Grundsätzliche Voraussetzungen

Die Prüfung, ob ein Arzneimittel als Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität im Sinne des § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V einzuordnen ist, erfolgt auf der Grundlage der arzneimittelrechtlichen Zulassung als Ausdruck der objektiven Zweckbestimmung des Arzneimittels.

§ 40 Bewertungskriterien

- (1) ¹Von der Versorgung ausgeschlossen sind Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. ² Dies sind Arzneimittel, deren Einsatz im Wesentlichen durch die private Lebensführung bedingt ist oder die aufgrund ihrer Zweckbestimmung insbesondere
1. nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,
 2. zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,
 3. zur Behandlung von Befunden angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist oder
 4. zur Anwendung bei kosmetischen Befunden angewandt werden, deren Behandlung in der Regel medizinisch nicht notwendig ist.
- (2) Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen (§ 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V).
- (3) Die ausgeschlossenen Fertigarzneimittel sind in einer Übersicht als Anlage 8 der Arzneimittel-Richtlinie zusammengestellt.

7. Abschnitt Bewertung der Verordnungsfähigkeit von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten nach § 35b Abs. 3 SGB V

1. Titel Allgemeine Grundsätze

§ 41 Verordnungsvoraussetzung

Die Verordnung von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (im folgenden Off-Label-Indikation) ist zulässig

1. wenn mit Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers die Expertengruppen nach § 35b Abs. 3 Satz 1 SGB V eine positive Bewertung zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis über die Anwendung dieser Arzneimittel in den nicht zugelassenen Indikationen oder Indikationsbereichen als Empfehlung abgegeben haben und
2. der Gemeinsame Bundesausschuss die Empfehlung in die AMR in Anlage 9 Teil A übernommen hat.

2. Titel Verfahren

§ 42 Einleitung des Verfahrens zur Beauftragung der Expertengruppen Off-Label

- (1) Vorschläge zur Beauftragung der Expertengruppen mit der Bewertung eines zugelassenen Arzneimittels in einer Off-Label-Indikation sind grundsätzlich über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen bei der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses einzureichen.
- (2) Ein Vorschlag zur Beauftragung der Expertengruppen muss die Bezeichnung des Arzneimittels, dessen zugelassene Indikationen und die zur Bewertung vorgesehene Off-Label-Indikation enthalten.
- (3) Es ist anzugeben, ob und ggf. welche therapeutische Alternativen (zugelassene, auch wirkstoffgleiche Arzneimittel und anerkannte nicht medikamentöse Behandlungsmethoden) in der Off-Label-Indikation eingesetzt werden.
- (4) Der Vorschlag ist durch Literatur zum Einsatz des zugelassenen Arzneimittels in der Off-Label-Indikation zu begründen.
- (5) Vorschläge, die sich nicht auf die Bewertung eines Arzneimittels im Bereich der themenbezogenen eingerichteten Expertengruppen beziehen, können nicht berücksichtigt werden.

§ 43 Grundsätze der Zusammenarbeit mit den Expertengruppen und der Geschäftsstelle Kommissionen beim BfArM

- (1) Vor einer Beauftragung der Expertengruppen holt der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Geschäftsstelle Kommission eine Auskunft über den Zulassungsstatus des zu bewertenden Arzneimittels ein, insbesondere unter dem Gesichtspunkt,
 1. ob für das beantragte Indikationsgebiet eine Zulassung beantragt ist oder gestützt auf Versagensgründe des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 bis 5a und 7 AMG bereits eine ablehnende Zulassungsentscheidung ergangen ist und sich zwischenzeitlich keine neuen Erkenntnisse ergeben haben oder
 2. ob für die beantragte Indikation die Zulassung aus einem der genannten Gründe (§ 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 bis 5a und 7 AMG) widerrufen, zurückgenommen oder deren Ruhen nach § 30 AMG angeordnet worden ist.
- (2) Die Beauftragung der Expertengruppen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt schriftlich über die Geschäftsstelle Kommissionen.
- (3) Im Rahmen einer Beauftragung soll die Geschäftsstelle Kommissionen beauftragt werden, den Gemeinsamen Bundesausschuss in regelmäßigen Abständen über den Stand der Verfahren sowie über Zulassungsänderungen der zu bewertenden oder anderer Arzneimittel in Bezug auf die Off-Label-Indikation zu berichten.
- (4) Bei Zulassungen für die Off-Label-Indikation erlischt der Auftrag an die Expertengruppen.
- (5) Die Bewertungen beinhalten umfassende Angaben zu den folgenden Aspekten:
 1. Off-Label-Indikation / Anwendungsgebiet
 2. Angabe des Behandlungsziels
 3. Welche Wirkstoffe sind für die entsprechende Indikation zugelassen?
 4. Nennung der speziellen Patientengruppe (z. B. vorbehandelt, nicht vorbehandelt, Voraussetzungen wie guter Allgemeinzustand usw.)
 5. ggf. Nennung der Patientinnen und Patienten, die nicht behandelt werden sollten
 6. Dosierung (z. B. Mono- oder Kombinationstherapie, gleichzeitig, zeitversetzt, Abstand usw.)
 7. Behandlungsdauer, Anzahl der Zyklen
 8. Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?

- 9. Nebenwirkungen/Wechselwirkungen, wenn diese über die zugelassene Fachinformation hinausgehen oder dort nicht erwähnt sind
 - 10. Weitere Besonderheiten
- (6) ¹ Die Geschäftsstelle Kommissionen leitet dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Bewertungen der Expertengruppen zu. ² Die Übermittlung der Bewertung beinhaltet auch die jeweilige Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers zur Haftungsübernahme nach § 84 AMG.
- (7) Über die Rücknahme der Zustimmung zur Haftungsübernahme eines pharmazeutischen Unternehmers nach § 84 AMG ist der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Geschäftsstelle Kommissionen zu informieren.
- (8) Die Bewertungen sind in geeigneten Zeitabständen durch die Expertengruppen zu überprüfen und erforderlichenfalls an die Weiterentwicklung des Stands der wissenschaftlichen Erkenntnis anzupassen.

§ 44 Annahme der Empfehlung und Plausibilitätsprüfung

Eine Annahme der zugeleiteten Bewertungen als Empfehlung zur Umsetzung in der AMR erfolgt nach einer Plausibilitätskontrolle hinsichtlich der sachgerechten Bearbeitung des erteilten Auftrages durch den Unterausschuss.

Anlagenverzeichnis 4. Kapitel Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten

Anlage I	Ermittlung der Vergleichsgrößen gemäß § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V
Anlage II	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel
Anlage III	Medizinprodukte

Anlage I zum 4. Kapitel – Ermittlung der Vergleichsgrößen gemäß § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V

Gemäß § 35 Abs. 3 Satz 5 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss die für die Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 3 SGB V notwendigen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder andere geeignete Vergleichsgrößen zu ermitteln.

§ 1 Vergleichsgröße für Wirkstoffe mit vergleichbarer Applikationsfrequenz

¹ Als geeignete Vergleichsgröße im Sinne des § 35 Abs. 1 Satz 5 wird die ordnungsgewichtete durchschnittliche Einzelwirkstärke je Wirkstoff bestimmt. ² Sie wird nach Maßgabe der folgenden Methodik ermittelt.

1. Ermittlung der gewichteten Einzelwirkstärke

(1) ¹ Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nur therapeutisch sinnvolle Wirkstärken zugelassen werden. ² Um der therapeutischen Relevanz der einzelnen Wirkstärken angemessen Rechnung zu tragen, ist ihre jeweilige Verordnungshäufigkeit zu berücksichtigen. ³ Zu diesem Zweck werden für jeden einzelnen Wirkstoff die zu den im Markt verfügbaren Einzelwirkstärken ausgewiesenen Verordnungen (VO) anhand der zum Stichtag zuletzt verfügbaren Jahresdaten nach § 84 Abs. 5 SGB V herangezogen.

(2) ¹ Jeder wirkstärkenbezogen ermittelte prozentuale Verordnungsanteil wird zunächst abgerundet und zu diesem Ergebnis der Wert 1 addiert. ² Dieser Gewichtungswert ist also stets die nächst größere ganze Zahl. ³ Jede Einzelwirkstärke wird dann mit ihrem Gewichtungswert multipliziert und als gewichtete Einzelwirkstärke je Wirkstoff ausgewiesen.

2. Ermittlung der durchschnittlichen Einzelwirkstärke

(1) ¹ Anschließend werden für jeden einzelnen Wirkstoff die gewichteten Einzelwirkstärken addiert und durch die Summe der Gewichtungswerte des Wirkstoffes dividiert. ² Die so ermittelte durchschnittliche Einzelwirkstärke ergibt die Vergleichsgröße (VG) des Wirkstoffs. ³ Diese berücksichtigt die Verordnungsrelevanz der einzelnen Einzelwirkstärken (Wirkstärke pro abgeteilte Einheit) und erlaubt einen quantitativen Vergleich der therapeutischen Einsatzbreite des jeweiligen Wirkstoffes.

$VG = \sum \text{verordnungsgewichtete Einzelwirkstärke}$

(2) ¹ Die VG wird grundsätzlich kaufmännisch gerundet und mit einer Nachkommastelle festgelegt. ² Sofern gruppenspezifische Besonderheiten ein Abweichen von dem Rundungsgrundsatz erfordern, werden diese in den tragenden Gründen zur jeweiligen Festbetragsgruppe dokumentiert.

§ 2 Vergleichsgröße für Wirkstoffe mit unterschiedlicher Applikationsfrequenz

¹ Als geeignete Vergleichsgröße im Sinne des § 35 Abs. 1 Satz 5 wird die ordnungsgewichtete durchschnittliche Einzelwirkstärke für Wirkstoffe mit Dauertherapie oder Mischformen aus Dauertherapie und zyklischer Therapie bestimmt, die eine unterschiedliche Applikationsfre-

quenz innerhalb von 24 Stunden besitzen. ² Sie wird nach Maßgabe der folgenden Methodik ermittelt:

1. Ermittlung der gewichteten Einzelwirkstärke

(1) ¹ Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nur therapeutisch sinnvolle Wirkstärken zugelassen werden. ² Um der therapeutischen Relevanz der einzelnen Wirkstärken angemessen Rechnung zu tragen, ist ihre jeweilige Verordnungshäufigkeit zu berücksichtigen. ³ Zu diesem Zweck werden für jeden einzelnen Wirkstoff die zu den im Markt verfügbaren Einzelwirkstärken ausgewiesenen Verordnungen anhand der zum Stichtag zuletzt verfügbaren Jahresdaten nach § 84 Abs. 5 SGB V herangezogen.

(2) ¹ Jeder wirkstärkenbezogen ermittelte prozentuale Verordnungsanteil wird zunächst abgerundet und zu diesem Ergebnis der Wert 1 addiert. ² Der Gewichtungswert ist also stets die nächst größere ganze Zahl. ³ Jede Einzelwirkstärke wird dann mit ihrem Gewichtungswert multipliziert und als gewichtete Einzelwirkstärke ausgewiesen.

2. Ermittlung der durchschnittlichen Einzelwirkstärke

¹ Anschließend werden für jeden einzelnen Wirkstoff die gewichteten Einzelwirkstärken addiert und durch die Summe der Gewichtungswerte des Wirkstoffes dividiert. ² Die so ermittelte durchschnittliche Einzelwirkstärke ergibt die vorläufige Vergleichsgröße (vVG). ³ Diese berücksichtigt die Verordnungsrelevanz der einzelnen Einzelwirkstärken (Wirkstärke pro abgeteilte Einheit).

vVG = \emptyset verordnungsgewichtete Einzelwirkstärke

3. Ermittlung der applikationsbezogenen Vergleichsgröße

(1) ¹ Bei den hier gruppierten Wirkstoffen unterscheiden sich die durchschnittlichen täglichen Einnahmefrequenzen der Wirkstoffe. ² Um die Vergleichsgröße sachgerecht berechnen zu können, werden die täglichen Applikationsfrequenzen (APFr) einbezogen.

(2) ¹ Liegt für den Wirkstoff ein Mustertext des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vor, werden die Angaben der Applikationsfrequenzen entsprechend diesem übernommen. ² Liegt kein wirkstoffbezogener Mustertext vor, werden zur Ermittlung der Applikationsfrequenzen die jeweils aktuellsten verfügbaren Fachinformationen herangezogen.

(3) ¹ Die Applikationsfrequenzen sind pro Wirkstoff ggf. je nach gruppenspezifischen Besonderheiten entsprechend den verschiedenen Anwendungsgebieten und/oder Applikationssysteme zu kategorisieren. ² Liegen pro Kategorie mehrere Angaben vor, wird für diese Kategorie die jeweils kleinste ganze Applikationsfrequenz berücksichtigt.

(4) ¹ Aus den für die Kategorien eines Wirkstoffes vorliegenden kleinstmöglichen Applikationsfrequenzen werden pro Wirkstoff die verschiedenen Ausprägungen ermittelt. ² Der Durchschnittswert dieser Ausprägungen (\emptyset APFr-Wirkstoff) ist der Applikationsfaktor (APF) des Wirkstoffes.

APF = \emptyset APFr-Wirkstoff

(5) ¹ Sofern gruppenbezogen eine Standardisierung des Durchschnittswertes erforderlich ist, wird zu diesem Zweck die Standardapplikationsfrequenz der Festbetragsgruppe bestimmt.

² Die Standardapplikationsfrequenz der Festbetragsgruppe (APFr-Standard) ist die Applikationsfrequenz in der Festbetragsgruppe, die am häufigsten vorkommt, unabhängig von ihrer absoluten Größe. ³ Der Applikationsfaktor APF ergibt sich dann aus dem Verhältnis des Durchschnittswertes und der Standardapplikationsfrequenz:

$$\frac{\text{Ø APFr-Wirkstoff}}{\text{APFr-Standard}}$$

$$\text{APF} = \frac{\text{Ø APFr-Wirkstoff}}{\text{APFr-Standard}}$$

⁴ Der berechnete Applikationsfaktor (APF) wird anschließend mit der vorläufigen Vergleichsgröße multipliziert und ergibt die endgültige Vergleichsgröße.

$$\text{VG} = \text{vVG} \times \text{APF}$$

(6) ¹ Die VG wird grundsätzlich kaufmännisch gerundet und mit einer Nachkommastelle festgelegt. ² Sofern gruppenspezifische Besonderheiten ein Abweichen von dem Rundungsgrundsatz erfordern, werden diese in den tragenden Gründen zur jeweiligen Festbetragsgruppe dokumentiert.

§ 3 Vergleichsgröße für Wirkstoffe mit unterschiedlichen Applikationsfrequenzen und Behandlungszeiten

¹ Als geeignete Vergleichsgröße im Sinne des § 35 Abs. 1 Satz 5 wird die verordnungsgewichtete durchschnittliche Gesamtwirkstärke für Wirkstoffe mit zyklischer Therapie bestimmt. ² Sie wird nach Maßgabe der folgenden Methodik ermittelt:

1. Ermittlung der gewichteten Gesamtwirkstärke

(1) ¹ Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nur therapeutisch sinnvolle Wirkstärken zugelassen werden. ² Bei Wirkstoffen, die in zyklischen Therapien Anwendung finden, ist die Packungsgröße im Allgemeinen sowohl dem Anwendungsgebiet als auch der Anwendungsdauer angemessen. ³ Sie ist somit Ausdruck der unterschiedlichen Behandlungszeiten und der unterschiedlichen Applikationsfrequenzen der Wirkstoffe. ⁴ Um der therapeutischen Relevanz der einzelnen Gesamtwirkstärken je Packung angemessen Rechnung zu tragen, ist ihre jeweilige Verordnungshäufigkeit zu berücksichtigen. ⁵ Zu diesem Zweck werden für jeden einzelnen Wirkstoff die zu den im Markt verfügbaren Gesamtwirkstärken ausgewiesenen Verordnungen anhand der zum Stichtag zuletzt verfügbaren Jahresdaten nach § 84 Abs. 5 SGB V herangezogen.

(2) ¹ Jeder gesamtwirkstärkenbezogen ermittelte prozentuale Verordnungsanteil wird zunächst abgerundet und zu diesem Ergebnis der Wert 1 addiert. ² Der Gewichtungswert ist also stets die nächst größere ganze Zahl. Jede Gesamtwirkstärke wird dann mit ihrem Gewichtungswert multipliziert und als gewichtete Gesamtwirkstärke ausgewiesen.

2. Ermittlung der durchschnittlichen Gesamtwirkstärke

(1) ¹ Anschließend werden für jeden einzelnen Wirkstoff die gewichteten Gesamtwirkstärken addiert und durch die Summe der Gewichtungswerte des Wirkstoffes dividiert. ² Die so ermittelte durchschnittliche Gesamtwirkstärke ergibt die Vergleichsgröße. ³ Diese berücksichtigt die Verordnungsrelevanz der einzelnen Gesamtwirkstärken (Wirkstärke pro Packung) und erlaubt einen quantitativen Vergleich der therapeutischen Einsatzbreite des jeweiligen Wirkstoffes.

VG= Ø verordnungsgewichtete Gesamtwirkstärke

(2) ¹ Die VG wird grundsätzlich kaufmännisch gerundet und ohne Nachkommastelle festgelegt. ² Sofern gruppenspezifische Besonderheiten ein Abweichen von dem Rundungsgrundsatz erfordern, werden diese in den tragenden Gründen zur jeweiligen Festbetragsgruppe dokumentiert.

§ 4 Vergleichsgröße für Wirkstoffe mit unterschiedlichen Applikationsfrequenzen und Intervallen, unterschiedlichen Behandlungszeiten und unterschiedlicher Anzahl therapiefreier Tage

¹ Als geeignete Vergleichsgröße im Sinne des § 35 Abs. 1 Satz 5 wird die verordnungsgewichtete durchschnittliche intervallbezogene Gesamtwirkstärke für Wirkstoffe mit Intervalltherapie oder Mischformen aus Intervalltherapie und Dauertherapie bestimmt. ² Sie wird nach Maßgabe der folgenden Methodik ermittelt:

1. Ermittlung der gewichteten Gesamtwirkstärke

(1) ¹ Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nur therapeutisch sinnvolle Wirkstärken zugelassen werden. ² Bei Wirkstoffen, die in den oben genannten Therapieformen angewendet werden, ist die Packungsgröße Ausdruck der Therapietage und der unterschiedlichen Applikationsfrequenzen der Wirkstoffe. ³ Um der therapeutischen Relevanz der einzelnen Gesamtwirkstärken je Packung angemessen Rechnung zu tragen, ist ihre jeweilige Verordnungshäufigkeit zu berücksichtigen. ⁴ Zu diesem Zweck werden für jeden einzelnen Wirkstoff die zu den im Markt verfügbaren Gesamtwirkstärken ausgewiesenen Verordnungen anhand der zum Stichtag zuletzt verfügbaren Jahresdaten nach § 84 Abs. 5 SGB V herangezogen.

(2) ¹ Jeder gesamtwirkstärkenbezogen ermittelte prozentuale Verordnungsanteil wird zunächst abgerundet und zu diesem Ergebnis der Wert 1 addiert. ² Der Gewichtungswert ist also stets die nächst größere ganze Zahl. ³ Jede Gesamtwirkstärke wird dann mit ihrem Gewichtungswert multipliziert und als gewichtete Gesamtwirkstärke ausgewiesen.

2. Ermittlung der durchschnittlichen Gesamtwirkstärke

¹ Anschließend werden für jeden einzelnen Wirkstoff die gewichteten Gesamtwirkstärken addiert und durch die Summe der Gewichtungswerte des Wirkstoffes dividiert. ² Die so ermittelte durchschnittliche Gesamtwirkstärke ergibt die vorläufige Vergleichsgröße (vVG). ³ Diese berücksichtigt die Verordnungsrelevanz der einzelnen Gesamtwirkstärken (Wirkstärke pro Packung).

vVG= Ø verordnungsgewichtete Gesamtwirkstärke

3. Ermittlung der intervallbezogenen Vergleichsgröße

(1) ¹ Bei den hier betroffenen Therapieformen bildet die Packungsgröße allein nicht im ausreichenden Maß die Reichweite einer Packung im Rahmen der Intervalltherapie ab. ² Spezifische Ausprägungen des Therapieintervalls müssen wirkstoffbezogen in die Vergleichsgröße einbezogen werden.

(2) ¹ Ein Therapieintervall (TI) lässt sich als Summe der Therapietage (TT) und der therapiefreien Tage (TF) abbilden:

$$TI = TT + TF$$

² Das Verhältnis aus durchschnittlichen Therapieintervallen ($\bar{\text{TI}}$) und den durchschnittlichen therapiefreien Tagen ($\bar{\text{TF}}$) drückt die spezifischen Ausprägungen des wirkstoffbezogenen Therapieintervalls aus:

$$\frac{\bar{\text{TI}}}{\bar{\text{TF}}}$$

³ Durch Multiplikation dieses Quotienten mit den ordnungsgewichteten Gesamtwirkstärken erhält man die intervallbezogene Vergleichsgröße (Wirkstärke pro Packung sowie Berücksichtigung von Therapieintervall und therapiefreien Tagen).

$$VG = \frac{\bar{\text{ordnungsgewichtete Gesamtwirkstärke}} \times \bar{\text{TI}}}{\bar{\text{TF}}}$$

(3) ¹ Die VG wird grundsätzlich kaufmännisch gerundet und ohne Nachkommastelle festgelegt. ² Sofern gruppenspezifische Besonderheiten ein Abweichen von dem Rundungsgrundsatz erfordert, wird dieses in den tragenden Gründen zur jeweiligen Festbetragsgruppe dokumentiert.

§ 5 Die Vergleichsgröße für Wirkstoffkombinationen mit vergleichbarer Applikationsfrequenz

¹ Als geeignete Vergleichsgröße im Sinne des § 35 Abs. 1 Satz 5 wird in Wirkstoffkombinationen die ordnungsgewichtete durchschnittliche Einzelwirkstärke der jeweiligen Wirkstoffe bestimmt. ² Sie wird nach Maßgabe der folgenden Methodik ermittelt.

1. Ermittlung der gewichteten Einzelwirkstärke je Wirkstoff der Wirkstoffkombination

(1) ¹ Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nur therapeutisch sinnvolle Wirkstärkenkombinationen verschiedener Wirkstoffkombinationen zugelassen werden. ² Um der therapeutischen Relevanz des einzelnen Wirkstoffes innerhalb der Wirkstärkenkombinationen angemessene Rechnung zu tragen, ist ihre jeweilige Verordnungshäufigkeit zu berücksichtigen. ³ Zu diesem Zweck werden für jeden einzelnen Wirkstoff in der Wirkstoffkombination, die zu den im Markt verfügbaren Einzelwirkstärken ausgewiesenen Verordnungen anhand der zum Stichtag zuletzt verfügbaren Jahresdaten nach § 84 Abs. 5 SGB V herangezogen.

(2) ¹ Jeder wirkstoff-/wirkstärkenbezogene ermittelte prozentuale Verordnungsanteil wird zunächst abgerundet und zu diesem Ergebnis der Wert 1 addiert. ² Der Gewichtungswert ist also stets die nächst größere ganze Zahl. ³ Jede Einzelwirkstärke wird dann mit ihrem Gewichtungswert multipliziert und als gewichtete Einzelwirkstärke je Wirkstoff der Wirkstoffkombination ausgewiesen.

2. Ermittlung der durchschnittlichen Einzelwirkstärke je Wirkstoff

(1) ¹ Anschließend werden für jeden einzelnen Wirkstoff der Wirkstoffkombination die gewichteten Einzelwirkstärken des Wirkstoffs addiert und durch die Summe der Gewichtungswerte des jeweiligen Wirkstoffs dividiert. ² Die so ermittelte durchschnittliche Einzelwirkstärke für

jeden einzelnen Wirkstoff der Wirkstoffkombination ergibt die wirkstoffbezogene Vergleichsgröße.³ Diese berücksichtigt die Ordnungsrelevanz der einzelnen Wirkstärkenkombinationen und erlaubt einen quantitativen Vergleich der therapeutischen Einsatzbreite der jeweiligen Wirkstoffkombination.

VG Wirkstoff= Ø ordnungsgewichtete Einzelwirkstärke des Wirkstoffs der Wirkstoffkombination

(2) ¹ Die VG wird grundsätzlich kaufmännisch gerundet und mit zwei Nachkommastellen festgelegt. ² Sofern gruppenspezifische Besonderheiten ein Abweichen von dem Rundungsgrundsatz erfordern, werden diese in den tragenden Gründen zur jeweiligen Festbetragsgruppe dokumentiert.

§ 6 Anpassung und Aktualisierung der Festbetragsgruppen

¹ Festbetragsgruppen als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und deshalb in geeigneten Zeitabständen überprüft werden.² Die Aktualisierung von Vergleichsgrößen erfolgt durch eine rechnerische Anpassung unter Berücksichtigung der Jahresdaten nach § 84 Abs. 5 SGB V gemäß § 35 Abs. 5 Satz 7 SGB V der von einer Festbetragsgruppe erfassten Arzneimittel.

Anlage II zum 4. Kapitel – Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

2.1. Antragsbogen zur Aufnahme eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel in die AMR

- 1. Bezeichnung des Fertigarzneimittels**
- 2. Wirkstoff mit Synonymen:**
- 3. Wirkstoffgruppe:**
- 4. Beantragte Erkrankung:**
- 5. Zugelassene Anwendungsgebiet(e)**
- 6. ATC-Code:**
- 7. Verkaufsabgrenzung:**
- 8. Dauer der Verkehrsfähig:**
- 9. Aktuelle Fachinformation (als Anlage)**
- 10. Nachweis der schwerwiegenden Erkrankung i. S. der Definition nach Nr. 16.2 AMR**
 - Argumentation
 - Literatur (in Kopie mit Zitat)
- 11. Nachweis des Therapiestandards bei der Behandlung dieser Erkrankung (Nr. 16.3 AMR)**
 - Argumentation
 - Datenbankrecherche(n):
Für Einzelstudien und systematische Übersichten / Metaanalysen: Mindestens eine Suche in der Datenbank Medline mit Darlegung der Suchstrategie, des Datenbankanbieters und des Datums der Recherche, der Treffer, Angabe von Ein- und Ausschlusskriterien, Bewertung der Treffer anhand der benannten Ein- und Ausschlusskriterien in tabellarischer Form für die im Volltext gesichteten Publikationen, siehe Anhang, Darstellung einer Übersicht in Form eines Flussdiagramms

(analog dem QUOROM-Statement: <http://www.consort-statement.org/QUOROM.pdf>).

Für Leitlinien: Mindestens eine Suche nach deutschen Versorgungsleitlinien (<http://www.versorgungsleitlinien.de>), bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Evidence based Guidelines (<http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>) mit Darlegung der Suchstrategie, bei weiteren Suchen mit Angaben des Datenbankanbieters, Angabe des Datums der Recherche, Angabe von Ein- und Ausschlusskriterien, Bewertung anhand der benannten Ein- und Ausschlusskriterien in tabellarischer Form, siehe Anhang.

Für HTA-Berichte: Mindestens eine Suche bei der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) bei DIMDI (<http://www.dimdi.de>) und Centre for Reviews and Dissemination (CRD) (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/aboutcrd.htm>) und der Cochrane Datenbank für systematische Übersichten (<http://www.thecochranelibrary.com>) mit Darlegung der Suchstrategie, bei weiteren Datenbanken mit Angabe des Datenbankanbieters, Angabe des Datums der Recherche, Angabe von Ein- und Ausschlusskriterien, Bewertung anhand der benannten Ein- und Ausschlusskriterien in tabellarischer Form.

- Metaanalysen, HTA-Berichte, systematische Übersichten sind nach dem Bogen (Anlage 2.2) zu extrahieren und einzelne klinische Studien, die nach dem obigen Vorgehen gefunden und als relevant erachtet wurden, sind nach dem beigefügten Bogen (Anlage 2.3) zu extrahieren. Alle Treffer sind gemäß Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu klassifizieren.

Generell: Alle Dokumente (Stellungnahme, Darlegung der Rechercheergebnisse, Bewertung der relevanten Publikationen, Volltexte) sind in elektronisch lesbarer Form im Word- oder pdf-Format zu übermitteln. Zusätzlich ist die Übermittlung der Rechercheergebnisse in Form einer oder mehrerer Literaturdatenbanken in elektronischer Form erforderlich. Die Literaturdatenbanken müssen sämtliche mit den Recherchen identifizierten Literaturzitate beinhalten, unabhängig davon, ob sie durch die späteren Selektionsschritte als relevant oder als irrelevant erachtet wurden.

Tabellarische Darstellung der Bewertung der Treffer in der/den Recherche(n)

Treffer	Bewertung

Beispiel:

Treffer	Bewertung
<p>Erläuterung <i>Treffernummer, Autor, Titel, Quelle</i></p>	<p><i>Stichwortartige Angabe zum Ausschlussgrund, ansonsten Angabe „eingeschlossen“</i></p>
<p>L9 ANSWER 1 OF 39 MEDLINE on STN AU Holme S A; Anstey A V; Finlay A Y; Elder G H; Badminton M N TI Abstract No. 1 Epidemiology of erythropoietic protoporphyria: the U.K. experience. SO The British journal of dermatology, (2006 Oct) Vol. 155, No. 4, pp. 866. Journal code: 0004041. ISSN: 0007-0963.</p>	<p>Untersuchung der Epidemiologie, kein RCT</p>
<p>L9 ANSWER 2 OF 39 MEDLINE on STN DUPLICATE 1 AU Holme S A; Anstey A V; Finlay A Y; Elder G H; Badminton M N TI Erythropoietic protoporphyria in the U.K.: clinical features and effect on quality of life. SO The British journal of dermatology, (2006 Sep) Vol. 155, No. 3, pp. 574-81. Journal code: 0004041. ISSN: 0007-0963.</p>	<p>Untersuchung der Epidemiologie, keine RCT</p>
<p>L9 ANSWER 3 OF 39 EMBASE COPYRIGHT (c) 2006 Elsevier B.V. All rights reserved on STN AU Wood L.H.; Whatley S.D.; McKenna K.; Badminton M.N. TI Exonic deletions as a cause of erythropoietic protoporphyria. SO Annals of Clinical Biochemistry, (2006) Vol. 43, No. 3, pp. 229-232. Refs: 12 ISSN: 0004-5632 E-ISSN: 0004-5632 CODEN: ACBOBU</p>	<p>Diagnostik, keine Studie zur Therapie</p>

Treffer	Bewertung
<p>L9 ANSWER 4 OF 39 EMBASE COPYRIGHT (c) 2006 Elsevier B.V. All rights reserved on STN AU Badminton M.N.; Elder G.H. TI Molecular mechanisms of dominant expression in porphyria. SO Journal of Inherited Metabolic Disease, (2005) Vol. 28, No. 3, pp. 277-286. Refs: 39 ISSN: 0141-8955 CODEN: JIMDDP</p>	<p>Übersichtsarbeit, keine Studie</p>
<p>L9 ANSWER 5 OF 39 EMBASE COPYRIGHT (c) 2006 Elsevier B.V. All rights reserved on STN AU Eichbaum Q.G.; Dzik W.H.; Chung R.T.; Szczepiorkowski Z.M. TI Red blood cell exchange transfusion in two patients with advanced erythropoietic protoporphyria. SO Transfusion, (2005) Vol. 45, No. 2, pp. 208-213. Refs: 22 ISSN: 0041-1132 CODEN: TRANAT</p>	<p>Plasmapherese versus Erythrozytenuaustausch bei 2 Patienten, andere Intervention</p>

2.2. Studienextraktionsbogen für Einzelstudien

1.	Quelle	
2.	Indikation	
3.	Bezugsrahmen	
4.	Fragestellung / Zielsetzung	
5.	relevante Ein-, Ausschlusskriterien	
6.	Prüf-Intervention	
7.	Vergleichsintervention	
8.	evtl. weitere Behandlungsgruppen	
9.	Design	
10.	Zahl der Zentren	
11.	Details, falls >1	
12.	Randomisierung	
13.	Concealment	
14.	Verblindung	
15.	Beobachtungsdauer	
16.	primäre Zielkriterien*	
17.	sekundäre Zielkriterien*	
18.	Anzahl zu behandelnder Patienten	
19.	Anzahl eingeschlossener und ausgewerteter Patienten	
20.	Vergleichbarkeit der Gruppen	
21.	Darstellung nach CONSORT-Schema der eingeschlossenen Patienten	
22.	Ergebnisse*	
23.	Unerwünschte Therapie-wirkung	
24.	Fazit der Autoren	
25.	Bewertung der methodischen Qualität	

*Bei Erhebung der Lebensqualität sind Angaben zur Validität der Messinstrumente erforderlich.

Anlage II zum 4. Kapitel

Für quantitative Zielkriterien

Zielkriterium	Verum			Kontrolle			Maß für Gruppenunterschied	Schätzer und 95% Konfidenzintervall für Gruppenunterschied	p-Wert (optional)
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD			

Für dichotome Zielkriterien

Zielkriterium	Anzahl Patienten mit Ereignis / Anzahl aller Patienten		Maß für Gruppenunterschied	Schätzer und 95% Konfidenzintervall für Gruppenunterschied	p-Wert (optional)
	Verum	Kontrolle			

2.3. Studienextraktionsbogen für systematische Übersichten, Metaanalysen und HTA Berichte

Nr	Feld	Hinweise
1	Autor	
2	Titel	
3	Quelle	
4	Bezugsrahmen	
5	Fragestellung	
6	Krankheit	
7	Intervention	
8	Einschlusskriterien	<i>The selection criteria (i.e. population, intervention, outcome, and study design): methods for validity assessment, data abstraction, and study characteristics, and quantitative data synthesis in sufficient detail to permit replication</i>
9	Ausschlusskriterien	
10	Ergebnis der Recherche	<i>Characteristics of the RCTs included and excluded: qualitative and quantitative findings (i.e. point estimates and confidence intervals); and sub-group analyses</i>
11	Einführung	<i>The explicit clinical problem, biological rationale for the intervention and rationale for the review</i>
12	Beschreibung der Suche	<i>The information sources in detail (e.g. databases, registers, personal files, expert informants, agencies, hand-searching), and any restrictions (years considered, publication status, language of publication)</i>
13	Methodische Beschreibung des Vorgehens	<i>Data abstraction: The process or processes used (e.g. completed independently, in duplicate)</i>
14	Validität	<i>The criteria and process used (e.g. masked conditions, quality assessment, and their findings)</i>
15	Charakterisierung der Studien	<i>The type of study design, participants' characteristics, details of intervention, outcome definitions, and how clinical heterogeneity was assessed</i>
16	Quantitative Ergebnisse der Synthese	<i>The principal measures of effect (e.g. relative risk), method of combining results (statistical testing and confidence intervals), handling of missing data; how statistical heterogeneity was assessed; a rationale for any apriori sensitivity and sub-group analyses; and any assessment of publication bias</i>
17	Darstellung in einem Flussdiagramm	<i>Trial flow: Provide a meta-analysis profile summarising trial flow</i>
18	Charakterisierung der gefundenen Studien	<i>Present descriptive data for each trial (e.g. age, sample size, intervention, dose, duration, follow-up period)</i>
19	Nebenwirkungen	
20	Schlussfolgerung	<i>The main results</i>
21	Bewertung der methodischen Qualität	<i>Summarise key findings; discuss clinical inferences based on internal and external validity; interpret the results in the light of the totality of available evidence; describe potential biases in the review process (e.g. publication bias); and suggest a future research agenda</i>

Siehe auch Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF et al. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the Quorum Statement. *The Lancet* (1999) 354: 1896-900.

Anlage III zum 4. Kapitel – Medizinprodukte

3.1. Antragsbogen zur Aufnahme eines verordnungsfähigen Medizinproduktes in Anlage 12 AMR

- 1. Bezeichnung des Medizinproduktes:**
- 2. Zusammensetzung nach Art und Menge:**
- 3. Zweckbestimmung:**
- 4. ATC-Code:**
- 5. Angaben zur Zertifizierung (einschließlich der Vorlage der Kopie des CE-Zertifikates):**
 - 5.1 Zeitpunkt:
 - 5.2 Benannte Stelle:
 - 5.3 Zertifizierungsnummer:
 - 5.4 Befristung:
 - 5.5. Klassifizierung:
- 6. Verkaufsabgrenzung:**
- 7. Anlage Produktinformation:**
- 8. Anlage klinische Bewertung gemäß § 19 MPG:**
- 9. Nachweis der medizinischen Notwendigkeit gemäß § 37:**
 - 10.1. Nachweis der medizinischen Notwendigkeit nach den Kriterien des § 36
 - Argumentation
 - Literatur (in Kopie mit Zitat)
 - 10.2. Nachweis des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens
 - Argumentation
 - Datenbankrecherche(n):

Für Einzelstudien und systematische Übersichten / Metaanalysen: Mindestens eine Suche in der Datenbank Medline mit Darlegung der Suchstrategie, des Datenbankanbieters und des Datums der Recherche, der Treffer, Angabe von Ein- und Ausschlusskriterien, Bewertung der Treffer anhand

der benannten Ein- und Ausschlusskriterien in tabellarischer Form für die im Volltext gesichteten Publikationen, siehe Anhang, Darstellung einer Übersicht in Form eines Flussdiagramms (analog dem QUOROM-Statement: <http://www.consort-statement.org/QUOROM.pdf>).

Für Leitlinien: Mindestens eine Suche nach deutschen Versorgungsleitlinien (<http://www.versorgungsleitlinien.de>), bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Evidence based Guidelines (<http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>) mit Darlegung der Suchstrategie, bei weiteren Suchen mit Angaben des Datenbank-anbieters, Angabe des Datums der Recherche, Angabe von Ein- und Ausschlusskriterien, Bewertung anhand der benannten Ein- und Ausschlusskriterien in tabellarischer Form, siehe Anhang.

Für HTA-Berichte: Mindestens eine Suche bei der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) bei DIMDI (<http://www.dimdi.de>) und Centre for Reviews and Dissemination (CRD) (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/aboutcrd.htm>) und der Cochrane Datenbank für systematische Übersichten (<http://www.thecochranelibrary.com>) mit Darlegung der Suchstrategie, bei weiteren Datenbanken mit Angabe des Datenbank-anbieters, Angabe des Datums der Recherche, Angabe von Ein- und Ausschlusskriterien, Bewertung anhand der benannten Ein- und Ausschlusskriterien in tabellarischer Form.

- Metaanalysen, HTA-Berichte, systematische Übersichten sind nach dem Bogen (Anlage 3.3) zu extrahieren und einzelne klinische Studien, die nach dem obigen Vorgehen gefunden und als relevant erachtet wurden, sind nach dem beigefügten Bogen (Anlage 3.2) zu extrahieren. Alle Treffer sind gemäß Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu klassifizieren.

Generell: Alle Dokumente (Stellungnahme, Darlegung der Rechercheergebnisse, Bewertung der relevanten Publikationen, Volltexte) sind in elektronisch lesbarer Form im Word- oder pdf-Format zu übermitteln. Zusätzlich ist die Übermittlung der Rechercheergebnisse in Form einer oder mehrerer Literaturdatenbanken in elektronischer Form erforderlich. Die Literaturdatenbanken müssen sämtliche mit den Recherchen identifizierten Literaturzitate beinhalten, unabhängig davon, ob sie durch die späteren Selektionsschritte als relevant oder als irrelevant erachtet wurden.

Tabellarische Darstellung der Bewertung der Treffer in der/den Recherche(n)

Treffer	Bewertung

Beispiel:

Treffer	Bewertung
<p>Erläuterung <i>Treffernummer, Autor, Titel, Quelle</i></p>	<p><i>Stichwortartige Angabe zum Ausschlussgrund, ansonsten Angabe „eingeschlossen“</i></p>
<p>L9 ANSWER 1 OF 39 MEDLINE on STN AU Holme S A; Anstey A V; Finlay A Y; Elder G H; Badminton M N TI Abstract No. 1 Epidemiology of erythropoietic protoporphyria: the U.K. experience. SO The British journal of dermatology, (2006 Oct) Vol. 155, No. 4, pp. 866. Journal code: 0004041. ISSN: 0007-0963.</p>	<p>Untersuchung der Epidemiologie, kein RCT</p>
<p>L9 ANSWER 2 OF 39 MEDLINE on STN DUPLICATE 1 AU Holme S A; Anstey A V; Finlay A Y; Elder G H; Badminton M N TI Erythropoietic protoporphyria in the U.K.: clinical features and effect on quality of life. SO The British journal of dermatology, (2006 Sep) Vol. 155, No. 3, pp. 574-81. Journal code: 0004041. ISSN: 0007-0963.</p>	<p>Untersuchung der Epidemiologie, keine RCT</p>
<p>L9 ANSWER 3 OF 39 EMBASE COPYRIGHT (c) 2006 Elsevier B.V. All rights reserved on STN AU Wood L.H.; Whatley S.D.; McKenna K.; Badminton M.N. TI Exonic deletions as a cause of erythropoietic protoporphyria.</p>	<p>Diagnostik, keine Studie zur Therapie</p>

Treffer	Bewertung
<p>SO Annals of Clinical Biochemistry, (2006) Vol. 43, No. 3, pp. 229-232. Refs: 12 ISSN: 0004-5632 E-ISSN: 0004-5632 CODEN: ACBOBU</p>	
<p>L9 ANSWER 4 OF 39 EMBASE COPYRIGHT (c) 2006 Elsevier B.V. All rights reserved on STN AU Badminton M.N.; Elder G.H. TI Molecular mechanisms of dominant expression in porphyria. SO Journal of Inherited Metabolic Disease, (2005) Vol. 28, No. 3, pp. 277-286. Refs: 39 ISSN: 0141-8955 CODEN: JIMDDP</p>	<p>Übersichtsarbeit, keine Studie</p>
<p>L9 ANSWER 5 OF 39 EMBASE COPYRIGHT (c) 2006 Elsevier B.V. All rights reserved on STN AU Eichbaum Q.G.; Dzik W.H.; Chung R.T.; Szczepiorkowski Z.M. TI Red blood cell exchange transfusion in two patients with advanced erythropoietic protoporphyria. SO Transfusion, (2005) Vol. 45, No. 2, pp. 208-213. Refs: 22 ISSN: 0041-1132 CODEN: TRANAT</p>	<p>Plasmapherese versus Erythrozytenaustausch bei 2 Patienten, andere Intervention</p>

3.2. Studienextraktionsbogen für Einzelstudien

1.	Quelle	
2.	Indikation	
3.	Bezugsrahmen	
4.	Fragestellung / Zielsetzung	
5.	relevante Ein-, Ausschlusskriterien	
6.	Prüf-Intervention	
7.	Vergleichsintervention	
8.	evtl. weitere Behandlungsgruppen	
9.	Design	
10.	Zahl der Zentren	
11.	Details, falls >1	
12.	Randomisierung	
13.	Concealment	
14.	Verblindung	
15.	Beobachtungsdauer	
16.	primäre Zielkriterien*	
17.	sekundäre Zielkriterien*	
18.	Anzahl zu behandelnder Patienten	
19.	Anzahl eingeschlossener und ausgewerteter Patienten	
20.	Vergleichbarkeit der Gruppen	
21.	Darstellung nach CONSORT-Schema der eingeschlossenen Patienten	
22.	Ergebnisse*	
23.	Unerwünschte Therapie-wirkung	
24.	Fazit der Autoren	
25.	Bewertung der methodischen Qualität	

*Bei Erhebung der Lebensqualität sind Angaben zur Validität der Messinstrumente erforderlich.

Für quantitative Zielkriterien

Zielkriterium	Verum			Kontrolle			Maß für Gruppenunterschied	Schätzer und 95% Konfidenzintervall für Gruppenunterschied	p-Wert (optional)
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD			

Für dichotome Zielkriterien

Zielkriterium	Anzahl Patienten mit Ereignis / Anzahl aller Patienten		Maß für Gruppenunterschied	Schätzer und 95% Konfidenzintervall für Gruppenunterschied	p-Wert (optional)
	Verum	Kontrolle			

3.3. Studienextraktionsbogen für systematische Übersichten, Metaanalysen und HTA Berichte

Nr	Feld	Hinweise
1	Autor	
2	Titel	
3	Quelle	
4	Bezugsrahmen	
5	Fragestellung	
6	Krankheit	
7	Intervention	
8	Einschlusskriterien	<i>The selection criteria (i.e. population, intervention, outcome, and study design): methods for validity assessment, data abstraction, and study characteristics, and quantitative data synthesis in sufficient detail to permit replication</i>
9	Ausschlusskriterien	
10	Ergebnis der Recherche	<i>Characteristics of the RCTs included and excluded: qualitative and quantitative findings (i.e. point estimates and confidence intervals); and sub-group analyses</i>
11	Einführung	<i>The explicit clinical problem, biological rationale for the intervention and rationale for the review</i>
12	Beschreibung der Suche	<i>The information sources in detail (e.g. databases, registers, personal files, expert informants, agencies, hand-searching), and any restrictions (years considered, publication status, language of publication)</i>
13	Methodische Beschreibung des Vorgehens	<i>Data abstraction: The process or processes used (e.g. completed independently, in duplicate)</i>
14	Validität	<i>The criteria and process used (e.g. masked conditions, quality assessment, and their findings)</i>
15	Charakterisierung der Studien	<i>The type of study design, participants' characteristics, details of intervention, outcome definitions, and how clinical heterogeneity was assessed</i>
16	Quantitative Ergebnisse der Synthese	<i>The principal measures of effect (e.g. relative risk), method of combining results (statistical testing and confidence intervals), handling of missing data; how statistical heterogeneity was assessed; a rationale for any apriori sensitivity and sub-group analyses; and any assessment of publication bias</i>
17	Darstellung in einem Flussdiagramm	<i>Trial flow: Provide a meta-analysis profile summarising trial flow</i>
18	Charakterisierung der gefundenen Studien	<i>Present descriptive data for each trial (e.g. age, sample size, intervention, dose, duration, follow-up period)</i>
19	Nebenwirkungen	
20	Schlussfolgerung	<i>The main results</i>
21	Bewertung der methodischen Qualität	<i>Summarise key findings; discuss clinical inferences based on internal and external validity; interpret the results in the light of the totality of available evidence; describe potential biases in the review process (e.g. publication bias); and suggest a future research agenda</i>

Siehe auch Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF et al. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the Quorom Statement. The Lancet (1999) 354: 1896-900."

Protokollnotizen

Protokollnotiz zu 1. Kapitel § 5 Abs 4

Der Gemeinsame Bundesausschuss strebt an, die von ihm verfassten und für die breite Öffentlichkeit bestimmten Dokumente - insbesondere die tragenden Gründe -, möglichst allgemeinverständlich zu verfassen, um vor allem bei Versicherten das Verständnis seiner Entscheidungen zu erhöhen.

Protokollnotiz zu 1. Kapitel § 20 Abs. 1:

Im beidseitigen Interesse von Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und Gemeinsamem Bundesausschuss sollen der Auftrag, die Ergebnisse der Auftragsbearbeitung und Informationen, die im Rahmen der Auftragsbearbeitung erhalten wurden, nicht vor Abschluss des Auftrages (Empfehlung) veröffentlicht werden. Soweit die wissenschaftliche Bearbeitung eines Auftrages es aber nach den Methoden des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erforderlich macht, kann das Institut Vorberichte veröffentlichen. Diese Veröffentlichungen und die Veröffentlichungen von Empfehlungen sollen dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit angemessenem Vorlauf angekündigt werden.

Protokollnotiz zu 2. Kapitel § 11 Abs. 6:

Als allgemein anerkannte Empfehlungen betrachtet der Gemeinsame Bundesausschuss bei Verabschiedung der Verfahrensordnung die internationalen Standards nach CONSORT, STARD und GRADE.

Protokollnotiz zu 3. Kapitel § 7:

Notwendigkeit wird i. S. d. „medizinischen Notwendigkeit“ nach § 116b Abs. 4 Satz 2 SGB V verstanden.“

- II. Der Beschluss tritt am 1. Tag des Quartals nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit - nicht jedoch vor Genehmigung der Beschlüsse zu TOP 8.1.1 (Neufassung der Verfahrensordnung - Anpassung an das GKV-WSG) und TOP 8.1.2 (Einfügung eines Kapitels zur Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten) in Kraft.

Siegburg, den 18. Dezember 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess