

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Anpassung an Neuregelungen der §§ 137c, 137e Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

Vom 20. Februar 2014

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 Begründung für die Änderungen der KHMe-RL	2
2.2 Würdigung der Stellungnahmen nach §§ 91 Abs. 5, und 92 Abs. 7d SGB V sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V	4
3. Bürokratiekostenermittlung	5
4. Verfahrensablauf	5
4.1 Beratungsablauf in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses	5
4.2 Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 und 92 Abs. 7d SGB V sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V	5
Anlage 1: Stellungnahme der BÄK	7
Anlage 2: Konzept zur Anpassung der KHMe-RL	11

1. Rechtsgrundlage

Mit den Änderungen in der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL) setzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den insoweit aufgrund der Neuregelungen in § 137c und § 137e SGB V durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) entstandenen Änderungsbedarf um.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Begründung für die Änderungen der KHMe-RL

Der Beschluss trifft die für die Umsetzung der Neuregelung in § 137c und § 137e SGB V erforderlichen Regelungen zur Anpassung der KHMe-RL.

Die konkreten Änderungen der KHMe-RL können im Änderungsmodus der Anlage 2 entnommen werden (s.u.)

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zu I.1.

Die Ergänzungen im § 1 Absatz 1 KHMe-RL dienen der begrifflichen Klarstellung.

Zu I.2.

Der neue Absatz 2 im § 1 KHMe-RL dient der Einführung der an die Neuregelung von § 137c SGB V angepassten Richtlinien-systematik im Sinne der Differenzierung zweier Kategorien von Ausschlussentscheidungen.

Zu I.3.

Die Änderungen und Ergänzungen im § 1 Absatz 3 KHMe-RL dienen der Klarstellung, dass die Anlage I der KHMe-RL keine abschließende Liste von zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im stationären Bereich erbringbaren Methoden darstellt. Hintergrund ist, dass ein Bewertungsverfahren nach § 137c SGB V auf Antrag eines Antragsberechtigten zu dem Ergebnis führen kann, dass die entsprechende Methode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich ist. Dieses Ergebnis soll aus Gründen der Information in Anlage I der KHMe-RL aufgeführt werden.

Die Ergänzung von Satz 4 in § 1 Absatz 3 KHMe-RL hat folgenden Hintergrund: Die Unterteilung der Anlage II der KHMe-RL in die Abschnitte A und B dient der Umsetzung der Neuregelung von § 137c SGB V (nF) in die KHMe-RL. In Abschnitt A werden die bisher in der Anlage II der KHMe-RL aufgeführten Aussetzungsbeschlüsse, die im Hinblick auf laufende oder geplante Studien gefasst wurden, überführt. In Abschnitt B sollen diejenigen (künftigen) Aussetzungsbeschlüsse aufgeführt werden, die im Hinblick auf Erprobungsrichtlinien nach § 137e SGB V gefasst werden.

Zu II.1.

Die Änderung der Überschrift des § 2 KHMe-RL ist eine Folgeänderung zur Streichung der entbehrlichen bisherigen Klarstellung der Verbindlichkeit in § 2 Abs. 1 KHMe-RL.

Zu II.2.

Die Streichung von Satz 1 des § 2 Absatz 1 KHMe-RL dient der Vereinfachung. Die Verbindlichkeit der Richtlinien des G-BA ist im SGB V bereits geregelt.

Der Satz 2 des § 2 Absatz 1 KHMe-RL wurde verschoben nach § 1 Absatz 2 KHMe-RL und dabei sein Inhalt an die gesetzliche Neuregelung zu § 137c SGB V angepasst.

Zu III.1.

Der angefügte Absatz 2 des § 4 KHMe-RL greift die im neuen § 1 Absatz 2 KHMe-RL vorgenommene Untergliederung von § 4 KHMe-RL in einen Absatz 1 und einen Absatz 2 auf.

Zu III.2.

Die Änderung der Nummer 15 in § 4 KHMe-RL zu Nummer 1 des neuen Absatz 2 ist eine Folgeänderung aufgrund der Änderungen zu III.4. und III.1. des Beschlusentwurfs.

Zu III.3.a.

Die Änderung der Nummer 15.1 im § 4 KHMe-RL zu Nummer 1.1 resultiert aus der Änderung zu III.2.

Zu III.3.b.

Die Streichung der Fußnote im § 4 Nummer 15.1 KHMe-RL dient der Vereinfachung.

Zu III.4.

Die Änderung von § 4 Satz 1 KHMe-RL dient der Vereinfachung und greift die im neuen § 1 Absatz 2 KHMe-RL vorgenommene Untergliederung von § 4 KHMe-RL in einen Absatz 1 (von der Erbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen von Krankenhausbehandlung ausgeschlossene Methoden, wobei die Durchführung klinischer Studien unberührt bleibt) und einen Absatz 2 (von der Erbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen von Krankenhausbehandlung und von klinischen Studien ausgeschlossene Methoden) auf.

Zu IV.1.

Die Ergänzung der Überschrift des damit gebildeten neuen Abschnitts A in der Anlage II der KHMe-RL greift die im neuen § 1 Absatz 3 Satz 4 KHMe-RL vorgenommene Untergliederung der Anlage in einen Abschnitt A (Aussetzung im Hinblick auf laufende oder geplante Studien) und einen Abschnitt B (Aussetzung im Hinblick auf Erprobungsrichtlinien nach § 137e SGB V) auf.

Zu IV.2.

Die Ergänzungen der Nummern 1.1 bis 1.2, 2.1 bis 2.4, 3 bis 8 und 9.1 in Anlage II KHMe-RL dienen der Klarstellung und Transparenz dergestalt, dass bei einem Aussetzungsbeschluss, zu dem in direktem Zusammenhang ein entsprechender QS-Beschluss gefasst wurde, ein diesbezüglicher Klammerzusatz im Sinne eines Verweises erfolgt. Bisher gibt es einen solchen (reziproken) Verweis nur in dem jeweiligen QS-Beschlusstext.

Die jeweilige Ergänzung ist redaktioneller Art, da die geltende Rechtslage aufgegriffen wird, und erfolgt ohne erneute inhaltliche Befassung des G-BA.

Zu IV.3.

Die Ergänzung der Abschnittsüberschrift B in der Anlage II der KHMe-RL greift die im neuen § 1 Abs. 3 Satz 4 KHMe-RL vorgenommene Untergliederung der Anlage in einen Abschnitt A und einen Abschnitt B auf.

2.2 Würdigung der Stellungnahmen nach §§ 91 Abs. 5, und 92 Abs. 7d SGB V sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V

Von den nach §§ 91 Abs. 5 und 92 Abs. 7d SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen (siehe Kap. 4.2) ist eine Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) eingegangen (siehe Anlage 1).

Die BÄK nimmt in ihrer Stellungnahme wie folgt Stellung:

„Die Bundesärztekammer hat inhaltlich keine Änderungshinweise.

Es sei allenfalls darauf hingewiesen, dass in dem neuen § 1 Abs. 2 KHMe-RL eine möglicherweise missverständliche sprachliche Doppelung besteht, indem „ausgeschlossene“ Methoden nochmals mit dem (ohne Zweifel zutreffenden) ergänzenden Hinweis versehen werden, dass diese nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürften. („Ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen, sind ...“). Dieser Zusammenhang sollte selbstverständlich sein; mit der gewählten Formulierung könnte aber der Eindruck entstehen, es gäbe auch ausgeschlossene Methoden, die sehr wohl zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürften.

Alternativer Formulierungsvorschlag für § 1 Abs. 2 Satz 1 KHMe-RL:

„Diese, nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringbaren Methoden sind in § 4 aufgeführt.“

Auf eine etwaige mündliche Anhörung in der o.g. Angelegenheit würde die Bundesärztekammer verzichten.“

Der Hinweis der BÄK auf die Entbehrlichkeit der sprachlichen Doppelung ist im Grunde zutreffend. Allerdings wird das als Begründung für den Änderungsvorschlag nahegelegte Missverständnis bei verständiger Lektüre für eher unwahrscheinlich gehalten. Deshalb wurde der Beschlussentwurf nicht geändert.

Auf eine mündliche Anhörung wurde ausnahmsweise verzichtet (Näheres siehe unter 4.2).

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch die im Beschluss enthaltenen Regelungen entstehen keine Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Daher entstehen auch keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

4.1 Beratungsablauf in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die AG Anpassung KHMe-RL hat in ihren Sitzungen am 25.03.2013, 17.05.2013 und im schriftlichen Abstimmungsverfahren über die Änderungen der KHMe-RL beraten.

Der Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) hat den Beschlussentwurf der AG Anpassung KHMe-RL am 26.09.2013 beraten und das Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 und 92 Abs. 7d SGB V sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V eingeleitet.

Der UA MB hat die Stellungnahme am 30. Januar 2014 gewürdigt und den Beschlussentwurf abschließend beraten.

Das Plenum hat den Beschlussentwurf des UA MB am 20. Februar 2014 beraten und beschlossen.

4.2 Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Abs. 5 und 92 Abs. 7d SGB V sowie nach § 91 Abs. 9 SGB V

Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 und § 92 Abs. 7d SGB V wurden in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der VerFO durchgeführt. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die eingeleiteten Stellungnahmeverfahren und die eingegangenen Stellungnahmen.

Gesetzliche Grundlage	Stellungnahmeberechtigte	Einleitung des SN-Verfahrens	Fristende	Eingang der SN
§ 91 Abs. 5 SGB V	Bundesärztekammer (BÄK)	27.09.2013	25.10.2013	25.10.2013
§ 92 Abs. 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V	einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaft			
	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)*	27.09.2013	25.10.2013	keine SN abgegeben

* Gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 2b Satz 3 VerFO ist für Entscheidungen nach §§ 135, 137c, 137e und 137f SGB V, welche methodenübergreifende oder erkrankungsübergreifende Aspekte betreffen, die AWMF stellvertretend für alle einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Stellungnahme aufzufordern.

Die BÄK hat am 25.10.2013 die in der Anlage 1 abgebildete schriftliche Stellungnahme abgegeben.

Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 9 SGB V: Da die BÄK in ihrem Anschreiben auf eine Gelegenheit zur mündlichen Stellungnahme verzichtet, konnte von der Durchführung eines mündlichen Anhörungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 12 Abs. 2 Verfo ausnahmsweise abgesehen werden.

Anlage 1: Stellungnahme der BÄK



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Brigitte Maier
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Berlin, 25.10.2013

Fon
+49 30 400 456-430

Fax
+49 30 400 456-378

E-Mail
dezernat3@baek.de

Diktatzeichen
Zo/Wd

Aktenzeichen
872.010

Seite
1 von 1

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung:
Anpassung an Neuregelungen der §§ 137c, 137e SGB V
hier: Ihr Schreiben vom 27.09.2013**

Sehr geehrte Frau Maier,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.
Für Ihren Hinweis auf die Gelegenheit zur zusätzlichen mündlichen Stellungnahme danken wir – wir werden hiervon in der bezeichneten Angelegenheit keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Anlage

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Postfach 12 08 64
10598 Berlin

Fon +49 30 400 456-0
Fax +49 30 400 456-388

info@baek.de
www.baek.de

Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V

zur Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung:

Anpassung an Neuregelungen der §§ 137c, 137e Sozialgesetzbuch Fünftes
Buch (SGB V)

Berlin, 25.10.2013

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 27.09.2013 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL), Anpassung an Neuregelungen der §§ 137c und 137e SGB V, aufgefordert.

Anlass der Änderungen in der Richtlinie ist die Umsetzung der im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) geschaffenen Neuregelungen im Bereich der Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus. Für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die jedoch das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennen lassen, kann der G-BA demnach Richtlinien zur Erprobung beschließen. Für die Durchführung der Erprobung legt der G-BA in einer entsprechenden Erprobungsrichtlinie Eckpunkte für die jeweilige Studie fest. Diese umfassen unter anderem die Indikationen, die Interventionen und Vergleichsinterventionen, die patientenrelevanten Endpunkte, den Studientyp sowie die sächlichen, personellen und sonstigen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung. Mit der Erstellung des Studienprotokolls und der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobungsstudie beauftragt der G-BA eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Institution.

Für die Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung bedeutet die Umsetzung der Neuregelungen in den §§ 137c und 137e SGB V in erster Linie eine stärkere Differenzierung innerhalb eines ansonsten beibehaltenen Gesamtkonzepts. Danach werden in der Richtlinie selber nach wie vor die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen, aufgeführt, während in den Anlagen I und II der Richtlinie jene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden genannt werden, die – nach erfolgter Bewertung – als für die Versorgung erforderlich angesehen werden (Anlage I) oder bei denen das Bewertungsverfahren ausgesetzt ist (Anlage II). Die letztgenannte Aussetzung der Methoden wird aber nunmehr differenziert in einen Abschnitt A für Methoden, die im Hinblick auf laufende oder geplante Studien ausgesetzt sind, und einen Abschnitt B, der sich auf ausgesetzte Methoden im Sinne von Erprobungsrichtlinien nach § 137e SGB V bezieht.

Ebenfalls differenziert werden künftig ausgeschlossene Methoden, je nachdem, ob die Durchführung klinischer Studien unberührt bleibt oder ob die Methoden auch nicht mehr im Rahmen klinischer Studien zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.

Die Bundesärztekammer nimmt zur vorgesehenen Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer hat inhaltlich keine Änderungshinweise.

Es sei allenfalls darauf hingewiesen, dass in dem neuen § 1 Abs. 2 KHMe-RL eine möglicherweise missverständliche sprachliche Doppelung besteht, indem „ausgeschlossene“ Methoden nochmals mit dem (ohne Zweifel zutreffenden) ergänzenden Hinweis versehen werden, dass diese nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürften. („Ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen, sind ...“).

Dieser Zusammenhang sollte selbstverständlich sein; mit der gewählten Formulierung

könnte aber der Eindruck entstehen, es gäbe auch ausgeschlossene Methoden, die sehr wohl zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürften.

Alternativer Formulierungsvorschlag für § 1 Abs. 2 Satz 1 KHMe-RL:

„Diese, nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringbaren Methoden sind in § 4 aufgeführt.“

Berlin, 25.10.2013

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 - Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Anlage 2: Konzept zur Anpassung der KHMe-RL

Regelung (Änderungen sind farblich gekennzeichnet)	
§ 1	Regelungsinhalt
(1)	Diese Richtlinie benennt die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (<u>G-BA</u>) nach § 137c SGB V ausgeschlossenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (<u>Methoden</u>) im Krankenhaus.
(2)	<u>¹Ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen, sind im § 4 aufgeführt. ²§ 4 Abs. 1 benennt die Methoden, bei denen der G-BA festgestellt hat, dass sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nicht erforderlich sind. ³Die Durchführung klinischer Studien bleibt hier unberührt. ⁴§ 4 Abs. 2 benennt die Methoden, bei denen der G-BA festgestellt hat, dass ihr Nutzen nicht hinreichend belegt ist und sie nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. ⁵Diese Methoden dürfen auch im Rahmen klinischer Studien nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden.</u>
(3)	<u>¹Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach Bewertung als für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten als erforderlich angesehen wurden, sind in Anlage I aufgeführt. ²Diese stellt keine abschließende Liste von zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Krankenhausbehandlung erbringbaren Methoden, sondern ausschließlich die vom G-BA in Verfahren nach § 137c SGB V bewerteten Methoden dar. sowie ³Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt sind, werden nicht im Rahmen der Richtlinie benannt, sondern sind separat in Anlage II und II der Richtlinie aufgeführt. ⁴Dabei umfasst Abschnitt A Methoden, die im Hinblick auf laufende oder geplante Studien ausgesetzt sind. Abschnitt B umfasst Methoden, die im Hinblick auf Erprobungsrichtlinien nach § 137e SGB V ausgesetzt sind.</u>
§ 2	<u>Verbindlichkeit Reichweite eines Ausschlusses</u>
	<u>¹Die Richtlinie ist verbindlich. ²Die ausgeschlossenen Methoden dürfen im Rahmen der Krankenhausbehandlung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt.</u>
	¹ Der Ausschluss einer Methode - gemäß § 4 - lässt die Leistungserbringung bei Vorliegen der im Leitsatz des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 (Az. 1 BvR 347/98) aufgeführten Voraussetzungen unberührt. ² Demzufolge kann eine Patientin oder ein Patient mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, eine von ihr oder ihm gewählte, ärztlich angewandte Behandlungsmethode trotz des Ausschlusses von der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. ³ Die Ärztin oder der Arzt hat die Entscheidung zur Anwendung einer Methode nach Satz 2 sowie die entsprechende Aufklärung, einschließlich der Information, dass es sich

um eine nach § 137c SGB V ausgeschlossene Methode handelt, und das Einverständnis der Patientin oder des Patienten zu dokumentieren.

§ 3 Verfahren

Das Verfahren zur Bewertung medizinischer Methoden richtet sich nach der am 01.10.2005 in Kraft getretenen Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in ihrer jeweils gültigen Fassung¹.

§ 4 Ausgeschlossene Methoden

(1) ~~Von der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung~~ Im Rahmen von Krankenhausbehandlung sind folgende Methoden von der Erbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen, wobei die Durchführung klinischer Studien hiervon unberührt bleibt:

1 **[bis Nr. 14.1 (...)]**

(2) Im Rahmen von Krankenhausbehandlung und klinischen Studien sind folgende Methoden von der Erbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen:

~~15-1~~ **Einsatz von ausschließlich antikörperbeschichteten Stents zur Behandlung von Koronargefäßstenosen**

~~15~~ 1.1 Bei Patientinnen und Patienten mit hohem Restenoserisiko, für die die Anwendung eines medikamentenbeschichteten Stents (drug eluting stent, DES) in Betracht kommt.⁴

⁴ ~~Ausschluss gemäß § 137c Absatz 1 Satz 2 SGB V in der Fassung des Artikel 1 des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011, in Kraft ab 1. Januar 2012.~~

Anlage I Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sind

1 **[bis Nr. 6 (...)]**

¹ Beschlüsse, die vor dem 31.03.2006 getroffen wurden, ergingen nach den Verfahrensregeln zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus gemäß § 137c SGB V in der Fassung vom 20.02.2002 (BAnz Nr. 77 S. 8911 vom 24.04.2002); zuletzt geändert am 16.12.2003 (BAnz Nr. 240, S. 26001)

Anlage II Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt sind	
A. <u>Aussetzung im Hinblick auf laufende oder geplante Studien</u>	
1	Autologe Chondrozytenimplantation (ACI)
1.1	Kollagengedeckte und periostgedeckte autologe Chondrozytenimplantation am Kniegelenk Beschluss gültig bis 30.06.2014 <u>(verbunden mit Beschluss zur Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V)</u>
1.2	<i>[bis Nr. 9.1 (...)]</i>
B. <u>Aussetzung im Hinblick auf Erprobungsrichtlinien nach § 137e SGB V</u>	

Berlin, den 20. Februar 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken